

# Kennzahlenanalyse der DKG-zertifizierten Prostatakrebszentren des Jahres 2015

**Mit der Zertifizierung von Prostatakrebszentren haben die beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und die Patientenselbsthilfe unter dem Dach der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) ein Instrument zur Qualitätssicherung und -entwicklung geschaffen, das das aktuelle Wissen aus der Forschung in fachliche Anforderungen überträgt und über deren Umsetzung in den klinischen Alltag wacht. Die derzeit 94 zertifizierten Prostatakrebszentren bilden als multidisziplinäre Netzwerke die gesamte Versorgungskette für die Betroffenen ab und berichten jährlich im Rahmen der Kennzahlenerhebung über den Stand der Umsetzung der Anforderungen.**

Ausgehend von den Erfahrungen mit uneinheitlichen Behandlungen von Brustkrebspatientinnen sowie erheblichen Unterschieden in den Überlebensraten dieser Patientinnen auf europäischer Ebene [10] stellte der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen einen Interventionsbedarf mit dem Ziel einer Vereinheitlichung und besseren Zusammenarbeit der Behandlungsdisziplinen fest [9]. Diese Anstrengungen führten 2003 zur Etablierung eines Zertifizierungsverfahrens der DKG für Brustkrebs, dem in den folgenden Jahren weitere Organkrebszentren sowie Module folgten: Darm (2006), Prostata, Lunge, Haut,

Gynäkologie (alle in 2008), Pankreas (2010), Neuro, Kopf-Hals (beide in 2011).

Seit im Jahre 2008 die erste Zertifizierung eines Prostatakrebszentrums durch die DKG erfolgte, konnten bis heute 94 Zentren an 95 Standorten zertifiziert werden. In diesen Zentren wurden im Jahr 2014 insgesamt 20.682 Primärfälle eines Prostatakarzinoms (PCA) behandelt, was bei einer Gesamtzahl der Prostatakrebsneuerkrankungen in Deutschland von 65.830 bezogen auf das Jahr 2010 einem Anteil von 31,1% aller Primärfälle entspricht [8]. Bei den anderen Organkrebszentren schwankt der prozentuale Anteil der in den Zentren behandelten Primärfälle zwischen 76,4% (Brust) und 23,0% (Pankreas).

In diesem Artikel werden ausgewählte Kennzahlen des Jahresberichts 2015 der zertifizierten Prostatakrebszentren vorgestellt, die Grundlage des Auditjahres 2014 waren und die Ergebnisse für die Patienten des Jahres 2013 beinhalten [3].

## Kennzahlen

### Kennzahlenentwicklung

Die Anforderungen der DKG, nach denen sich Prostatakrebszentren zertifizieren lassen können, sind im Erhebungsbogen für Prostatakrebszentren formuliert, der von der Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren der DKG entwickelt und regelmäßig aktualisiert wird

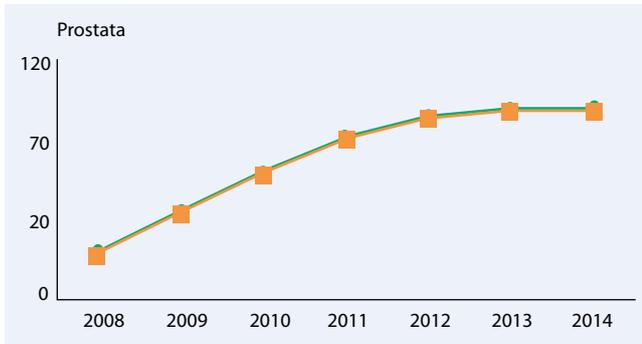
[1]. Grundlage der Anforderungen sind wie bei den anderen DKG-Zertifizierungsprogrammen [4, 5] die Inhalte der jeweiligen evidenzbasierten Leitlinie [7]. In der Zertifizierungskommission beraten und entscheiden mehr als 30 Mitglieder, die von den an der Versorgung beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Arbeitsgemeinschaften und der Selbsthilfe benannt sind, über die Anforderungen. Diese beziehen sich auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Leitlinienempfehlungen und die Behandlungsexpertise, beispielsweise als zu erreichende Mindestmenge, deren Zusammenhang mit der Versorgungsqualität in der Onkologie in zahlreichen Studien gezeigt werden konnte, u. a. auch für den Prostatakrebs [12].

Innerhalb des Zertifizierungssystems bildet die Zertifizierungskommission die Legislative ab, während onkologisch tätige und speziell qualifizierte Fachexperten über die Umsetzung der Anforderungen in Audits vor Ort wachen (Exekutive). Quantitative Grundlage der Audits sind die vorab von den Zentren übermittelten Daten (Kennzahlenbogen und Matrix). Über die Zertifikatserteilung entscheidet abschließend und auf der Grundlage des Auditberichts der Fachexperten der „Ausschuss Zertifikatserteilung“, der aus 3 erfahrenen Auditoren besteht (Judikative).

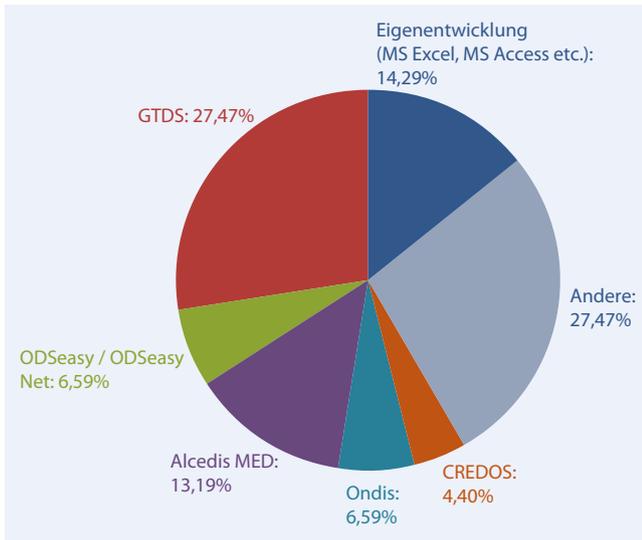
Die Zertifikatserteilung erfordert bei Erst- und Wiederholungszertifizierung zwingend die vollständige Erfüllung der Kernanforderungen (strukturelle Anforderun-

Hier steht eine Anzeige.

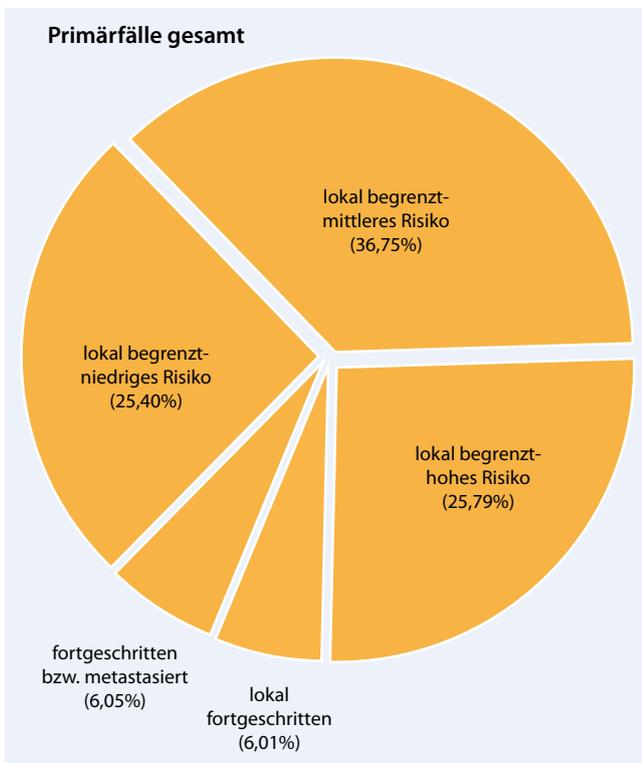




**Abb. 1** Entwicklung der zertifizierten Zentren von 2008 bis 2014. (Mit freundl. Genehmigung der DKG)



**Abb. 2** Im Einsatz befindliche Tumordokumentationssysteme. (Mit freundl. Genehmigung der DKG)



**Abb. 3** Risikostratifizierung Primärfälle. (Mit freundl. Genehmigung der DKG)

derungen, Mindestzahlen). Geringfügige Abweichungen bei den Mindestzahlen werden während der Laufzeit des Zertifikats (3 Jahre) toleriert, sofern die strukturellen Merkmale erhalten bleiben. Maßnahmen zur Behebung der Abweichungen müssen ergriffen werden.

### Kennzahlenerhebung

Die vor dem jährlichen Audit mittels elektronischem Fragebogen übermittelten Daten (Kennzahlenbogen und Matrix) werden vom Zertifizierungsinstitut auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die meisten der Kennzahlen haben Plausibilitätsgrenzen und/oder Sollvorgaben. Bei Nichterreichung müssen die Zentren diese Abweichungen begründen. Die Fachexperten prüfen die Angaben inhaltlich vor dem Audit und stichprobenartig durch Einsicht in eine Stichprobe der Patientenakten vor Ort. Gegenstand der Audits sind stets die Kennzahlen des Vorjahres. Ein im April 2014 durchgeführtes Audit etwa hatte die Angaben zu Patienten des Jahres 2013 zum Inhalt. Im Jahr nach den Audits werden die Kennzahlen der Öffentlichkeit mittels anonymisiertem Benchmark-Bericht vorgestellt [3]. Dieser ist zugleich die Grundlage der nun folgenden Auswertung. Dargestellt werden die Ergebnisse 91 Standorte, die über eine vollständige Datengrundlage verfügten, d. h. während des gesamten Kalenderjahres 2013 zertifiziert war und in diesem Zeitraum keinen Wechsel des Tumordokumentationssystems vornahm.

### Ergebnisse

#### Entwicklung der zertifizierten Zentren von 2008 bis 2014

In **Abb. 1** ist die zeitliche Entwicklung der Zahl der zertifizierten Prostatakrebszentren von 2008 bis 2014 dargestellt. Von 63 Zentren in 2010 erfolgte eine Steigerung über 80 Zentren in 2011 auf 91 bzw. 94 Zentren in 2012 und 2013. Diese Zahl von 94 Zentren blieb auch in 2014 bei lediglich 5 neuen laufenden Zertifizierungsverfahren konstant, sodass mittlerweile ein Plateau erreicht ist.

## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

Zur Dokumentation kommt in den Zentren eine Vielzahl verschiedener Systeme zum Einsatz (■ **Abb. 2**). Das Gießener Tumordokumentationssystem (GTDS) ist mit 27,5% das am häufigsten verwendete Einzelsystem, knapp 42% der Standorte verwenden allerdings Eigenentwicklungen oder Systeme, die nur in drei oder weniger Standorten genutzt werden.

## Verteilung und Therapie der Primärfälle Prostatakarzinom

In der Low-risk-Gruppe befanden sich 25,4% der primär diagnostizierten Prostatakrebspatienten, 36,8% im Intermediate-risk- und 25,8% im High-risk-Bereich, jeweils weitere 6% der Patienten zeigten ein primär lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Stadium (■ **Abb. 3**).

Die Aufteilung in die verschiedenen interventionellen Primärtherapien (radikale Prostatektomie, Strahlentherapie oder „andere interventionelle Therapie“ – Hormontherapie/Chemotherapie) in Abhängigkeit des Risikoprofils ist in ■ **Abb. 4** dargestellt. Bei lokal fortgeschrittenen und lokal begrenzten Tumoren ist die operative Therapie mit 65,7–77,9% mit Abstand am häufigsten, bei fortgeschrittenen und metastasierten Tumoren kommen in 60,6% der Fälle „andere interventionelle Primärtherapien“, also eine Hormon- oder Chemotherapie, zum Einsatz.

Bei einer Sollvorgabe von  $\geq 100$  Primärfällen/Jahr lag der Median aller Standorte im Jahr 2013 bei 149 (82–2124) Patienten, von diesen befanden sich im Median 36 (7–557) in der Gruppe mit einem niedrigen Risiko ( $PSA \leq 10$  ng/ml, Gleason-Score 6,  $\leq cT-2a$ ).

## Vorstellung der Patienten in Konferenzen

Für die Patiententeilnahme an prätherapeutischen Konferenzen beträgt die Sollvorgabe 95% der Primärfälle. Für Patienten, die zuerst in der Urologie vorgestellt werden, erfüllen 81% der Standorte diese Vorgabe. Bei zuerst in der Strahlentherapie vorgestellten Patienten erfüllen 90% die Sollvorgabe (ohne Abbildung). Der Me-

Urologe 2015 · 54:1530–1536 DOI 10.1007/s00120-015-3855-7  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

## J. Fichtner · C. Kowalski · S. Wesselmann · P. Albers Kennzahlenanalyse der DKG-zertifizierten Prostatakrebszentren des Jahres 2015

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Seit im Jahre 2008 die erste Zertifizierung eines Prostatakrebszentrums durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) erfolgte, konnten bis heute 94 Zentren an 95 Standorten zertifiziert werden. Im Rahmen der Zertifizierung werden Kennzahlen erhoben, die zu Benchmark-Zwecken verwendet werden können.

**Ziel der Arbeit.** Dieser Beitrag beschreibt die Entwicklung und Erhebung der Kennzahlen und stellt eine Auswahl aktueller Ergebnisse vor.

**Material und Methoden.** Vorgestellt werden deskriptive Ergebnisse zu 18.288 Primärfällen aus den 91 Standorten mit vollständiger Datenbasis.

**Ergebnisse.** Die Prostatakrebszentren haben im Kanon mit anderen DKG-zertifizierten Organkrebszentren aktuell ein Plateau der absoluten Zahl der Zentren mit einem Ge-

samtanteil aller in Deutschland behandelten Primärfälle von 31% erreicht. Die Implementierung der Anforderungen erfolgt auf insgesamt hohem Niveau, wenngleich einzelne Zentren Schwierigkeiten mit ausgewählten Kennzahlen haben, beispielsweise der Studienquote.

**Diskussion.** Die Auswertung der aktuellen Kennzahlen dokumentiert für die Gesamtkohorte eine gute und den Sollvorgaben entsprechende Struktur- und Prozessqualität. Zukünftig wird der Abbildung der mittel- und langfristigen Ergebnisqualität eine größere Bedeutung zukommen, insbesondere den „patient reported outcomes“.

### Schlüsselwörter

Zertifizierung · Kennzahlenentwicklung · Versorgungsqualität · „Patient reported outcomes“ · Tumordokumentationssystem

## Indicator analysis of prostate cancer centers certified by the German Cancer Society 2015

### Abstract

**Background.** Since the first prostate cancer center was certified by the German Cancer Society (DKG) in 2008, there are currently 94 centers at 95 sites. During certification, data on the implementation of the requirements are collected. These data can be used for benchmarking purposes.

**Objectives.** This paper describes the development and monitoring of indicators and presents a selection of recent results.

**Materials and methods.** The descriptive results on 18,288 primary cases from 91 sites with complete data are presented.

**Results.** The prostate cancer center certification system has reached a plateau both in regard to the absolute number of centers and the total proportion of all primary cases treated in Germany. The implementation of the re-

quirements is at a high level overall, although some centers have difficulties fulfilling selected key figures, e.g., the study quota requirement.

**Conclusion.** The evaluation of current indicators documented good structural and process quality, which correspond for the most part to the target values for the total cohort. In the future, assessing medium and long-term outcome quality will be of greater importance, particularly with regard to patient-reported outcomes.

### Keywords

Certification · Benchmarking · Quality of care · Patient reported outcomes · Tumordokumentationssystem

dian beträgt 98% bei zuerst in der Urologie und 100% bei zuerst in der Strahlentherapie vorgestellten Patienten. Posttherapeutisch betragen die Sollvorgaben 100% für Primärfälle und Patienten mit Rezidiv/Metastasen, die von 85% bzw. 71% der Standorte erreicht werden. Ebenso wird die Teilnahme von Vertretern der Urologie, Strahlentherapie, medikamentöser Tumorthherapie und Pathologie in

den posttherapeutischen Konferenzen dokumentiert. Die Sollvorgaben betragen jeweils 95%, die von 100% (Urologie), 95% (Strahlentherapie), 97% (medikamentöse Tumorthherapie) und 88% der Standorte erreicht werden.

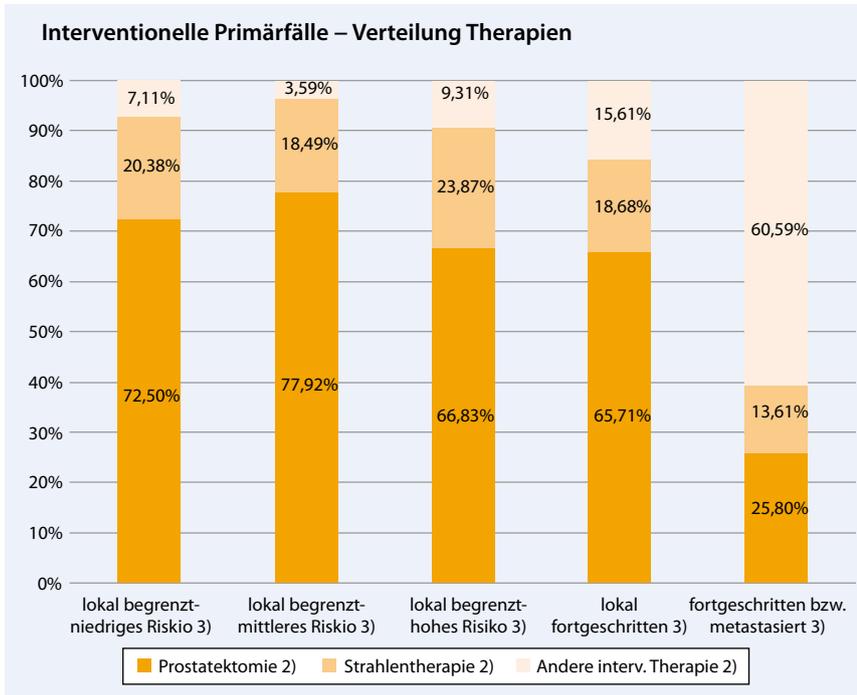


Abb. 4 ▲ Therapien nach Risiko. (Mit freundl. Genehmigung der DKG)

### Active Surveillance

Der Median der mit Active Surveillance (AS) behandelten Primärfälle bei niedrigem Risiko lag im Kennzahlenjahr 2013 bei 16,1% und hat im zeitlichen Verlauf der letzten Jahre eine deutliche Steigerung erfahren, mit einzelnen Zentren, in denen >60% der Primärfälle unter AS sind (■ Abb. 5).

### Studienteilnahme

Bei einer Sollvorgabe von  $\geq 5\%$  der in Studien eingebrachten Primärfälle liegt der Median aller Zentren bei 2,9% und lässt im zeitlichen Verlauf keine eindeutige Tendenz erkennen (■ Abb. 6).

### Anzahl der radikalen Prostatektomien

Im Kennzahlenjahr 2013 lag der Median aller Standorte bei 78 (31–2086) Prostatektomien bei einer Sollvorgabe von  $\geq 50$  Operationen. Die Zahl der Prostatektomien weist seit 2010 eine kontinuierliche Abnahme auf mit einer Reduktion des Medians von  $n=94$  im Jahr 2010 auf  $n=78$  im Jahr 2013 auf (■ Abb. 7).

### Nervenerhaltende Operation, postoperative Revisionseingriffe und Wundinfektionen

Bei einer Sollvorgabe von  $\geq 80\%$  nervenerhaltender Operationen bei dafür geeigneten Patienten [niedriges Risiko und „International Index of Erectile Function“ (IIEF)  $\geq 22/25$ ] lag der Median aller Standorte bei 100 und 88% Standorten mit erfüllter Sollvorgabe. Bei allerdings im Median nur 5 Patienten pro Zentrum wird der geringe Anteil von Patienten mit einem präoperativen IIEF von  $\geq 22$  als Grund für diese geringe absolute Zahl angeführt. Postoperative Revisionseingriffe erfolgten bei im Median 4,6% der Patienten und postoperative Wundinfektionen lagen im Median bei 1,5% der Patienten vor.

### Anzahl der Strahlentherapien

Der Median für Primärfälle, die eine definitive externe Radiotherapie erhielten, betrug 22,7% (0,9–51,4%), während in der Mehrzahl der Standorte überhaupt keine primäre Seedimplantation erfolgte (0–19%).

### Ergebnisqualität: R1-Resektionen bei pT2c N0 oder Nx M0

Eine iatrogene Inzision mit resultierendem positivem Absetzungsrand fand im Median bei 9,1% (0,1–26,9%) der Patienten bei einer Sollvorgabe von  $\leq 10\%$  statt. 57% der Zentren erfüllten die Sollvorgabe.

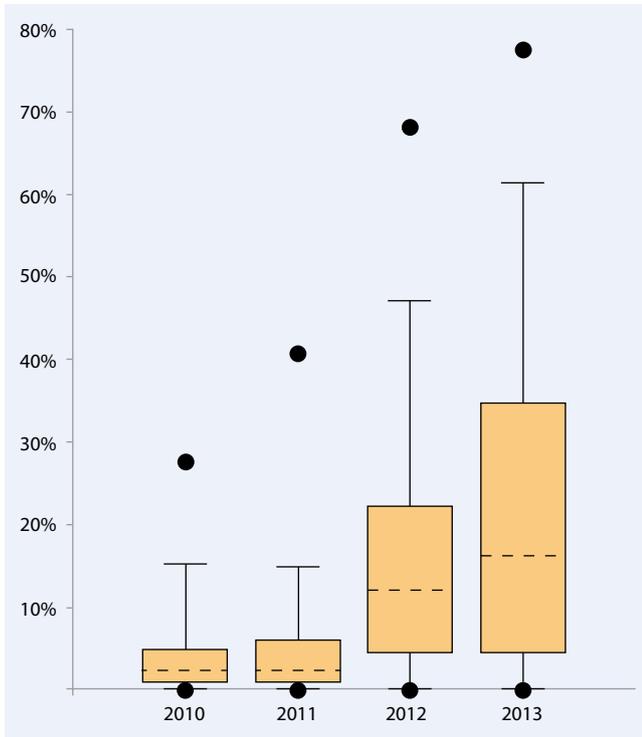
### Diskussion

Derzeit sind 94 Zentren zertifiziert, die zuletzt 31,1% aller in Deutschland behandelten Primärfälle behandelt haben. Die Auswertung der aktuellen Kennzahlen dokumentiert für die Gesamtkohorte eine gute und den Sollvorgaben entsprechende Struktur- und Prozessqualität.

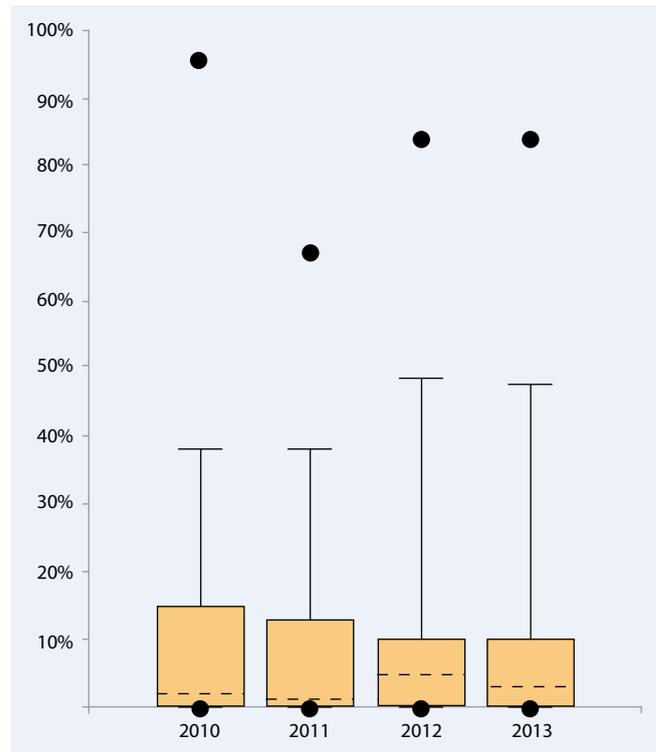
Die Ergebnisqualität der Zentren wird anhand der vier Surrogatparameter „Quote der nervenerhaltenden Operationen“, „Revisionsoperationen“, „Wundinfektionen“ sowie „R1-Resektionen“ erhoben. Die ersten 3 Parameter weisen in der Gesamtanalyse in allen Zentren eine den Sollvorgaben entsprechende Ergebnisqualität auf, wohingegen die Sollvorgabe einer R1-Resektionsrate von  $< 10\%$  beim pT2-Tumor nur von 52 der 91 Standorte (57,1%) erfüllt wird. In den Erhebungsbögen müssen Abweichungen von den Sollvorgaben begründet werden. In diesem Fall wurden nervenschonende Operationen sowie Lernkurven als Gründe für im Zeitverlauf leicht steigende R1-Raten angeführt.

» Die Erfüllung der Quote von in Studien eingeschlossenen Patienten ist für viele Zentren ein Problem

Bemerkenswert ist der deutliche Anstieg beim Anteil der Patienten unter AS, der zugleich auf die deutliche Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit hinweist. Die Erfüllung der Quote von in Studien eingeschlossenen Patienten ist hingegen nach wie vor für viele Zentren ein Problem. In den Zentren mit niedrigen Studienquoten wird das geringe Angebot entsprechender Studien für das Patientenkollektiv bzw. eine Ablehnung einer Studienteilnahme nach positivem Screening [für z. B. die PREFERE-Stu-



**Abb. 5** ▲ Anteil AS bei Primärfällen mit lokal begrenztem PCA und niedrigem Risiko (PSA ≤ 10 ng/ml und Gleason-Score 6 und cT-Kategorie ≤ 2a). (Mit freundl. Genehmigung der DKG)



**Abb. 6** ▲ Studienteilnahme: Alle Patienten des Zentrums, die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden (Zähler) bezogen auf alle Primärfälle (Nenner). (Mit freundl. Genehmigung der DKG)

	2010	2011	2012	2013
● Max	1440,00	1124,00	2145,00	2086,00
95. Perzentil	448,60	428,80	410,15	343,50
75. Perzentil	144,50	139,00	127,50	116,50
Median	94,00	91,00	84,00	78,00
25. Perzentil	77,25	66,50	63,75	59,00
5. Perzentil	58,05	49,60	48,00	49,00
● Min	54,00	42,00	35,00	31,00

**Abb. 7** ▲ Anzahl Prostatektomien pro Standort. (Mit freundl. Genehmigung der DKG)

	2010	2011	2012	2013
● Max	26,44%	25,35%	25,71%	26,92%
95. Perzentil	19,33%	21,75%	21,93%	20,53%
75. Perzentil	13,58%	13,01%	14,85%	13,69%
Median	8,42%	8,89%	8,94%	9,09%
25. Perzentil	4,39%	6,23%	6,50%	5,71%
5. Perzentil	0,04%	1,98%	2,94%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

**Abb. 8** ▲ Erfassung der R1-Resektion bei pT2 c/pN0 oder Nx M0. (Mit freundl. Genehmigung der DKG)

die (präferenzbasierte randomisierte Studie zur Evaluation von vier Behandlungsmodalitäten beim Prostatakarzinom mit niedrigem und frühem intermediären Risiko) [13]] als Grund angeführt.

Hervorzuheben ist die hervorragende Umsetzung der Anforderungen zur multidisziplinären Tumorkonferenz. Nicht nur werden (von wenigen Ausnahmen abgesehen) entsprechend der Sollvorga-

be mindestens 95% bzw. 100% der Patienten in den Zentren prä- und posttherapeutisch vorgestellt, auch die beteiligten Leistungserbringer sind bis auf wenige Ausnahmen immer vertreten, so dass es sich um wirklich multidisziplinäre Konferenzen handelt. Abweichungen von der Sollvorgabe werden zumeist mit Abstimmungsproblemen zwischen den Hauptkooperationspartnern und teilweise den

Niedergelassenen begründet. Maßnahmen zur Verbesserung beinhalten beispielsweise Mitarbeiterschulungen und eine Intensivierung der Kooperation mit den Niedergelassenen.

Suffiziente Daten zu biochemischen (auch stadienabhängigen) Rezidivraten nach radikaler Prostatektomie und Strahlentherapie liegen bislang nicht vor, dies gilt gleichfalls für die Parameter Konti-

nenzstatus sowie erektile Funktion. Erst die Erfassung dieser definitiven Parameter des onkologischen und funktionellen Outcomes wird eine abschließende Beurteilung des Erfolgs des Zertifizierungssystems ermöglichen. Dank eines nunmehr ausreichenden Follow-up werden Daten aus „patient reported outcome measures“ (PROM) in den kommenden Jahren zusätzliche Aussagen zur Ergebnisqualität liefern. Der Messung dieser Parameter wird im Zertifizierungssystem künftig eine noch größere Bedeutung als bislang beigemessen. Das durch die Firma OnkoZert neu entwickelte Tool „XML-OncoBox“ wird für Brustkrebs-, Darmkrebs- und Prostatakrebszentren eine zentrale, automatisierte Auswertung der lokal in den Zentren erfassten Daten ermöglichen, die dann auch nach neuen und differenzierten Fragestellungen (z. B. Stadien, Therapiemodalität) analysiert werden können.

Für die zertifizierten Zentren insgesamt ist in den letzten Jahren eine Abnahme des Medians der Zahl der radikalen Prostatektomien zu beobachten. Einige Zentren haben folglich bereits jetzt oder in absehbarer Zukunft Schwierigkeiten, die Sollvorgabe bei den Fallzahlen (Zahl der radikalen Prostatektomien pro Jahr und Zentren:  $n > 50$ ) zu erfüllen. Diese Entwicklung wird in den kommenden Jahren weiter beobachtet werden müssen, auch vor dem Hintergrund bisheriger Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Fallzahl und Versorgungsqualität und nach Möglichkeit unterfüttert mit Zahlen aus Deutschland. Bei einer vermutlich weiter zunehmenden Zahl von primär mit einer AS behandelten Patienten und gleichzeitig abnehmender Zahl der Prostatabiopsien aufgrund einer geringeren Inanspruchnahme der Früherkennung werden in der Zukunft andere Parameter der Struktur- und Prozessqualität jenseits von Fallzahlgrenzen diskutiert werden müssen. Auf aktuelle therapeutische Entwicklungen, Patientenpräferenzen und das aktuelle Studiengeschehen wurde dabei bereits reagiert: Bereits jetzt können Zystoprostatektomien als operative Expertise inkludiert werden und in die PREFERE-Studie eingeschlossene Patienten zählen unabhängig von der randomisierten Therapiemodalität als operativer Fall.

Aus Platzgründen konnten in diesem Beitrag nicht alle Kennzahlen im Detail und v. a. nicht mit ergänzenden Zusammenhangsanalysen dargestellt werden. Dies ist z. T. für einzelne Kennzahlen an anderer Stelle erfolgt, z. B. für die hier nicht thematisierten psychosozialen Kennzahlen zum Sozialdienst und der Psychoonkologie, für die jedem Patienten in DKG-zertifizierten Zentren Zugang gewährt werden muss [6, 11]. Für weitere deskriptive Auswertungen zu den hier vorgestellten Kennzahlen sei daher auf den Jahresbericht für Prostatakrebs- und Onkologische Zentren verwiesen [2, 3].

### Fazit für die Praxis

- Der jährliche Kennzahlenbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren gibt Auskunft über die Umsetzung der von der Zertifizierungskommission entwickelten Anforderungen.
- Der Bericht kann von den Zentren zu Vergleichs- (Benchmarking-)Zwecken genutzt werden und dient der (Fach-)Öffentlichkeit zur Information über das Leistungsgeschehen in den zertifizierten Zentren.
- Der Bericht des Jahres 2015 weist eine konsequente Umsetzung der fachlichen Anforderungen aus und stellt zugleich die Maßnahmen dar, die von den Zentren bei Abweichungen im Dialog mit den Fachexperten entwickelt und im Anschluss umgesetzt werden.

### Korrespondenzadresse



**Prof. Dr. J. Fichtner**  
Urologische Klinik, Johanniter  
Krankenhaus Oberhausen  
Steinbrinkstraße 96A,  
46145 Oberhausen  
Jan.Fichtner@evkl.n.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** S. Wesselmann und C. Kowalski sind Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft. J. Fichtner und P. Albers sind Mitglieder der Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

### Literatur

1. Deutsche Krebsgesellschaft (2014) Erhebungsbogen für Prostatakrebszentren. DKG, Berlin
2. Deutsche Krebsgesellschaft (2015) Jahresbericht 2015 der zertifizierten Onkologischen Zentren. DKG, Berlin
3. Deutsche Krebsgesellschaft (2015) Jahresbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren. DKG, Berlin
4. Kowalski C, Ferencz J, Brucker SY et al (2015) Quality of care in breast cancer centers: results of benchmarking by the German Cancer Society and German Society for Breast Diseases. *Breast* 24:118–123
5. Kowalski C, Ferencz J, Ukena D et al (2015) Versorgungsqualität in zertifizierten Lungenkrebszentren. *Pneumologie (Stuttgart, Germany)* 69:329–334
6. Kowalski C, Ferencz J, Weis I et al (2015) Social service counseling in cancer centers certified by the German Cancer Society. *Soc Work Health Care* 54(4):307–319
7. AWMF (2014) Leitlinienprogramm Onkologie: Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Langversion 3.1–2. Aktualisierung. AWMF-Register-Nummer 043/022OL, AWMF, Berlin
8. Robert-Koch-Institut, E.V. GDEKID (Hrsg) (2013) Krebs in Deutschland 2009/2010. RKI, Berlin
9. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Berlin
10. Sant M, Capocaccia R, Verdecchia A et al (1998) Survival of women with breast cancer in Europe: variation with age, year of diagnosis and country. The EURO-CARE Working Group. *Int J Cancer* 77:679–683
11. Singer S, Dieng S, Wesselmann S (2013) Psychosocial care in certified cancer centres – a nationwide analysis in Germany. *Psychooncology* 22:1435–1437
12. Trinh QD, Bjartell A, Freedland SJ et al (2013) A systematic review of the volume-outcome relationship for radical prostatectomy. *Eur Urol* 64:786–798
13. Wiegel T, Albers P, Bussar-Maatz R et al (2013) PREFERE – the German prostatic cancer study: questions and claims surrounding study initiation in January 2013. *Urologe A* 52:576–579