



Kooperationsverbund
Qualitätssicherung
durch Klinische Krebsregister (KoQK)

Arbeitsgemeinschaft
Deutscher
Tumorzentren e.V.



Versorgungssituation des Prostatakarzinoms in Deutschland

B. Hoschke, B. Kindt, B. Schicke, A. Tillack
Tumorzentrum Land Brandenburg



Kooperationsverbund
Qualitätssicherung
durch Klinische Krebsregister (KoQK)

Arbeitsgemeinschaft
Deutscher
Tumorzentren e.V.



Beteiligte Krebsregister



Niedersachsen

TZ Hannover



Nordrhein-Westfalen

Onkolog. QS Westfalen-Lippe



Rheinland-Pfalz

TZ Koblenz



Hessen

Frankfurt am Main (Diakonie)



Baden-Württemberg

OSP Stuttgart
OSP Göppingen
NCT Heidelberg
CCC Ulm
OSP Reutlingen
Oberschwabenklinik Ravensburg
Universität Tübingen



Mecklenburg-Vorpommern

TZ Rostock TZ Neubrandenburg
TZ Greifswald TZ Schwerin



Brandenburg

TZ Brandenburg



Sachsen-Anhalt

TZ Anhalt (Dessau-Roßlau)
TZ Halle
TZ Magdeburg



Thüringen

TZ Gera
TZ Südharz (Nordhausen)
TZ Erfurt
TZ Suhl
UniversitätsTumor
Centrum Jena



Sachsen

RKKR Dresden
SWS TZ Zwickau
TZ Chemnitz
TZ Leipzig

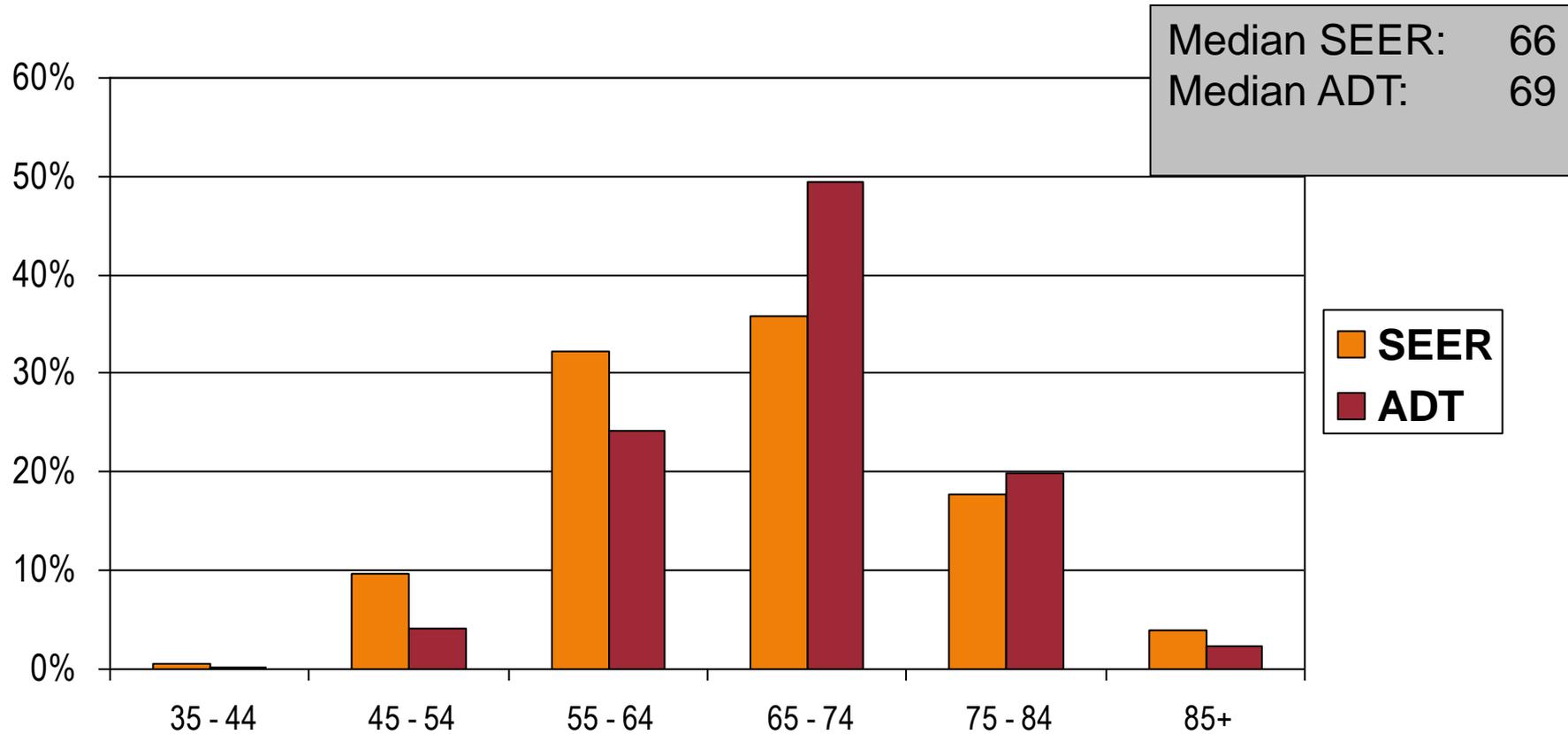


Bayern

TZ Oberfranken (Bayreuth)
TZ Würzburg
TZ Erlangen/Nürnberg
TZ Regensburg
TZ Augsburg
TZ München



Vergleich der Altersstruktur ADT - SEER



<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>

SEER 18 2006-2010, all races
ADT 2002 – 2011 (n=213.942)

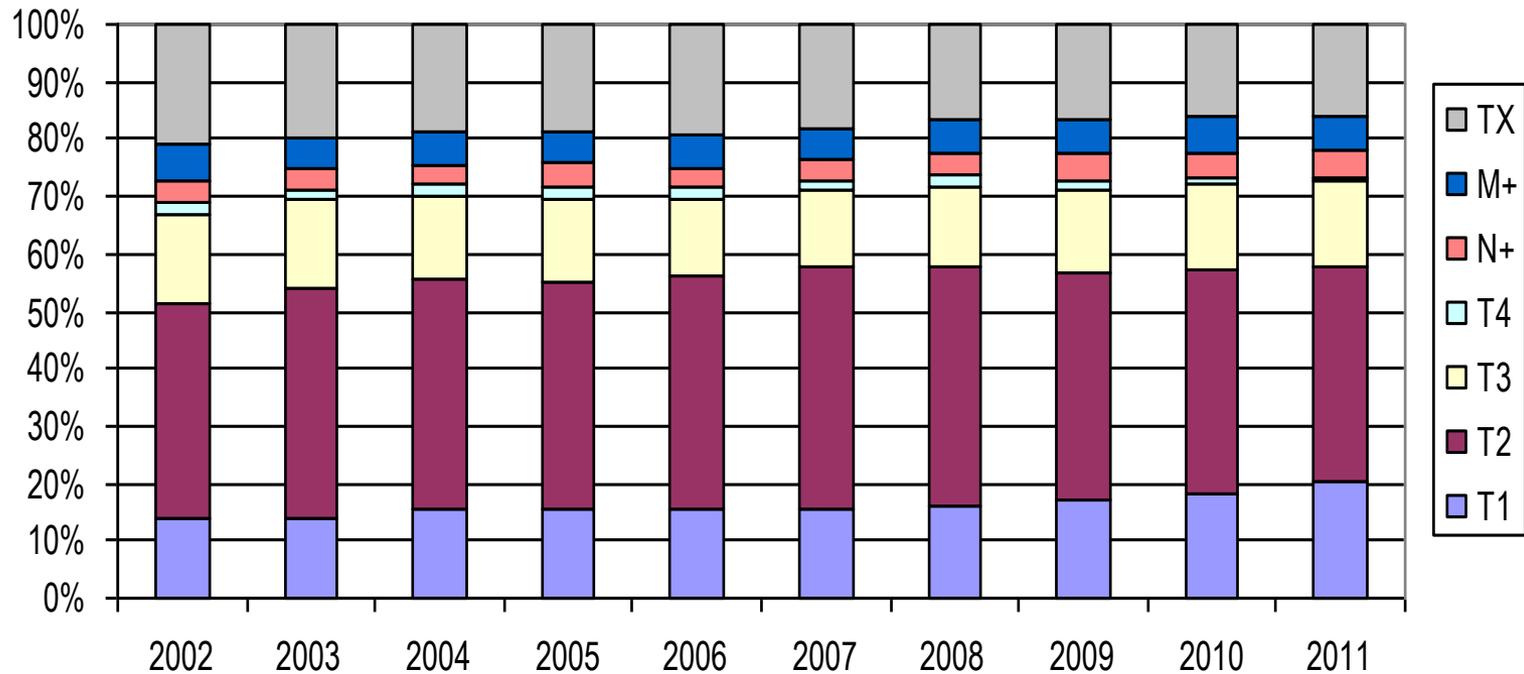


Vergleich des relativen Überlebens ADT und SEER

	ADT-Daten (n = 176.099) (26 Register aus 11 Bundesländern, 2002-2011)		SEER-Daten (n = 2.617.682) (18 geographic areas, all Races, 2003-2009)	
	Stadien- verteilung (%)	Relatives Überleben (5 Jahre)	Stadien- verteilung (%)	Relatives Überleben (5 Jahre)
lokal	74,8	100 %	81	100 %
regional	4,3	91 %	12	100 %
metastasiert	6,4	32 %	4	27,9 %
unbekannt	14,5	86 %	3	72,9 %

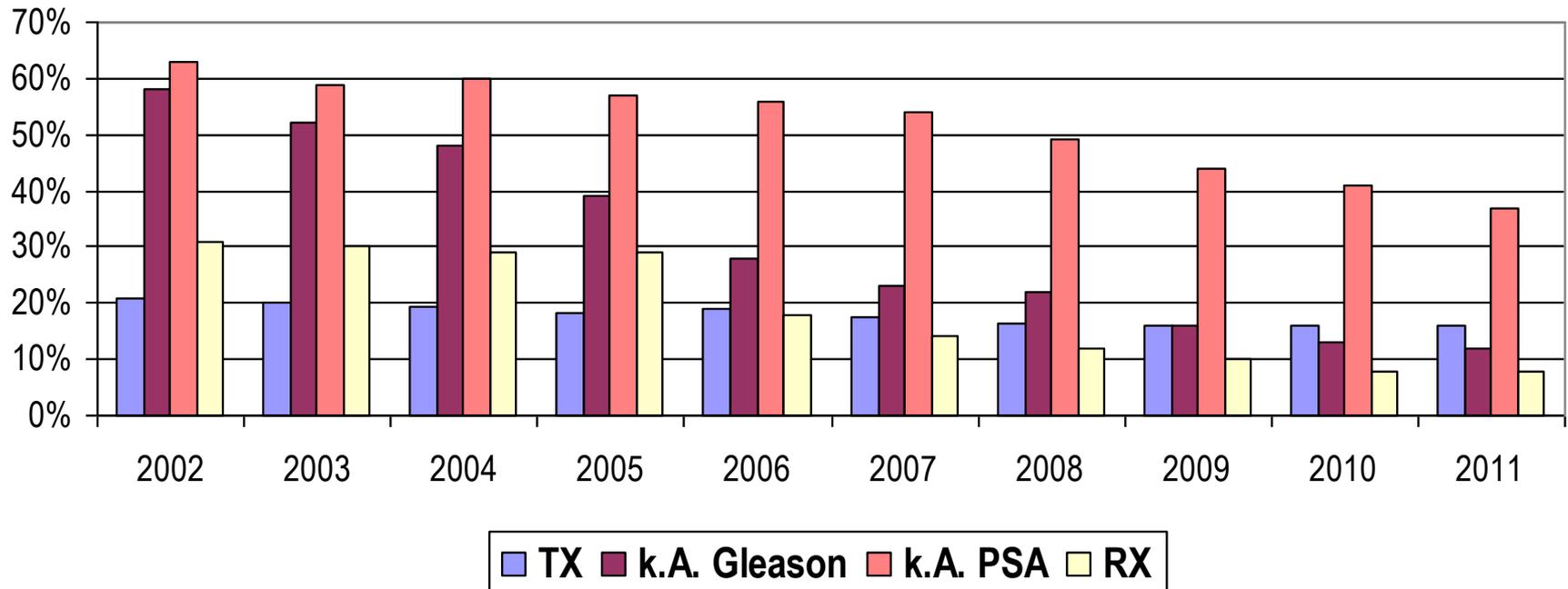


Verteilung der T-Kategorie, nodal positiver und metastasierter Karzinome nach Diagnosejahren (n = 213.942)



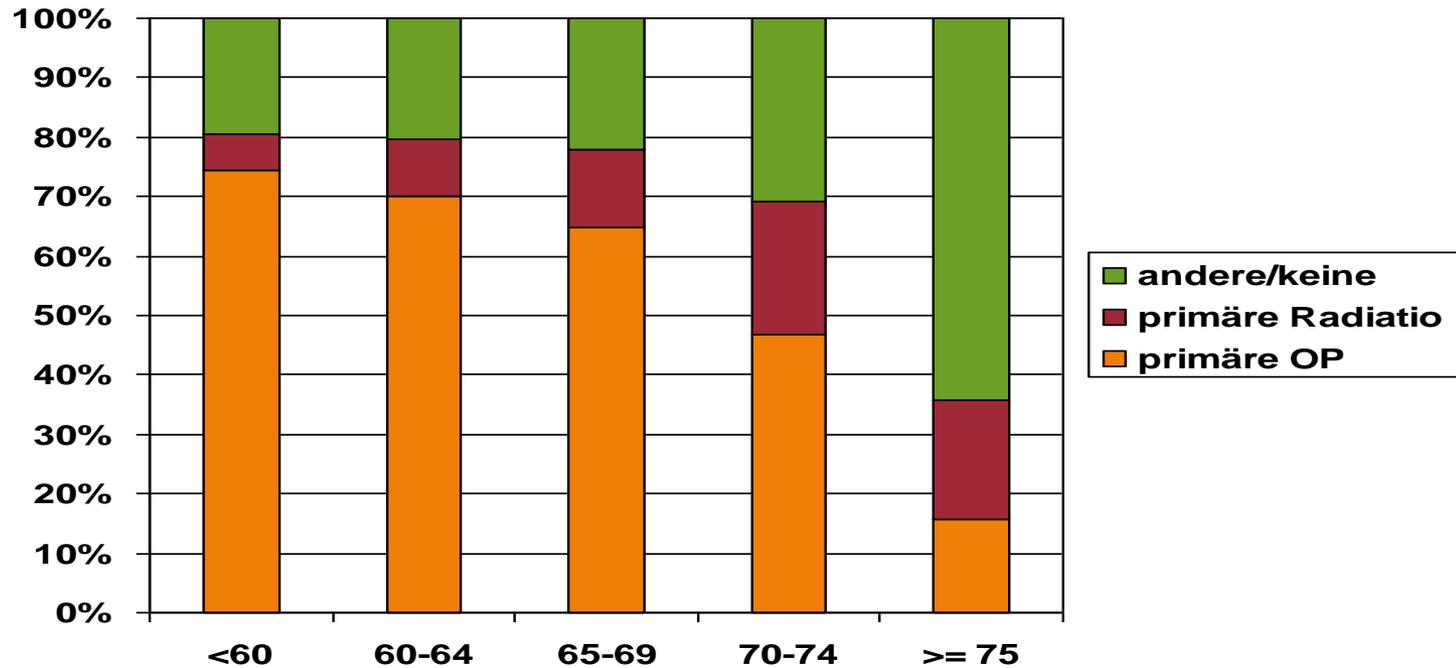


Verbesserung der Dokumentations- und Meldequalität im Zeitraum 2002 - 2011



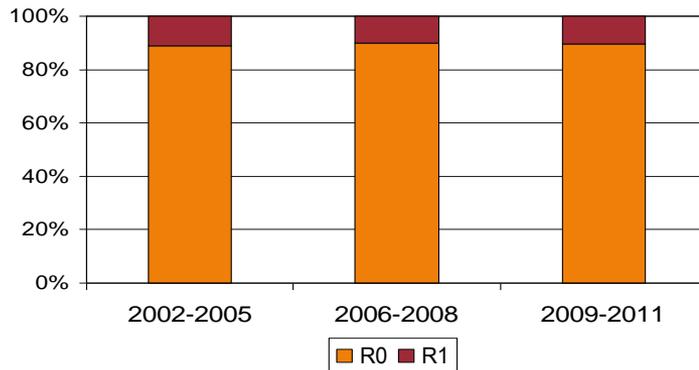


Therapeutisches Vorgehen unter Berücksichtigung des Alters (ohne N+ und M+, n = 154.418)

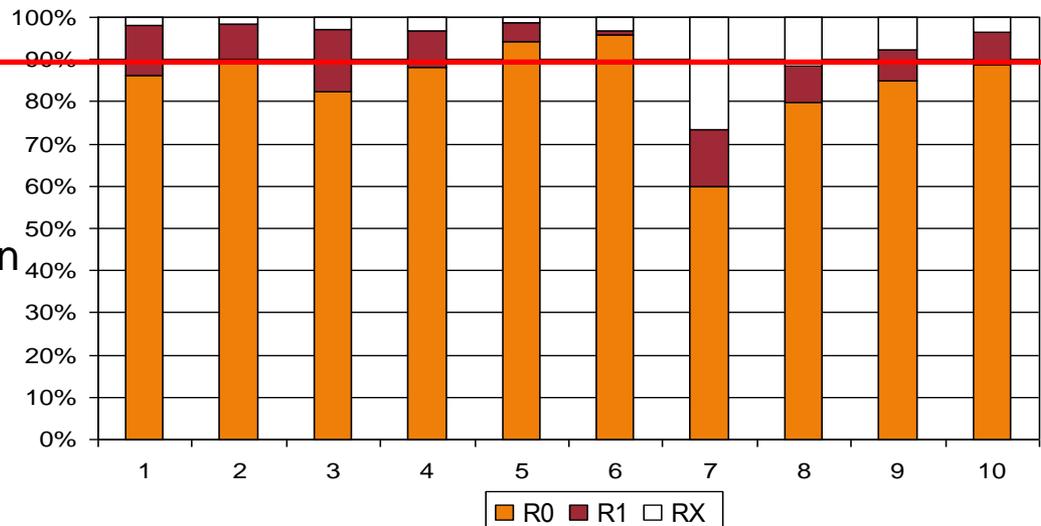




R1-Resektionen nach rad. Prostatektomie bei pT2 N0 M0 in den Bundesländern (n = 53.920)



Diagnosejahre 2009-2011 (n=17.851)



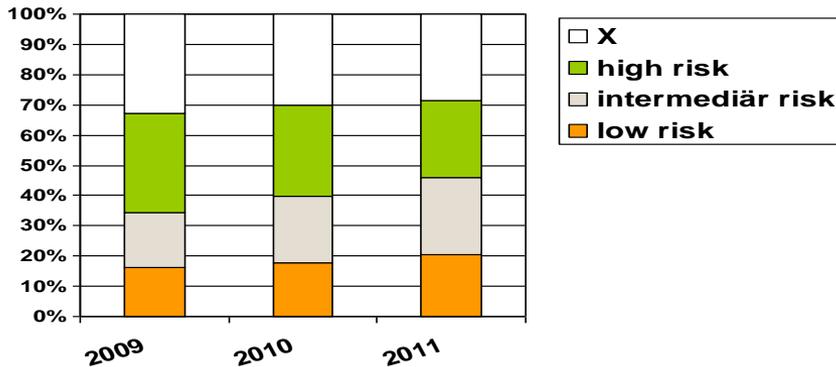
Qualitätsindikator der DKG
(OnkoZert):

max. 10% Rate an R1-Resektionen
bei pT2 c/pN0 oder NX M0

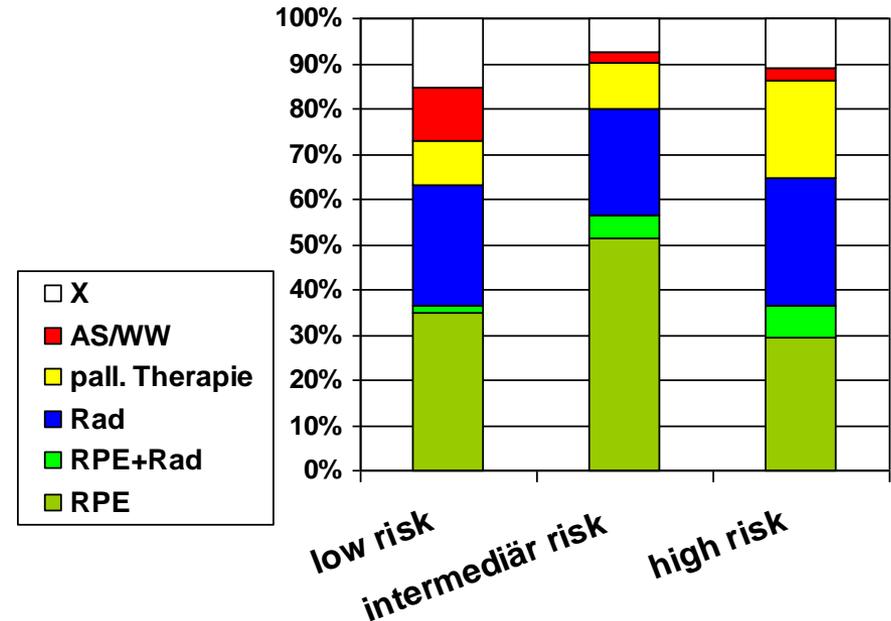


Verteilung der Risikogruppen nach S3-Leitlinie bei Diagnosestellung 2009-2011 und Therapieentscheidung lokal begrenzte Prostatakarzinome, T1-2 N0 M0

(n = 25.431)



(n = 17.313)



Risiko nach S3-Leitlinie	cT	Gleason	PSA (ng/ml)
niedriges Risiko	≤ T2a	≤ 6	≤ 10
Intermediäres Risiko	T2b	7	> 10 - 20
Hohes Risiko	T2c	≥8	> 20



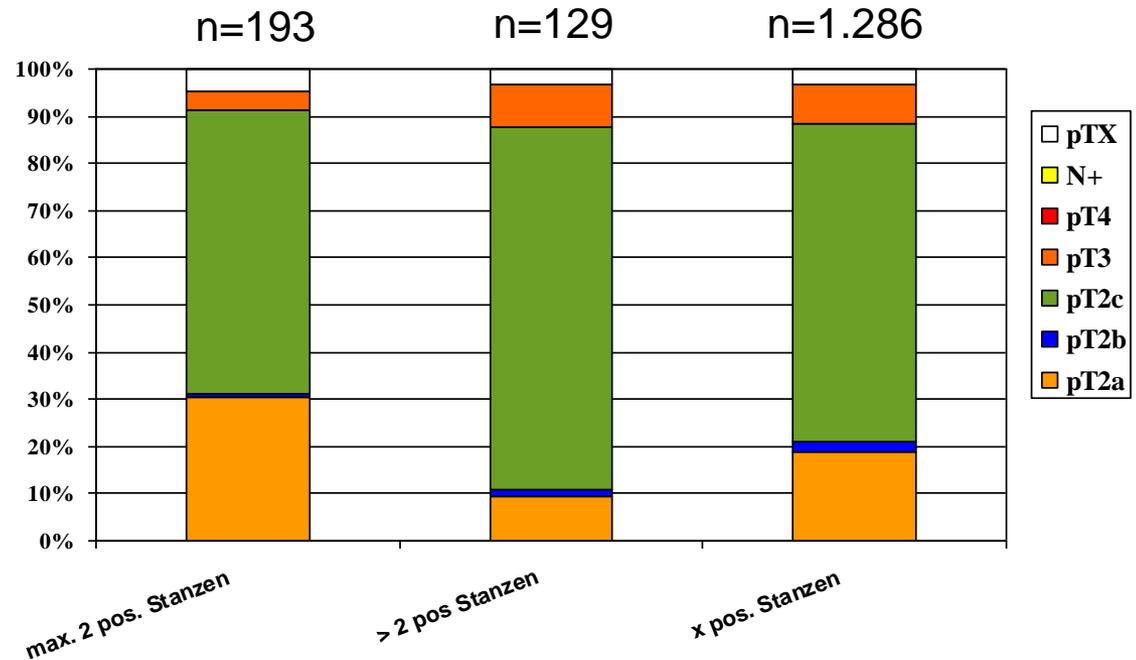
Klinisch diagnostiziertes niedriges Risiko nach S3-Leitlinie im Vergleich zu pT nach rad. Prostatektomie (2009 – 2011 n = 1.608)

S3-Leitlinie – Voraussetzung für Active Surveillance:

low risk (cT1-2a, Gleason ≤ 6 ,
PSA ≤ 10 ng/ml)
Tumor in ≤ 2 Stanzen
 $\leq 50\%$ Tumor pro Stanze

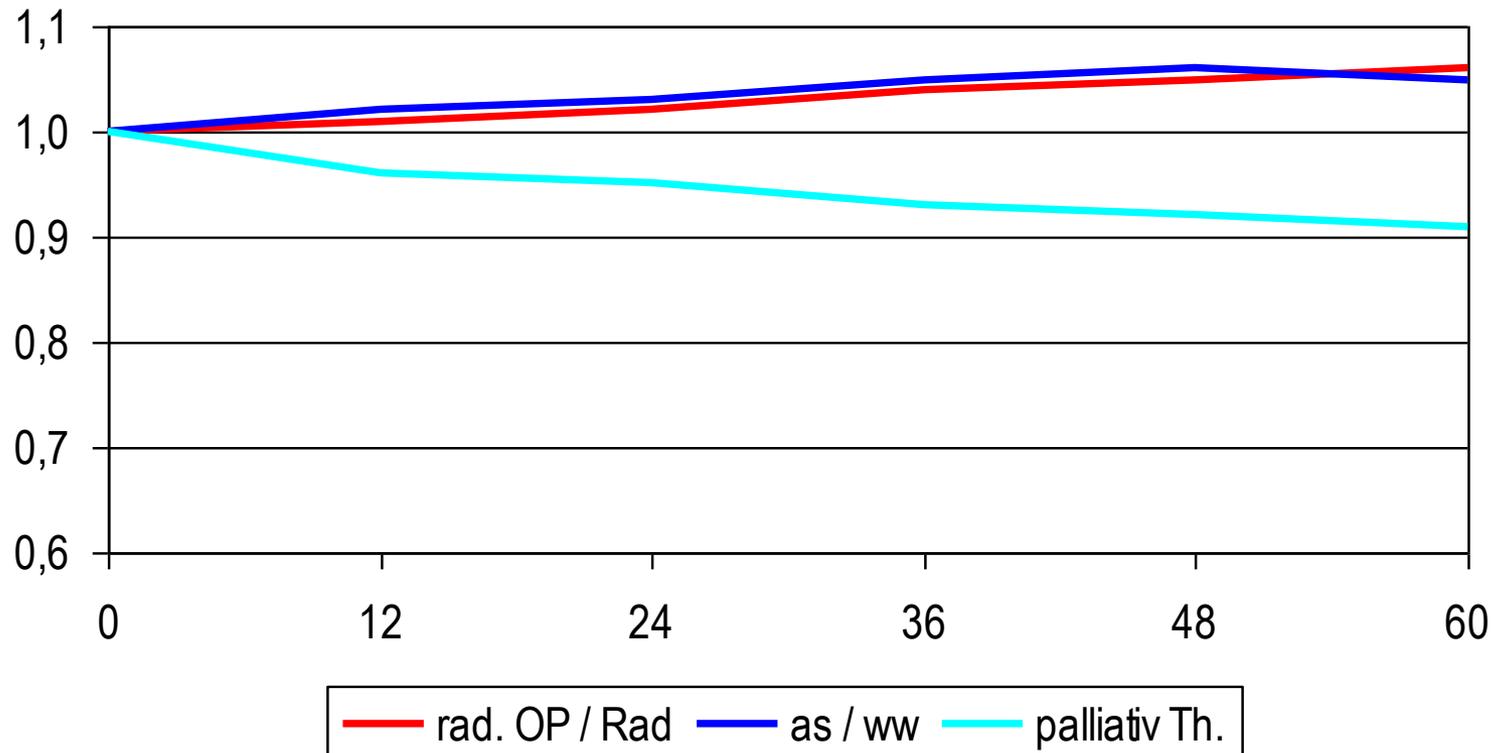
**Meldung der Anzahl der Stanzen
bisher nicht Bestandteil des
ADT/GEKIT Basisdatensatzes!**

Dennoch erfassen bereits 11
Register (11% der Fälle) die Daten.





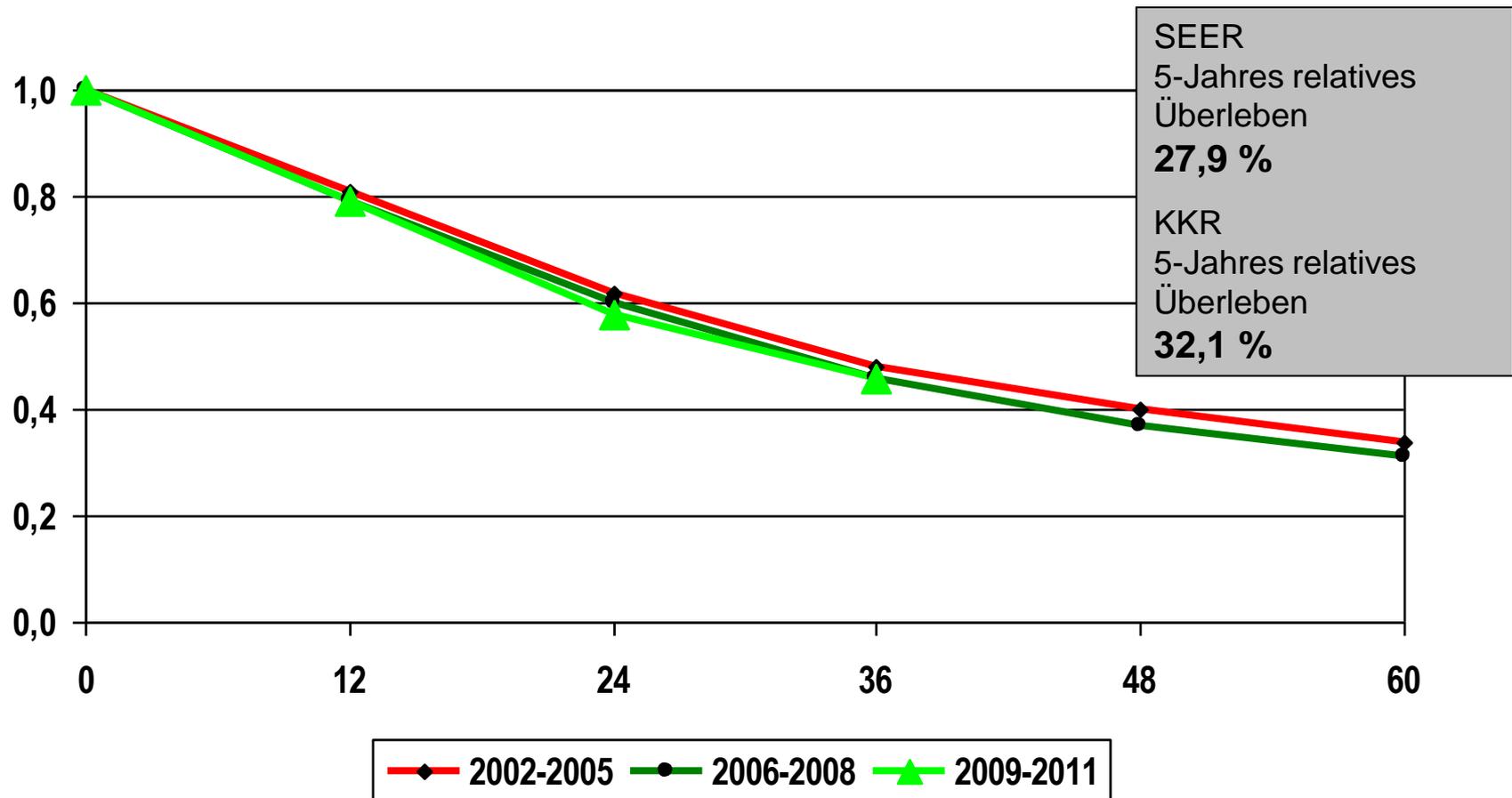
Relatives Überleben nach Primärtherapie lokal begrenzte Prostatakarzinome – T1-2 N0 M0 Alter < 80 Jahre (n = 96.409)





Relatives Überleben nach primärer Metastasierung

(2002-2005 n = 3.843, 2006-2008 n=5.523, 2009-2011 n=3.855)





Fazit aus urologischer Sicht

keine Verbesserung der Früherkennung aus den Daten ersichtlich

Qualitätskriterium von 10 % R1- Resektionen wird nicht in allen Regionen erreicht bzw. ist auf Grund fehlender Daten nicht zu beurteilen

keine Verbesserung im relativen Überleben bei primärer Metastasierung in den letzten 10 Jahren, aber vergleichbar mit Daten aus den USA

Kurativer Therapieansatz beim lokal begrenzten Prostatakarzinom führt zu Überlebensraten vergleichbar mit der Normalbevölkerung

hohe Diskrepanz zwischen klinischer Risikoeinstufung und tatsächlicher Tumorausbreitung nach OP anhand der Daten nachweisbar



Ergebnisse der Datenauswertung

Klinische Krebsregister können bevölkerungsbezogen und sektorenübergreifend Qualitätsindikatoren der Versorgung abbilden.

Sie können Versorgungsträger interdisziplinär und intersektoral vernetzen.

Sie können als Instrument der unabhängigen, neutralen externen Qualitätssicherung dienen.



Was ist zukünftig notwendig?

Umsetzung des KFRG bundesweit

- flächendeckender Ausbau der Klinischen Krebsregister
- Harmonisierung der Ländergesetzgebung

Verantwortung der urologischen (interdisziplinären) Fachgesellschaft in

Kooperation mit dem KoQK und der ADT für:

- Motivation und Mobilisation der Leistungserbringer
- zusätzliche Erfassung von Leitlinien-, Nachsorge- und Lebensqualitätsparametern ermöglichen (organspezifischer Datensatz)
- Auswertung und Qualitätssicherung auf regionaler und überregionaler Basis
- Ausbau von regionalen und überregionalen Netzwerkstrukturen



Kooperationsverbund
Qualitätssicherung
durch Klinische Krebsregister (KoQK)

Arbeitsgemeinschaft
Deutscher
Tumorzentren e.V.



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**