

Versorgungssituation des Prostatakarzinoms in Deutschland

**B. Hoshke, B. Kindt, B. Schicke,
Klinisches Krebsregister für Brandenburg**

Prostatakarzinom Neuerkrankungen in Deutschland

Gesamt:

265.441 Tumoren von 2000 bis 2014
Analyse: 263.085

Beteiligung von 32 Tumorzentren/ Klinischen Registern
 11 Bundesländern

Nach RKI/GEKID 63.710 für 2012 (ASR 106,7)
Krebs in Deutschland, 10. Auflage 2015



Aktuelle Auswertungen Klinischer Krebsregister (KKR)
KKR erfasst: 18.353 für 2012 (29 % der erwarteten Neuerkr.)

Beteiligte Krebsregister



Nordrhein-Westfalen

Onkolog. QS Westfalen-Lippe



Rheinland-Pfalz

TZ Koblenz



Hessen

TZ Wiesbaden



Baden-Württemberg

OSP Stuttgart
OSP Göppingen
OSP Ravensburg
CCC Ulm
OSP Reutlingen
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



Berlin

TZ Berlin



Sachsen

RKKR Dresden
SWS TZ Zwickau
TZ Chemnitz
TZ Leipzig



Thüringen

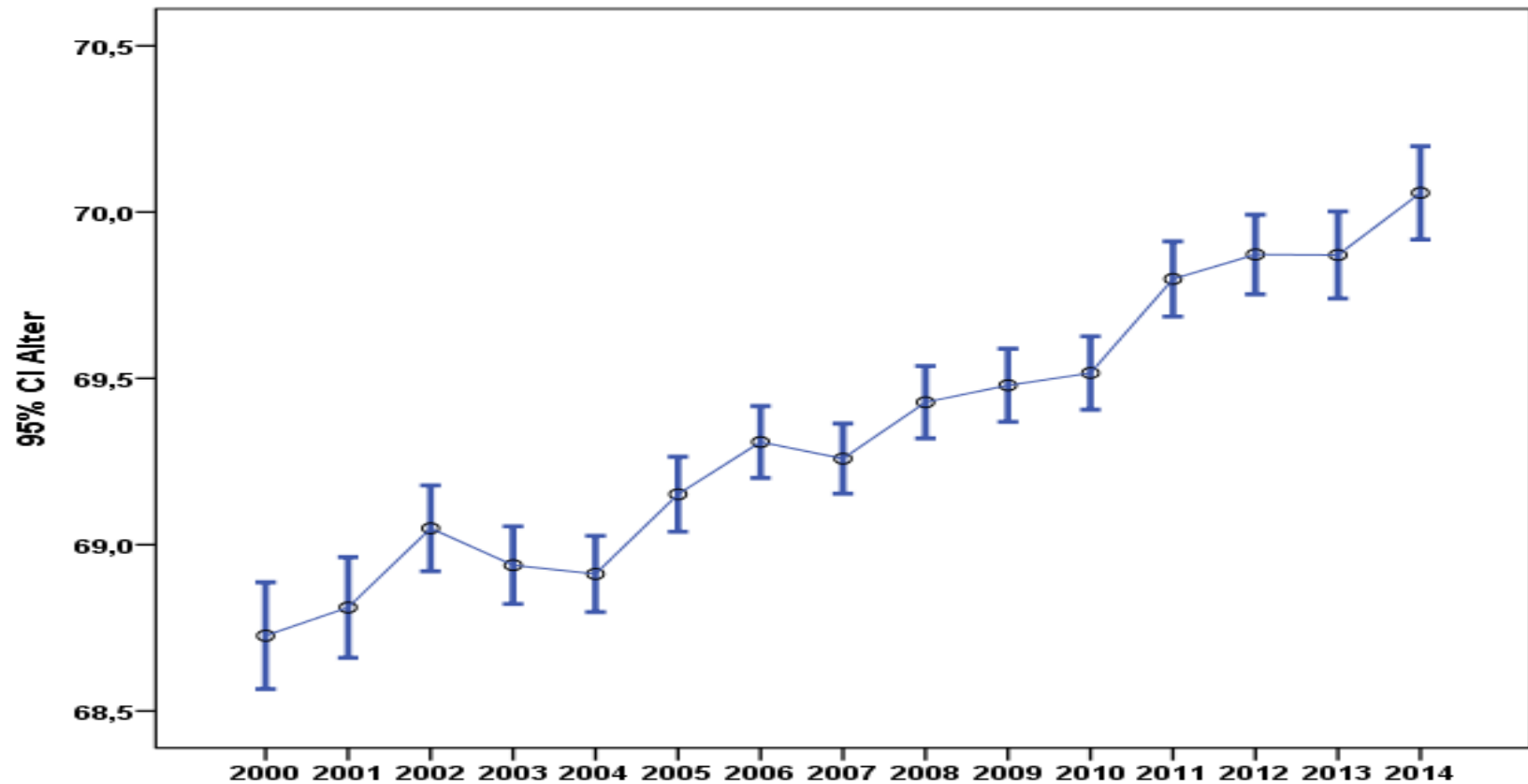
TZ Gera
TZ Südharz (Nordhausen)
TZ Erfurt
TZ Suhl
UniversitätsTumor
Centrum Jena



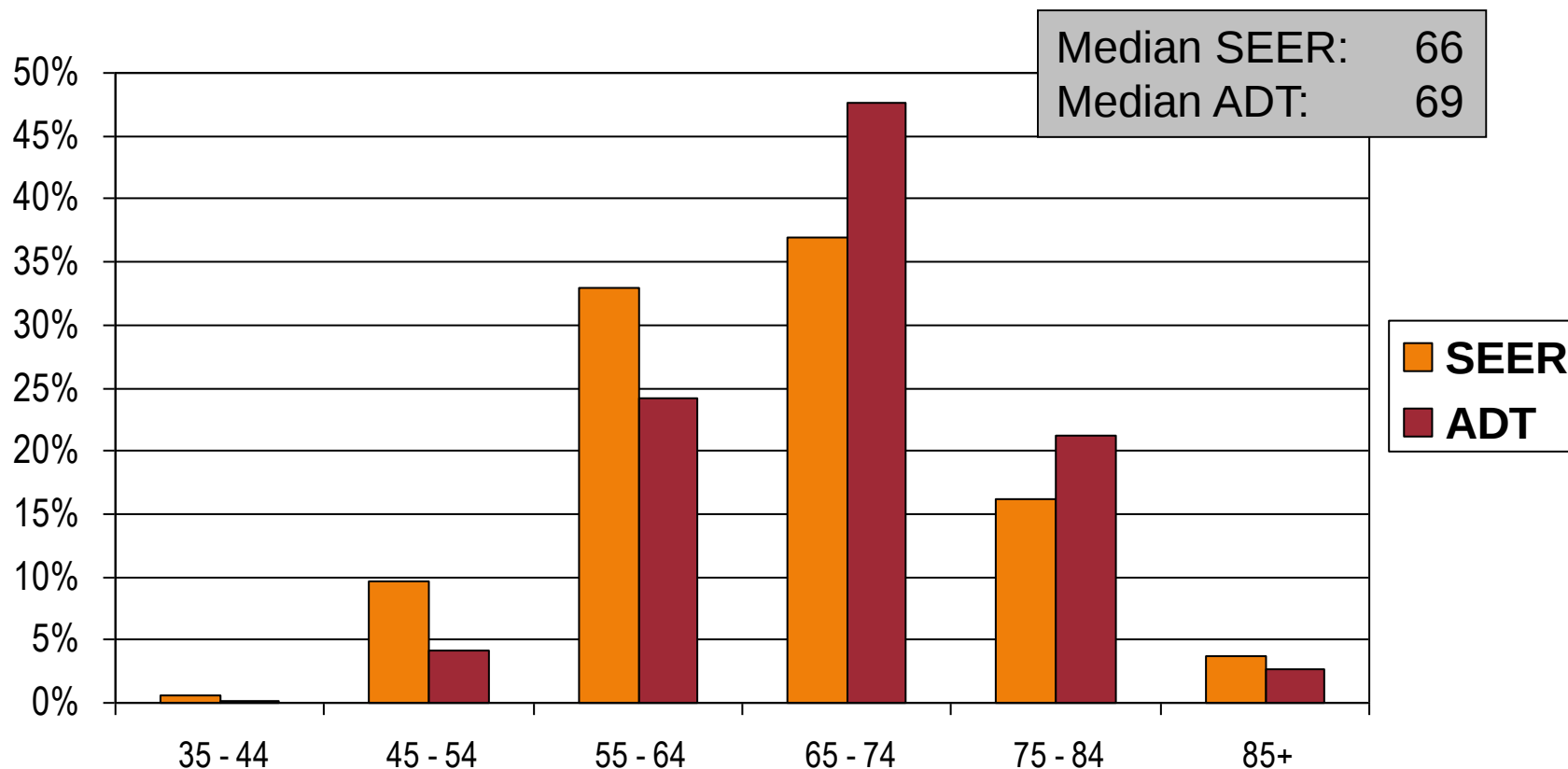
Bayern

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

Erkrankungsalter Diagnosejahre 2000 – 2014 (n = 263.085)



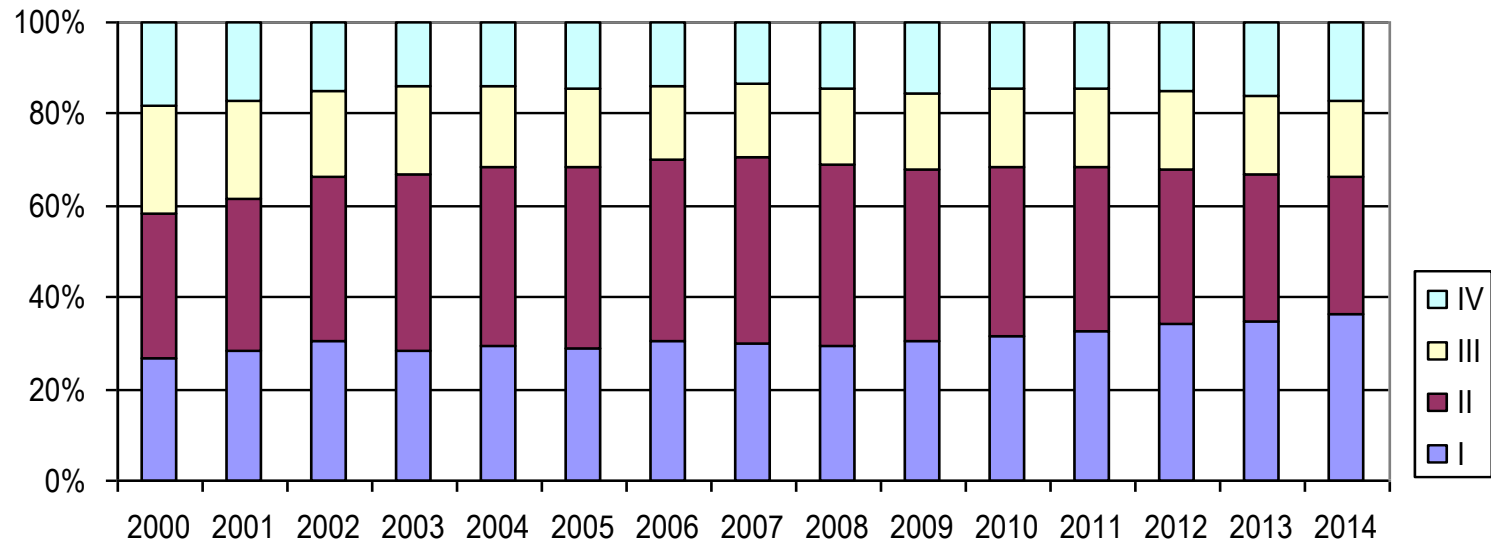
Vergleich der Altersstruktur ADT - SEER



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

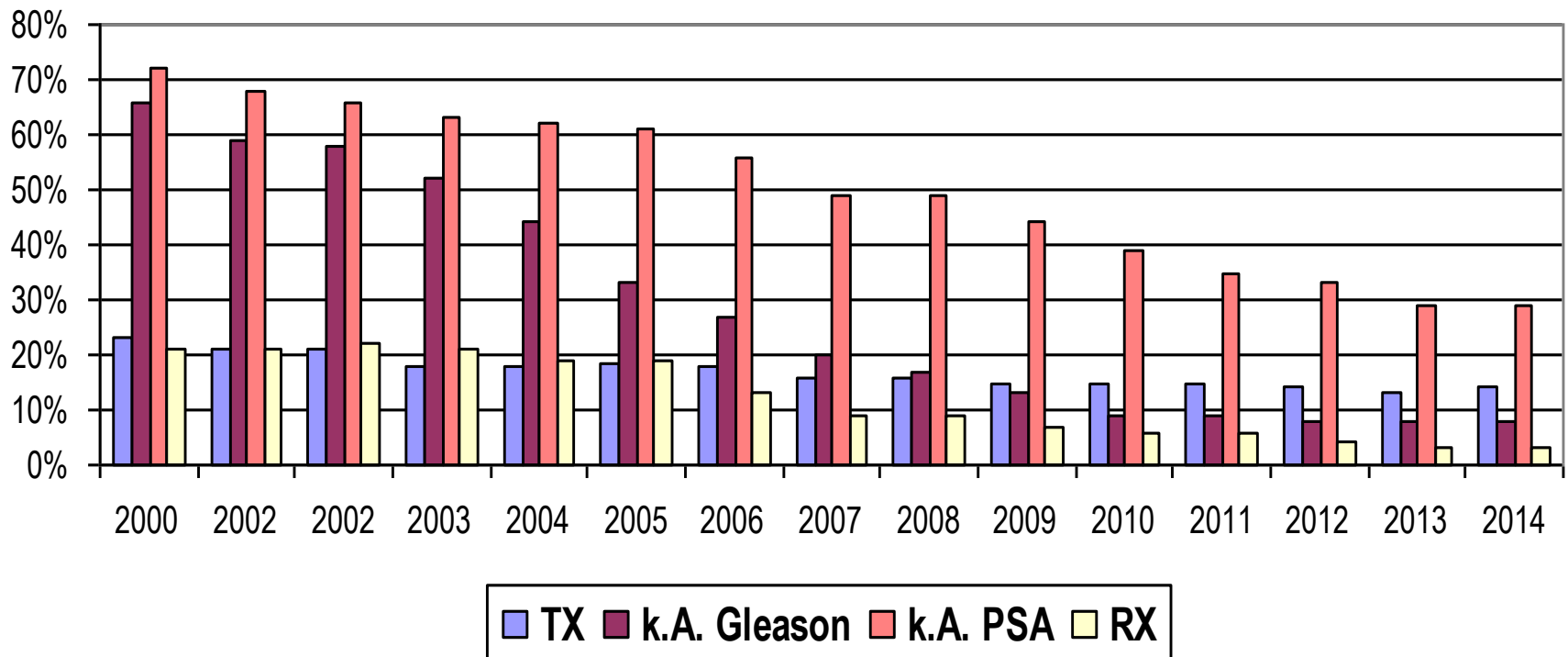
SEER 18 2008-2012, all races
ADT 2010 – 2014 (n=263.085)

Verteilung der UICC-Stadien (n = 263.085)



UICC Stadium	T	N	M
I	T1, T2a	N0	M0
II	T2b, T2c	N0	M0
III	T3	N0	M0
IV	T4	N0	M0
	jedes T	N1	M0
	jedes T	jedes N	M1

Verbesserung der Dokumentations- und Meldequalität



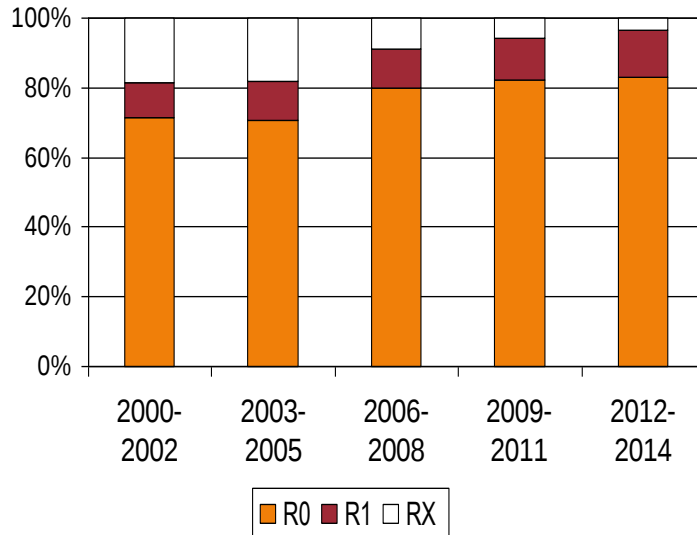
Fragestellungen:

Entwicklung R1-Resektion?

Therapiewahl bei low risk und relatives Überleben beim lokal begrenzten Prostatakarzinom?

Therapiewahl und Überleben im Stadium IV?

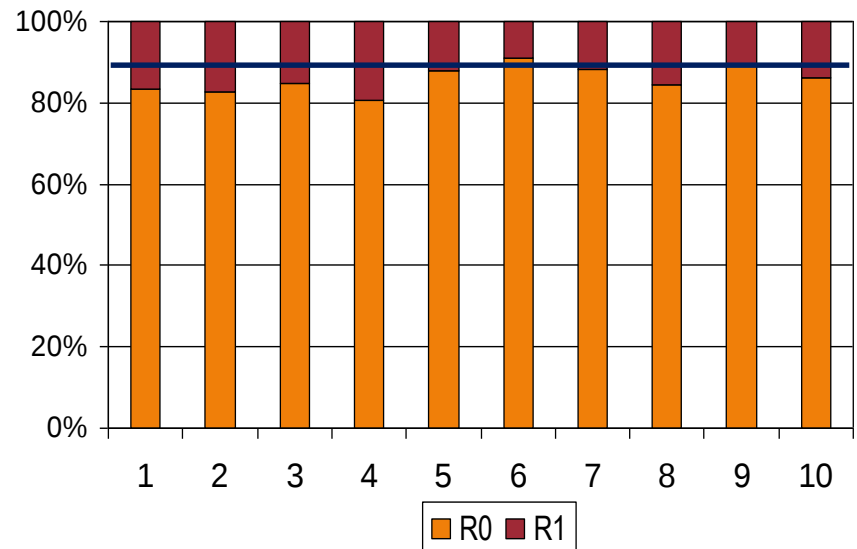
R1-Resektionen nach rad. Prostatektomie bei pT2 N0 M0 Diagnosejahre 2000 – 2014 (n = 65.266)



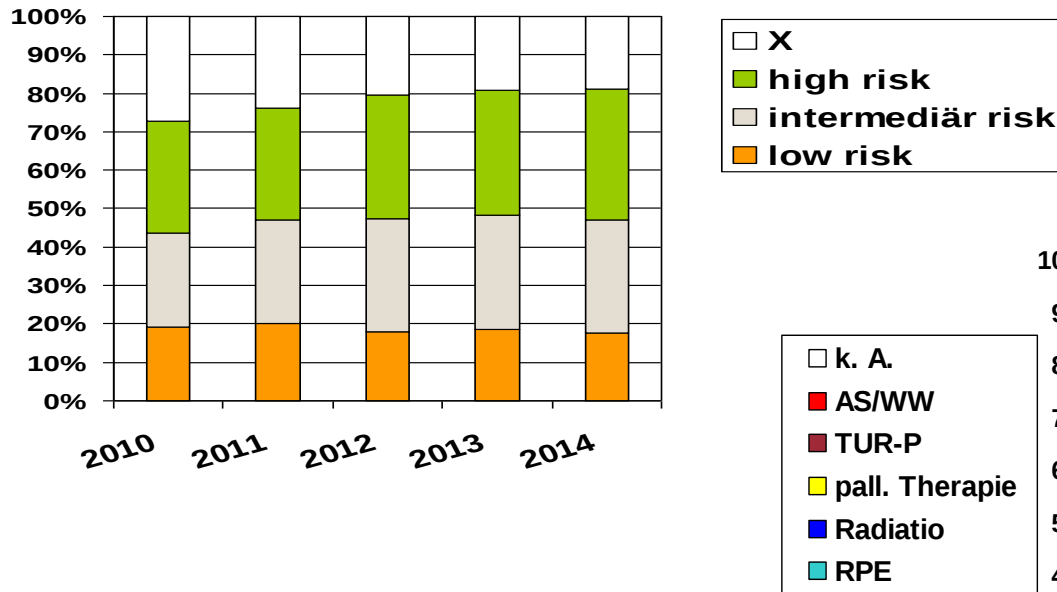
RX von 18% auf 3%
R1 von 10% auf 13%

Qualitätsindikator der DKG (OnkoZert):
max. 10% Rate an R1-Resektionen bei pT2 N0 M0

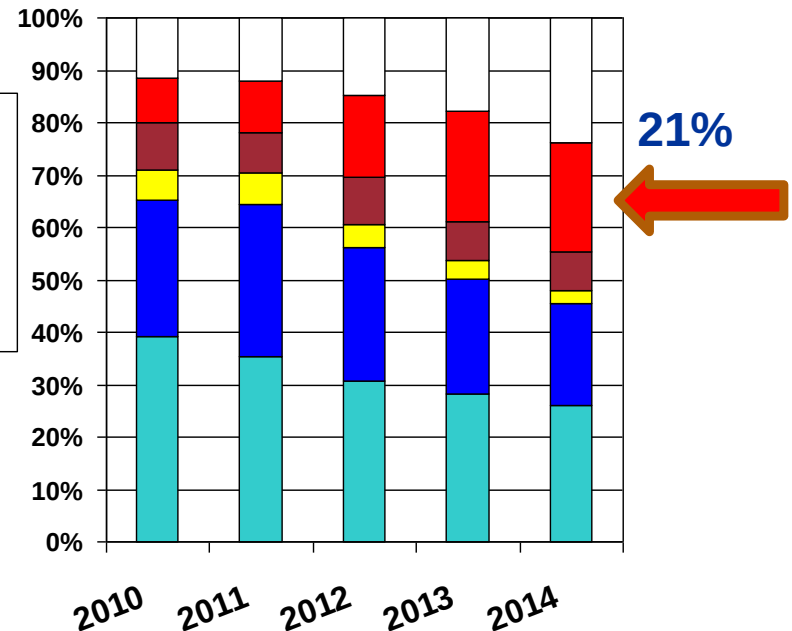
Diagnosejahre 2011-2014 nach Regionen (n = 16.658)



Verteilung der Risikogruppen und Therapieentscheidung lokal begrenztes Prostatakarzinom (c/pT1-2 N0 M0) 2010-2014 (n = 46.678)

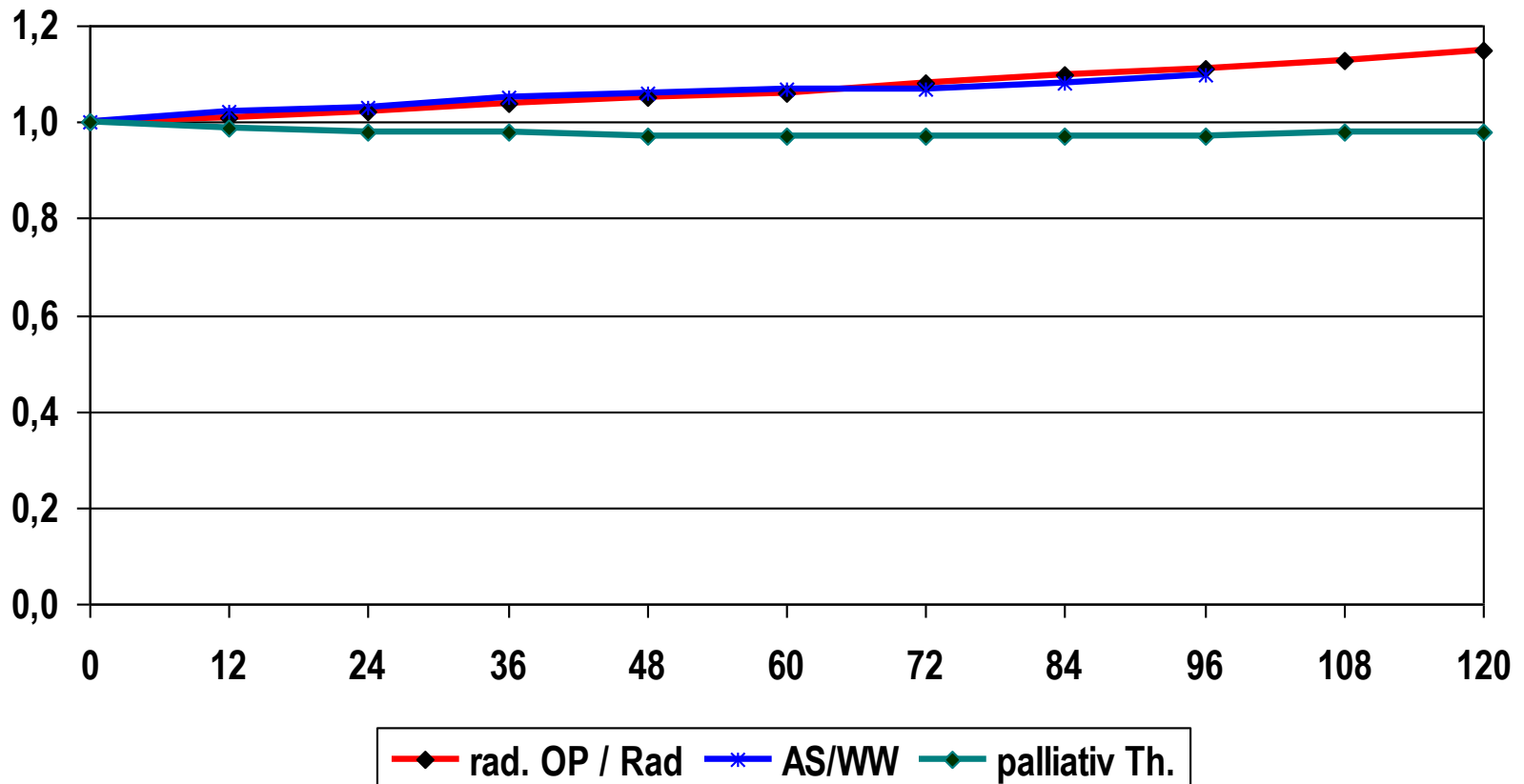


Therapie bei low risk (n = 8.728)

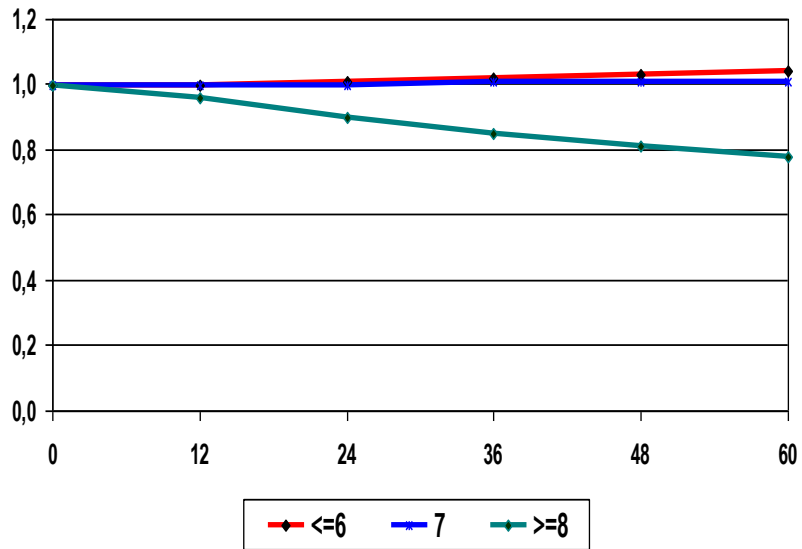


Risiko nach S3-Leitlinie	cT	Gleason	PSA (ng/ml)
niedriges Risiko	≤ T2a	≤ 6	≤ 10
Intermediäres Risiko	T2b	7	> 10 - ≤ 20
Hohes Risiko	T2c	≥ 8	> 20

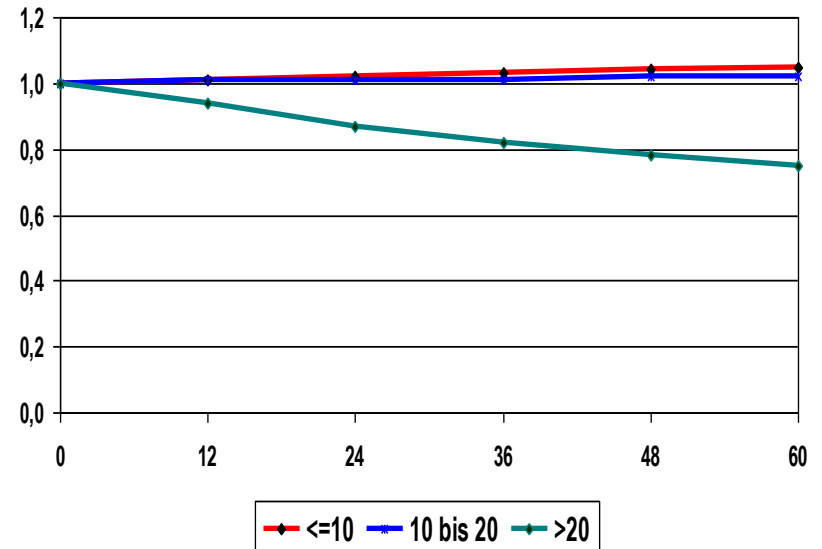
Relatives Überleben nach Primärtherapie **lokal begrenzte Prostatakarzinome (c/pT1-2 N0 M0)** **Alter < 80 Jahre (n = 132.412)**



Relatives Überleben nach Gleason (n = 188.973)



Relatives Überleben nach PSA (n = 124.878)

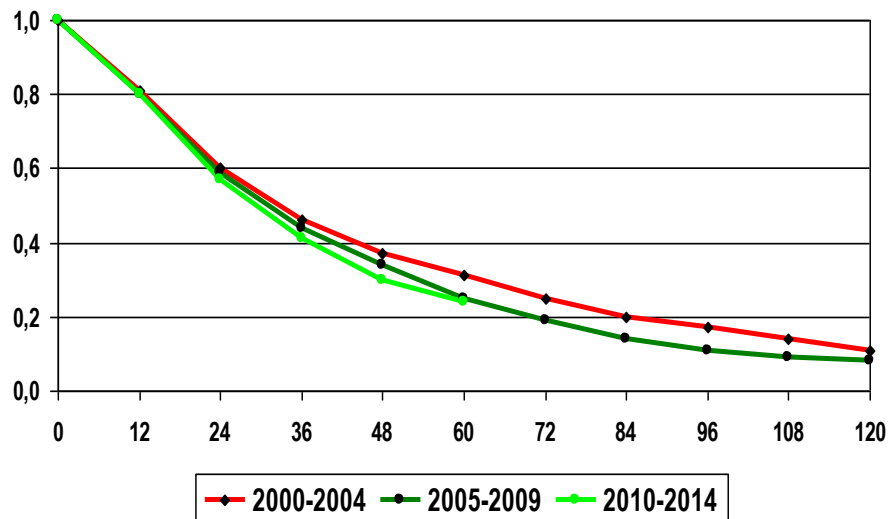


Relatives Überleben primär metastasiert (M+)

2000-2004 n = 3.955

2005-2009 n = 5.639

2010-2014 n = 6.345

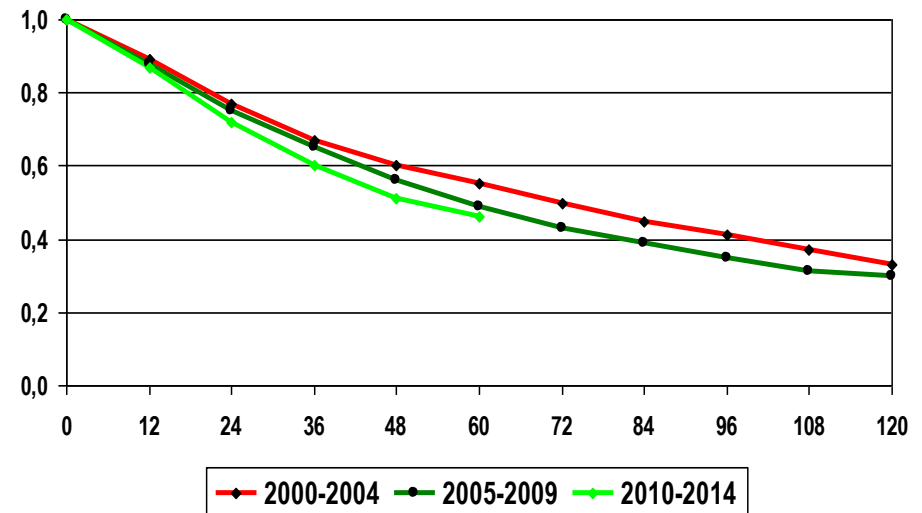


Relatives Überleben UICC IV (T4/N+/M+)

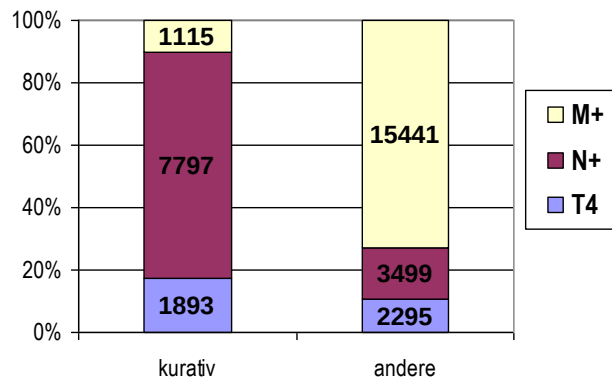
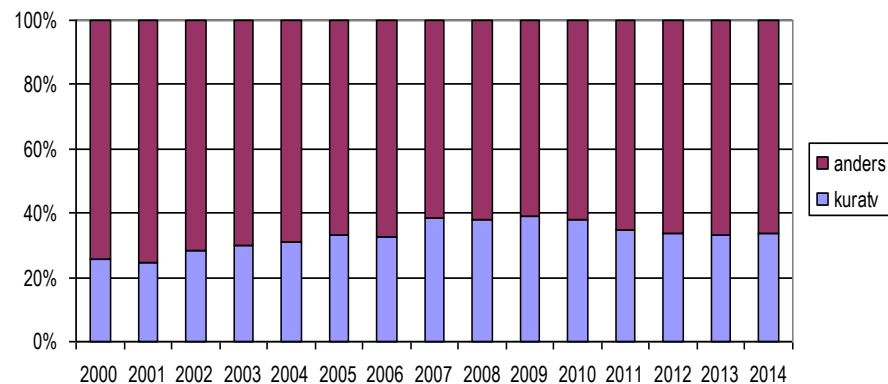
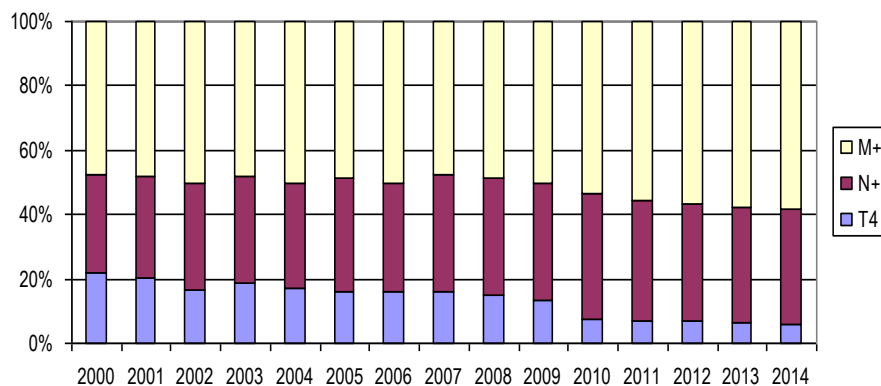
2000-2004 n = 8.094

2005-2009 n = 11.430

2010-2014 n = 11.204

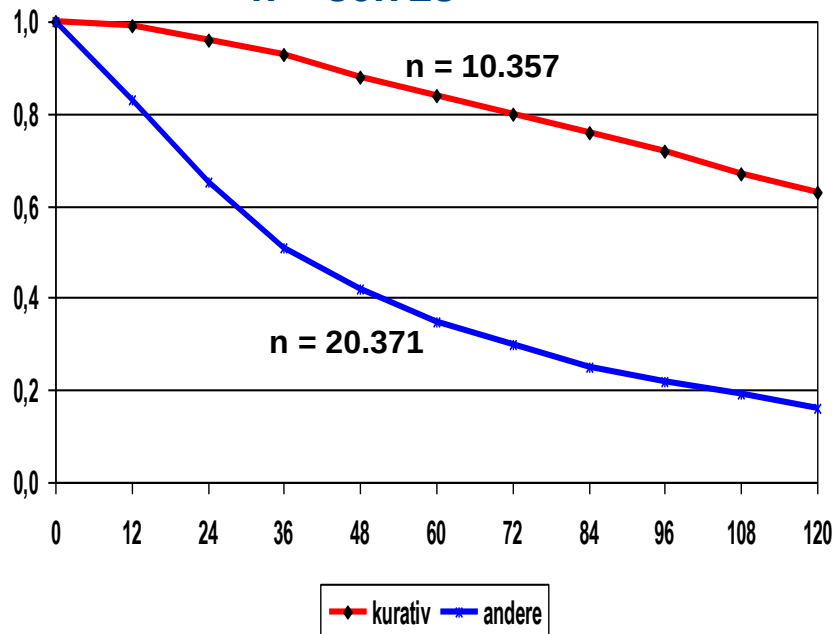


Stadium IV Diagnosejahre 2000-2014 (n = 32.040)

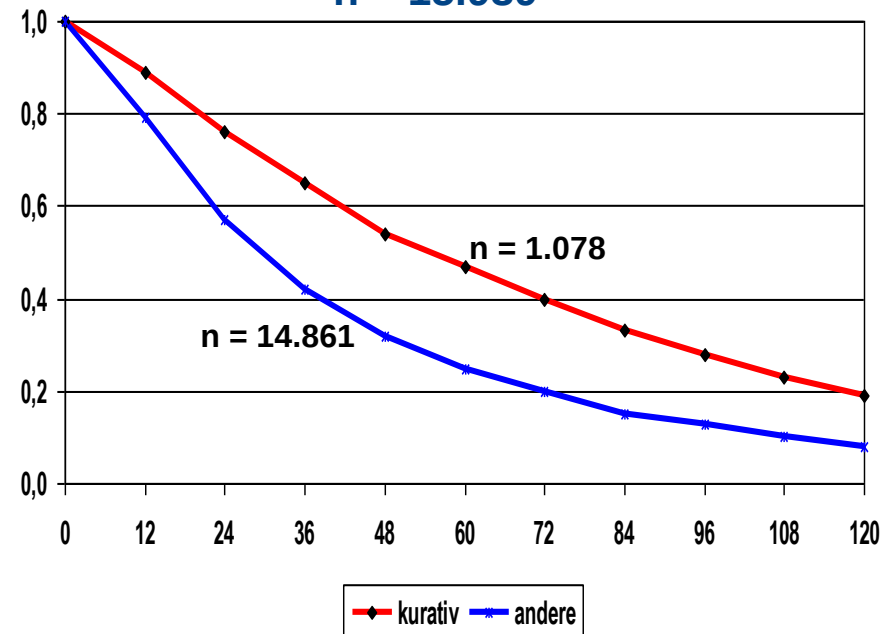


Relatives Überleben nach Therapie Diagnosejahre 2000-2014

Stadium IV
n = 30.728



M1
n = 15.939



Fazit aus urologischer Sicht

Keine Veränderung der Stadienverteilung.

Qualitätskriterium von 10 % R1- Resektionen wird in fast allen Regionen nicht erreicht.

Steigende Akzeptanz der abwartenden Therapiestrategie bei low risk.

Jede Therapiewahl beim lokal begrenzten Prostatakarzinom führt zu Überlebensraten vergleichbar mit der Gesamtbevölkerung.

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

Im Stadium IV scheinen die Männer von einer invasiven Therapie zu profitieren!

Ausblick

Umsetzung des KFRG bundesweit

- flächendeckender Auf- und Ausbau Klinischer Krebsregister
- bundesweit einheitlicher Datensatz

Verantwortung der urologischen (interdisziplinären) Fachgesellschaft in

Kooperation mit dem KoQK und der ADT für:

- Motivation und Mobilisation der Leistungserbringer
- Auswertung und Qualitätssicherung auf regionaler und überregionaler Basis
- Implementierung der Daten in die Versorgungsforschung

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**