

# Evaluationsbericht Zervixkarzinom 2025

Gesundheitsforen Leipzig | 19. Januar 2026

# Agenda

Hintergrund

Datengrundlage

Ergebnisse

Live-Exploration der aktuellen oKFE-Daten

Diskussion

01.

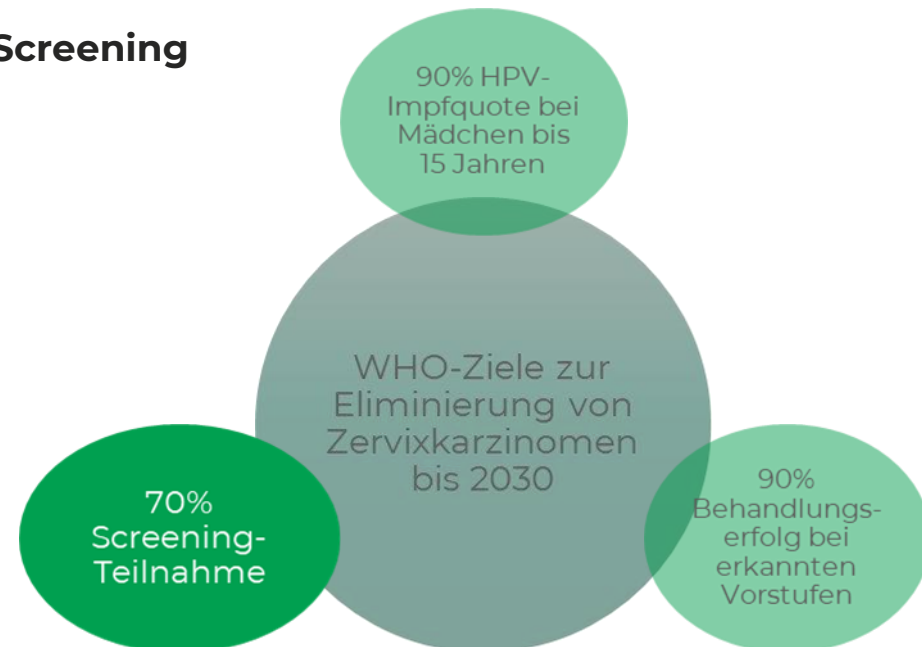
Hintergrund

# Evaluation von Daten unterstützt die Programmgestaltung und damit die Erreichung der WHO-Ziele

## Maßnahmen

- WHO-Ziele: Eliminierung des Zervixkarzinoms mit einer Inzidenz von  $<4/100.000$
- Der Weg dahin führt über die 90-70-90-Ziele bis 2030.
- Aktuell sind 15-jährige Mädchen (2024) zu ca. 55 % vollständig geimpft
- Zervixkarzinom bleibt sehr häufig; weltweit 2022 rund 662.000 Neuerkrankungen
- Mit Umstellung auf ein organisiertes Programm, Evaluation der Daten und darauf basierende Anpassungen am Programm sollen diese Ziele erreicht werden

## Screening



# Auf Basis der oKFE-Richtlinie werden systematisch Daten zur Krebsvorsorge erhoben und gesamthaft ausgewertet

## Ausgangssituation

- Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-Richtlinie) regelt u. a. die Zielstellung, Anspruchsberechtigte, das Einladungswesen und die Beurteilung der oKFE-Programme – derzeit für Zervixkarzinome und Darmkrebs.
- Zur Verbesserung der Qualität der Krebsfrüherkennungsprogramme werden systematisch Daten erfasst, überwacht und ausgewertet. Insbesondere sind
  - die Inanspruchnahme,
  - der Effekt des Einladungswesen,
  - der Anteil falsch positiver Diagnosen,
  - das Auftreten von Intervallkarzinomen und
  - die Sterblichkeit an der betreffenden Krebserkrankungvon breitem gesellschaftlichem Interesse.
- Dazu werden dezentral erhobene Daten von Leistungserbringern, Krankenkassen und Krebsregistern für die Programmbeurteilung an eine unabhängige oKFE-Auswertungsstelle übermittelt, zentral gespeichert und ausgewertet.



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

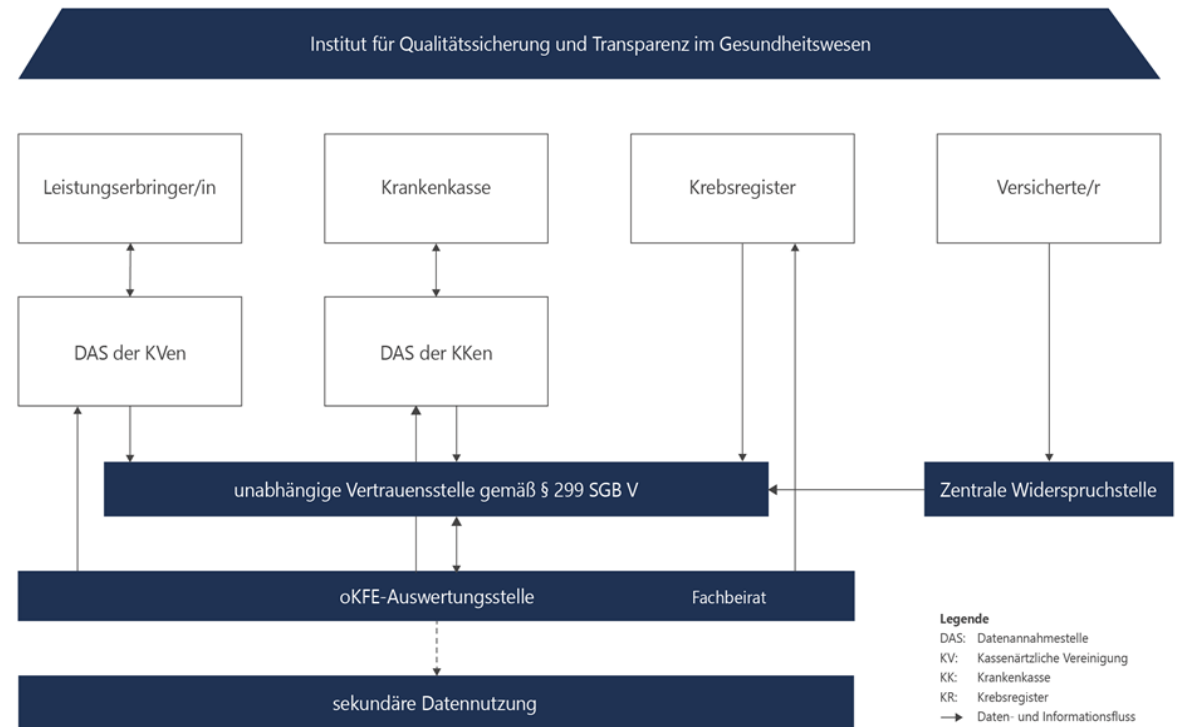
02.

Datengrundlage

# Die oKFE-Auswertungsstelle erhält Daten von Leistungserbringern, Krankenkassen und Krebsregistern

## Datenflüsse

- In der oKFE-Auswertungsstelle werden die Daten mehrerer liefernder Organisationen (niedergelassene Ärzte, Labore, Krankenkassen und Krebsregister) zusammengeführt.
- Die Zusammenführung wird auf pseudonymisierten Stammdaten (eGK-Nummer) der Versicherten vorgenommen.
- Die Pseudonymisierung und das eindeutige Identity-Management wird durch eine unabhängige Vertrauensstelle sichergestellt.



# Der aktuelle Bericht evaluiert die Erfassungsjahre 2021 bis 2024.

## Datenbasis und -validierung

- Der aktuelle Bericht umfasst erstmals alle drei Datenquellen:
  - **Krankenkassen** (Einladungsdaten beziehen sich auf 2020 bis 2023)
  - **Leistungserbringer**: (Früherkennungs- und Abklärungsuntersuchungen von 2021 bis 2024).
  - **Krebsregister** (vollständiger Datensatz von 2021 bis 2023; Daten aus 2024 liegen zu 60% vor)
- Zielpopulation: GKV-versicherte Frauen ab 20 Jahren, die nicht widersprochen haben.
- Datensätzen ohne Geburts- oder Untersuchungsdatum bzw. ohne Anspruchsberechtigung wurden ausgeschlossen.
- Vollständigkeit der Daten wurde durch Abgleich mit KM6-Statistik und KBV-Abrechnungsdaten validiert.
- Vollständigkeit und Plausibilität wurden mittels Prüfregelein der aktualisierten IQTIG-Spezifikation und stichprobenartiger Verknüpfungen in der Auswertungsstelle geprüft.

# Die Ergebnisse des aktuellen Berichtes sind robust, aber an einzelnen Stellen vorsichtig zu interpretieren.

## Limitationen

- Fehlende Dokumentation einer Untersuchung führt zur Klassifikation als Nichtteilnehmerin, auch bei möglicher Teilnahme 2020 oder im klinischen, nicht dokumentierten Bereich.
- Impfdaten beruhen zu einem großen Teil auf Selbstauskunft der Versicherten.
- Klinische Daten oder Untersuchungen außerhalb des oKFE-Programms werden nicht einbezogen.
- Alle Daten lassen sich über die pseudonymisierte eGK einem Versicherten zuordnen, der Untersuchungsverlauf ist jedoch nicht immer eindeutig abbildbar (z. B. mehrere HPV-Tests im zeitlichen Zusammenhang mit einer Früherkennungsuntersuchung).
- Fehldokumentationen und inkonsistente Angaben der Datenquellen können auftreten und erschweren die Auswertung insbesondere bei kleinen Fallzahlen.
- Für einige Fragestellungen ist der Beobachtungszeitraum von vier Jahren noch zu kurz (Persistenz).
- Von den Krebsregistern werden nur Daten mit eindeutiger eGK übermittelt (notwendig für die Verknüpfbarkeit zu anderen Datenquellen, es fehlen jedoch z. B. DCO-Fälle).

03.

Ergebnisse

# Hohe Einladungsquoten, aber kein offensichtlicher Zusammenhang zur Teilnahme.

## Einladung / Informationsschreiben zum Screening

- Frauen im Alter von 20, 25, 30 ... Jahren sollen von ihrer Krankenkasse über mögliche Früherkennungs-untersuchungen informiert werden
- Pro Jahr werden zwischen 4 Mio. und 4,3 Mio. Versicherte eingeladen.
- Das sind ca. 90 % derjenigen, die im entsprechenden Jahr eine Einladung erhalten sollten.
- Es werden keine Gründe für die Teilnahme am Screening erfasst.
- Für die Erstteilnahme am Screening scheint es keinen direkten Zusammenhang zwischen Einladung und Teilnahme zu geben.

**Tabelle 4.2.**

**Anzahl der Erstteilnehmerinnen mit und ohne Einladung:** Jährliche Anzahl der Erstteilnehmerinnen am oKFE-Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, prozentualer Anteil der eingeladenen und nicht eingeladenen Personen in Klammern, 2021 bis 2023, Datenbasis: Krankenkassendaten, Leistungserbringerdaten.

Jahr	Anzahl der Erstteilnehmerinnen	Erstteilnehmerinnen mit Einladung (Anteil)	Erstteilnehmerinnen ohne Einladung (Anteil)
2021	5.240.156	1.268.696 (24,21 %)	3.971.460 (75,79 %)
2022	2.544.331	995.741 (39,14 %)	1.548.590 (60,86 %)
2023	6.394.175	3.334.316 (52,15 %)	3.059.859 (47,85 %)

# Fast jede zweite anspruchsberechtigte Frau bleibt ohne dokumentierte Früherkennungsuntersuchung.

## Teilnahmerate von 2021 bis 2024

- **2021–2024** nahmen insgesamt **17,0 Mio. Frauen** mindestens einmal am oKFE-Programm teil.
  - 16,7 Mio. Frauen nahmen mindesten einmal an einer Früherkennung teil.
  - Zusätzlich wurde für 319.000 Frauen eine reine Abklärung dokumentiert.
- Bei durchschnittlich ca. 31,8 Mio. anspruchsberechtigten Frauen entspricht dies einer Gesamtteilnahme von 54%.
  - Teilnahme 20 bis 34 Jahre (Abstrich)
    - Teilnahmeraten 2024 je nach Altersgruppe etwa 44–52%.
    - Leichter Anstieg der Teilnahme bei 25–34-Jährigen über die Jahre 2021 bis 2024.
  - Teilnahme ab 35 Jahren (Abstrich + HPV)
    - 2024 sind Teilnahmeraten je nach Altersgruppe meist unter 25 % mit abnehmender Tendenz bei höherem Alter.
    - 2023 ist das Jahr mit den höchsten Raten (voller 3-Jahres Zyklus)

# HPV-positive Testergebnisse identifizieren die meisten Frauen mit zytologischen Auffälligkeiten.

## Befunde aus der PSZ (Frauen zwischen 20 und 34 Jahren)

- 97,94 % aller zytologischen Früherkennungsuntersuchungen zeigen einen unauffälligen Befund I oder II-a.
- Die häufigsten auffälligen Befunde sind IIID1 (0,81 %) und II-p (0,67 %).
- Karzinome (Gruppe V) werden in der zytologischen Früherkennung nur sehr selten (0,0007 %) befundet.

## Befunde aus der PSK (Frauen ab 35 Jahren)

- 6 % aller durchgeführten HPV-Tests in der Früherkennung der Frauen ab 35 Jahren sind positiv.
- Die höchste Positivitätsrate haben Frauen in der Altersgruppe 35 bis 39 Jahre (8,74 %), danach nimmt sie mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab.
- 1,7 % aller HPV-Tests weisen die Hochrisikovirustypen 16 oder 18 nach (ca. 30 % aller positiven Tests).
- Es ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen positiven HPV-Tests und den zytologischen Befunden zu erkennen.
  - HPV-positiv  
• 78,8 % I und II-a  
• 0,2 % Gruppe V
  - HPV-negativ  
• 98,8 % I und II-a  
• 0,01 % Gruppe V

# Hoher Normalbefundanteil in Abklärungskolposkopien deutet auf Überabklärung, bei sicherer Hochrisiko-Erfassung.

## Abklärungsuntersuchungen und Abklärungskolposkopien

- In den Abklärungsuntersuchungen beträgt die Positivitätsrate 49,6 % (Ausschluss der Abklärungen ohne HPV-Test).
- Unauffällige Befunde I und II-a werden nur noch in 79,7 % aller Untersuchungen befundet, Gruppe V in 0,02 % (Ausschluss Abklärungen ohne Zyto).
- Zwischen 2021 und 2024 stieg die Zahl der Abklärungsuntersuchungen und Kolposkopien insgesamt an
- Besonders bei Frauen  $\geq 35$  Jahren zeigt sich in der Kolposkopie ein hoher Anteil histologischer Normalbefunde (über 50%)
- Gleichzeitig werden relevante CIN2+/CIN3-Befunde sicher erfasst – Kolposkopie ist zentrales Instrument der Diagnosesicherung

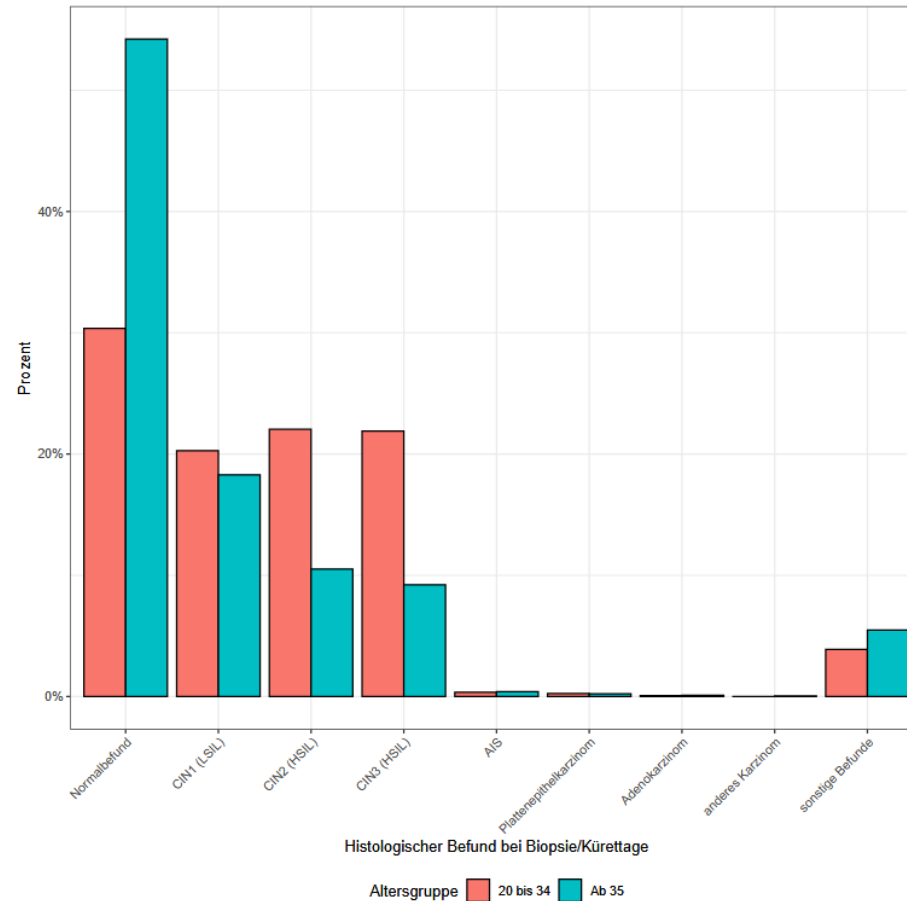


Abbildung 4.7: Klassifikation der histologischen Befunde einer Abklärungskolposkopie bei 20- bis 34-jährigen Frauen und Frauen ab 35 Jahren, 2024, Datenbasis: Leistungserbringerdaten

# Starker Fokus auf CIN2+/CIN3 bei invasiven Maßnahmen, aber Hinweise auf Übertherapie bei Normalbefunden.

## Invasive Maßnahmen

- 2021–2024: insgesamt 42.610 invasive Maßnahmen (40.155 Exzisionen, 2.455 sonstige OPs).
- Rückläufiger Trend der jährlichen Eingriffszahlen (2021:12.130 → 2024:9.668).
- Höchste Eingriffsrate bei CIN3 ( $\approx 35,6\%$ ) und AIS ( $\approx 37,8\%$ ), deutlich geringer bei CIN1 ( $\sim 1,7\%$ ) und Normalbefund ( $< 1\%$ ).
- Insgesamt angemessene Fokussierung der Therapie auf höhergradige Befunde.
- Trotz histologischem Normalbefund aus Biopsie/Kürettage wurden 750 Exzisionen/OPs durchgeführt.
  - Teilweise zeigen auch die Exzidate erneut Normalbefunde
  - Gründe im Datensatz nicht abbildbar (Persistenz, Symptomatik, Patientinnenwunsch, andere Risikokonstellationen).

# Die Abklärungsuntersuchungen werden überwiegend, aber nicht vollständig richtlinienkonform umgesetzt.

## Standardisierung - empfohlene Abklärungsmaßnahmen

- Bei 20–29-Jährigen mit II-p/II-g/IIID1 wird die empfohlene erneute Zytologie in ca. 85,6% der Fälle durchgeführt.
- Bei 30–34-Jährigen derselben Befundgruppe wird der empfohlene HPV-Test nur in etwa 54,2% durchgeführt; häufig Wahl anderer Verfahren (Ko-Testung, Zytologie).
- Bei Befunden III-p/III-g/IIID2 liegt die Übereinstimmung mit der empfohlenen Kolposkopie bei rund 79,4%, bei IV/V sogar bei 89,2%.

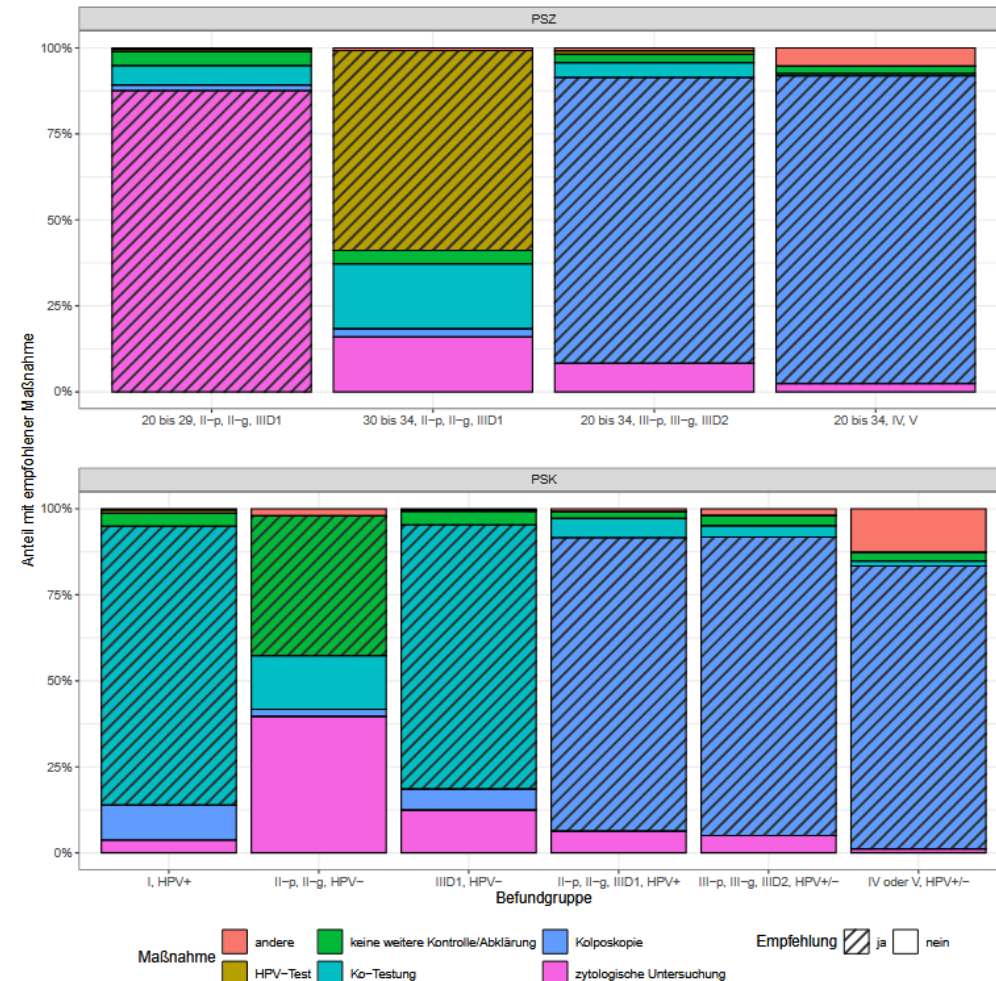


Abbildung 4.9: Anteil der empfohlenen Maßnahmen für eine Abklärung, differenziert nach Befundgruppen, 2024, Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

# HPV-Impfungen nehmen bei den 20- bis 34-Jährigen zu, sind aber noch weit vom WHO-Ziel entfernt

## HPV-Impfstatus

### 20-34 Jahre

- Vollständig geimpft: Anstieg von 28,6% (2021) auf 35,6% (2024).
- Ungeimpft: Rückgang von 56,7% auf 47,2%, aber weiterhin fast jede zweite Teilnehmerin ohne Impfschutz.
- Anteil mit unklarem Impfstatus steigt leicht (13,1% → 15,4%); Angaben beruhen überwiegend auf Selbstauskunft.

### Ab 35

- Vollständig geimpft: Anstieg von 0,78% (2021) auf 1,65% (2024).
- Trotz leichtem Rückgang sind weiterhin ~89% ungeimpft (2024).
- Hintergrund: Impfempfehlung der STIKO erst seit 2007; ältere Kohorten hatten keine systematische Impfchance.

# Befundmuster sprechen für einen schützenden Effekt der Impfung.

## HPV-Impfstatus

- In der Altersgruppe 30–34 Jahre sind rund 21,6% vollständig geimpft.
- Vollständig geimpfte Frauen zeigen häufiger niedriggradige Befunde und seltener hochgradige zytologische Auffälligkeiten (IIID2, IV, V) als ungeimpfte oder unklar geimpfte Frauen.
- In Gruppen mit unvollständigem/unklarem Impfstatus ist der Anteil höhergradiger Befunde erhöht.

**Tabelle 4.23.**

**Befunde im Primärscreening und HPV-Impfstatus für Frauen von 30 bis 34 Jahren:**

HPV-Impfstatus der 30- bis 34-jährigen Frauen, differenziert nach zytologischem Befund der Abstrichuntersuchung, 2021 bis 2024, Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

Zytologischer Befund	Vollständig	Unvollständig	Keine	Unklar	Gesamt
0	2.034 (0,19 %)	110 (0,17 %)	8.325 (0,27 %)	2.571 (0,38 %)	13.040 (0,27 %)
I	1.020.452 (96,76 %)	60.579 (95,61 %)	2.939.341 (95,27 %)	639.447 (95,37 %)	4.659.819 (95,61 %)
II-a	3.582 (0,34 %)	500 (0,79 %)	11.929 (0,39 %)	2.353 (0,35 %)	18.364 (0,38 %)
II-p	6.780 (0,64 %)	483 (0,76 %)	21.759 (0,71 %)	4.809 (0,72 %)	33.831 (0,69 %)
II-g	1.320 (0,13 %)	92 (0,15 %)	4.378 (0,14 %)	851 (0,13 %)	6.641 (0,14 %)
II-e	110 (0,01 %)	11 (0,02 %)	394 (0,01 %)	117 (0,02 %)	632 (0,01 %)
III-p	597 (0,06 %)	70 (0,11 %)	2.961 (0,10 %)	578 (0,09 %)	4.206 (0,09 %)
III-g	220 (0,02 %)	25 (0,04 %)	962 (0,03 %)	215 (0,03 %)	1.422 (0,03 %)
III-e	35 (0,00 %)	4 (0,01 %)	162 (0,01 %)	32 (0,00 %)	233 (0,00 %)
III-x	10 (0,00 %)	0 (0,00 %)	74 (0,00 %)	11 (0,00 %)	95 (0,00 %)
IIID1	6.217 (0,59 %)	455 (0,72 %)	21.623 (0,70 %)	4.712 (0,70 %)	33.007 (0,68 %)
IIID2	1.420 (0,13 %)	113 (0,18 %)	6.916 (0,22 %)	1.427 (0,21 %)	9.876 (0,20 %)
IVa-p	465 (0,04 %)	55 (0,09 %)	3.792 (0,12 %)	769 (0,11 %)	5.081 (0,10 %)
IVa-g	22 (0,00 %)	4 (0,01 %)	216 (0,01 %)	53 (0,01 %)	295 (0,01 %)
IVb-p	12 (0,00 %)	2 (0,00 %)	137 (0,00 %)	31 (0,00 %)	182 (0,00 %)
IVb-g	2 (0,00 %)	0 (0,00 %)	29 (0,00 %)	5 (0,00 %)	36 (0,00 %)
V-p	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	33 (0,00 %)	6 (0,00 %)	39 (0,00 %)
V-g	4 (0,00 %)	0 (0,00 %)	9 (0,00 %)	3 (0,00 %)	16 (0,00 %)
V-e	0 (0,00 %)	1 (0,00 %)	3 (0,00 %)	1 (0,00 %)	5 (0,00 %)
V-x	3 (0,00 %)	1 (0,00 %)	17 (0,00 %)	3 (0,00 %)	24 (0,00 %)
Keine Zyto.	11.291 (1,07 %)	858 (1,35 %)	62.310 (2,02 %)	12.487 (1,86 %)	86.946 (1,78 %)
<b>Gesamt</b>	<b>1.054.576</b> (100,00 %)	<b>63.363</b> (100,00 %)	<b>3.085.370</b> (100,00 %)	<b>670.481</b> (100,00 %)	<b>4.873.790</b> (100,00 %)

# Diagnosen zeigen überwiegend Vorstufen, invasive Karzinome sind selten, bleiben aber relevant.

## Diagnosen

- 2021–2024 wurden insgesamt 115.350 relevante ICD-Diagnosen dokumentiert.
- Davon über 80% D06 (Carcinoma in situ) – hauptsächlich D06.9 (unspezifisch) und D06.1 (Ektozervix).
- Invasive Karzinome C53 machen nur ca. 12 % der erfassten Diagnosen aus; häufigste Kodierung C53.9 (unspezifisch).
- Regelmäßige Teilnehmerinnen: häufiger Vorstufen (D06), seltener invasive C53-Karzinome.
- Unregelmäßige Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen: höhere Anteile fortgeschrittener Stadien und invasiver Karzinome.

**Tabelle 4.24.**

**Übermittelte Diagnosen aus den Krebsregistern:** Anzahl der für Gebärmutterhalskrebs relevanten ICD-10-Diagnosen, prozentualer Anteil in Klammern, 2021 bis 2024, Datenbasis: Krebsregisterdaten.

ICD	Diagnose	Anzahl
C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix	2.423 (2,10 %)
C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix	2.622 (2,27 %)
C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	1.693 (1,47 %)
C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	7.335 (6,36 %)
D06.0	Carcinoma in situ: Endozervix	8.255 (7,16 %)
D06.1	Carcinoma in situ: Ektozervix	31.572 (27,37 %)
D06.7	Carcinoma in situ: Sonstige Teile der Cervix uteri	4.725 (4,10 %)
D06.9	Carcinoma in situ: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	56.725 (49,18 %)
Gesamt		115.350 (100,00 %)

# Deutschland liegt bei der Inzidenz aktuell noch hinter dem WHO-Ziel.

## Inzidenz unter Anspruchsberechtigten

- Inzidenz invasiver Zervixkarzinome (C53) unter Anspruchsberechtigten:
  - 2021: 12,80 / 100.000
  - 2022: 12,47 / 100.000
  - 2023: 11,24 / 100.000.
- Deutlicher Altersgradient:
  - Sehr niedrige Raten bei 20–29 Jahren
  - Peak in 35–44 Jahren, danach langsamer Rückgang.
- WHO-Ziel: <4 Neuerkrankungen pro 100.000 Frauen/Jahr

**Tabelle 4.29.**

**Altersbezogene Inzidenz unter Anspruchsberechtigten:** Jährliche Anzahl der diagnoseinzidenten Frauen pro 100.000 Anspruchsberechtigten, differenziert nach Altersgruppen, 2021 bis 2023, Datenbasis: Krebsregisterdaten, KM6-Statistik.

Altersgruppe	2021	2022	2023
20 bis 24	0,47	0,59	0,64
25 bis 29	2,90	3,17	2,77
30 bis 34	11,26	10,14	8,74
35 bis 39	22,32	20,76	17,05
40 bis 44	21,23	20,42	16,98
45 bis 49	18,98	17,35	15,08
50 bis 54	15,73	14,19	14,50
55 bis 59	14,31	13,05	12,45
60 bis 64	14,13	15,27	12,52
65 bis 69	12,45	13,82	12,97
70 bis 74	11,52	12,12	11,31
75 bis 79	10,29	9,20	9,55
80 bis 84	9,16	10,04	9,79
85 bis 89	8,15	7,49	7,26
Ab 90	4,61	5,95	4,95

# Intervallkarzinome nach unauffälliger Früherkennung erfordern Fallaudits als Qualitätsindikator.

- Teil der C53- und D06-Diagnosen folgt zeitlich relativ kurz nach unauffälliger Früherkennung.
- Ursachen:
  - Fehler bei zeitlicher Zuordnung / Dokumentation,
  - echte Intervallkarzinome oder falsch-negative Screeningbefunde.
- Intervallkarzinome sind in Screeningprogrammen unvermeidbar, aber ihre Häufigkeit ist ein wichtiger Qualitätsindikator.
- Bedarf an weitergehenden Analysen und ggf. Fallaudit-Ansätzen.

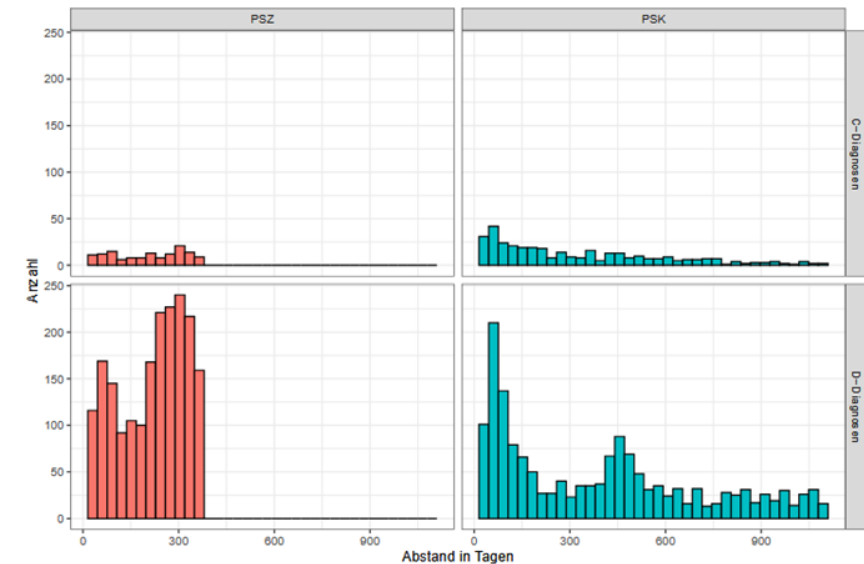


Abbildung 4.14: Zeitlicher Versatz zwischen einem unauffälligen Befund im Rahmen der Abstrichuntersuchung (PSZ) bzw. im Rahmen der Kombinationsuntersuchung (PSK) und einer dokumentierten Krebsdiagnose, unterteilt in Diagnosen eines invasiven Zervixkarzinoms (C-Diagnosen) und Diagnosen von noch nicht invasiven Vorstufen eines Zervixkarzinoms (D-Diagnosen), 2021 bis 2024, Datenbasis: Krebsregisterdaten, Leistungserbringerdaten.

# Für spezifische tiefergehende Analysen bietet der G-BA die Möglichkeit zur sekundären Datennutzung.

- Der zweijährigen Evaluation fehlt der Raum für spezifische Fragestellungen tiefergehender Themen.
- Mit einem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben besteht die Möglichkeit zur Nutzung der oKFE-Daten.
- Der Antrag wird auf Vollständigkeit, Plausibilität und die Möglichkeit der datenschutzkonformen Freigabe der Daten geprüft.
- Seit Juli liegen insgesamt sieben Anträge zur sekundären Datennutzung vor.
- Antragssteller waren dabei Institute an Universitätskliniken, Krebsregister und forschende Unternehmen

Sekundäre Datennutzung: Auswertung der histologischen Ergebnisse der sogenannten zytologischen Niedrigrisikogruppen (Gruppe I, IIa, II-p, II-g und IIID1) mit Bewertung des HPV-Subtyps	15.01.2026	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Regionale und sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme des Zervixkarzinom-Screenings in Deutschland (2021-2022)	27.11.2025	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Aktuelle HPV-Prävalenz und des Impfstatus in Deutschland im Ländervergleich	27.11.2025	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Persistenz und Rezidive von zervikalen Dysplasien und Zervixkarzinomen nach Screening und Therapie – Analyse von Risikofaktoren mittels Versorgungsforschungsdaten	13.11.2025	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Das Risiko für das Auftreten eines inzidenten Zervixkarzinoms in Abhängigkeit vom HPV-Impfstatus	23.10.2025	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Prävalenz von Polypen, Adenomen und Darmkrebs nach Lokalisation, Alter, Geschlecht und Region (PrADA) – Dr. Brinkmann	10.07.2025	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Prävalenz von Polypen, Adenomen und Darmkrebs nach Lokalisation, Alter, Geschlecht und Region (PrADA) – Dr. Dreier	10.07.2025	mit Beschlussdatum

Quelle Abbildung: <https://www.g-ba.de/beschluesse/?unterausschuss=5&aufgabenbereich=71>

04.

Xplain: Live-  
Exploration der  
aktuellen oKFE-  
Daten

# Ein Evaluationsergebnis in Form eines Berichtes hat naturgemäß eine eher „statische“ Natur

Datenauswertung 2021 bis 2024



# Um die Diskussion im Rahmen des Fachgesprächs zu unterstützen, haben wir alle oKFE-ZK-Daten „live“ verfügbar

GFL - Datalytics

The screenshot displays the Datalytics Suite web application interface. The browser address bar shows the URL `localhost:10001/objectexplorer/index.html`. The application header includes the logo for **GESUNDHEITSFOREN** (DIE ZUKUNFT GESTALTEN) and navigation buttons for "Add New" and "Start Object Explorer". Below the header, there are tabs for "Private Area" and "Public Area". The main content area features a grid of six data analysis cards, each with a title, a brief description, and a visualization:

- DATENSÄTZE IM OKFE ZK PROGRAMM**: Die Analyse zeigt die bisher vorliegenden Datensätze im Program. Visualization: Multiple bar charts.
- ÜBERBLICK EINLADUNGEN**: Die Analyse zeigt wie das Verhältnis ist zwischen Eingeladenen und nicht Eingeladenen und die absoluten Mengen. Visualization: Stacked bar chart.
- FRAUEN MIT EINLADUNG**: Die Analyse zeigt gut, dass die GKV die Frauen einladen, wenn Sie in einem bestimmten Alter sind. Visualization: Bar chart.
- VOLLSTÄNDIG GEIMPFTE FRAUEN**: Die Analyse zeigt die Frauen mit vollständiger Impfung. Visualization: Bar chart.
- SCHNITTMENGEN IN DEN DATENS...**: Die Analyse zeigt die jeweiligen Schnittmengen in den bisher vorliegenden Datensätzen. Visualization: Multiple small charts.
- BEISPIEL-TABELLE AUS BERICH...**: Die Analyse erläutert, wie bei der Berichterstellung vorgegangen wurde. Visualization: Table and charts.

At the bottom of the dashboard, three additional card titles are visible: "FRAUEN MIT KREBS ALS TODESU...", "TABELLE 4.37", and "VERHÄLTNIS PS UND KREBSREGI...".

# Zur Einordnung des Systems sollten wir gemeinsam einige Aspekte berücksichtigen

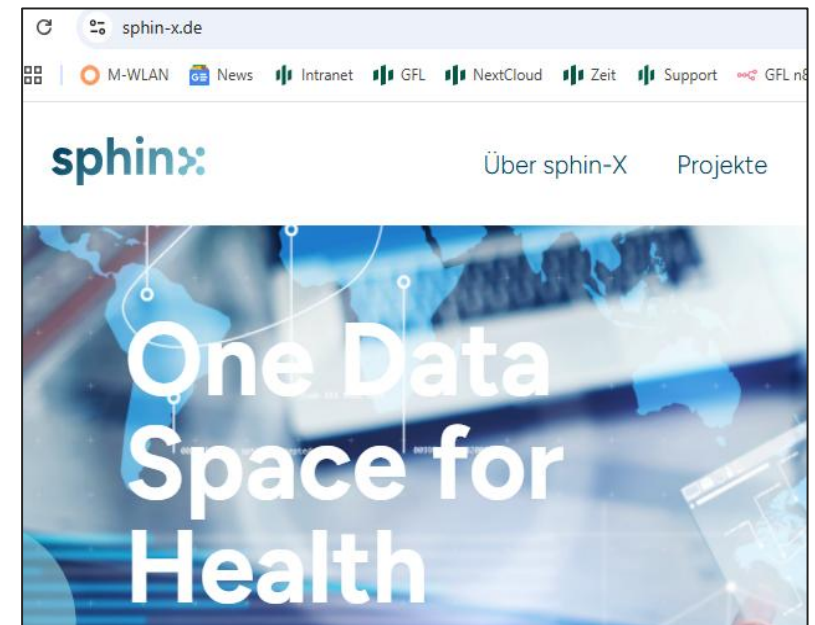
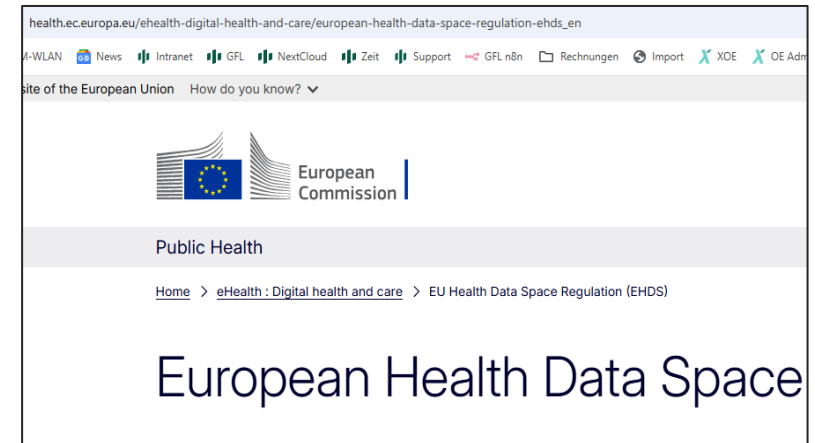
## Vorbemerkungen

- Bei der Technologie selbst handelt es sich um eine patentgeschützte Software, die wir schon in mehreren Projekten erfolgreich eingesetzt haben
- Ein Fokus liegt auf der explorativen Analyse der zugrunde liegenden Daten – das bedeutet: Man kann sich mit Fragestellungen direkt auf den Daten bewegen!
- Wir haben das Datenmodell temporär für das heutige Fachgespräch entwickelt und aufbereitet um die Diskussion zu unterstützen – der Reifegrad kann damit nicht bei 100% liegen
- Anders als im vorgelegten Bericht schauen wir auf den gesamten aktuellen Datenbestand, der sich regelmäßig verändert (Stichworte: Basisjahre, Historisierung)
- Generell sollten wir berücksichtigen, dass wir als Auswertungsstelle ein Quelle-Senke-Problem haben – das heißt die Herausforderung, dass die Daten konsistent und korrekt von einer Quelle zur nächsten zu übertragen und / oder transformiert werden
- Jede Analyse, die wir gleich durchführen kann uns einen Eindruck zum Geschehen vermitteln – sie ersetzt nicht die detaillierte Analyse / Programmierung
- Neben der heutigen Unterstützung der Diskussion möchten wir zeigen, dass bereits heute eine sehr umfangreiche und valide Forschungsdatenbasis entstanden ist, die bei weiter stetiger Unterstützung aller Beteiligten geeignet ist, eine Beurteilung der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung im jeweiligen Indikationsgebiet real zu ermöglichen.

# Bei Unterstützung durch den G-BA wäre auch eine gemeinsame Analytikplattform denkbar

## Ausblick

- Die derzeitige Organisation der sekundären Datennutzung sieht vor, dass Anträge beim G-BA gestellt werden und die Auswertungsstelle die Daten in einem mehrstufigen Verfahren an die Antragstellenden bereitstellt.
- Parallel dazu entstehen aktuell verschiedene Initiativen, die sich an den Konzepten des European Health Data Space (EHDS) orientieren – eine Beispiel ist die sphinx-Initiative der Industrie, an der wir beteiligt sind und die neue und flexible Wege der Datennutzung und Zusammenarbeit eröffnen.
- Option 1:
  - Perspektivisch könnte die sekundäre Datennutzung über die im Aufbau befindlichen Datenräume organisiert werden, die standardisierte Zugangs- und Nutzungsmodelle ermöglichen.
- Option 2:
  - Alternativ könnte eine zentrale, leistungsfähige Analytikplattform etabliert werden, die eine vielfältige und flexible Nutzung der Daten erlaubt – insbesondere für Forschungsvorhaben sowie zur systematischen Verbesserung von Versorgung und Qualität.



05.

Diskussion

# Gesamtbewertung: wirksames Programm mit deutlichen Steuerungsbedarfen

- Programm erreicht große Teile der Zielbevölkerung, erfasst überwiegend frühe Stadien und reduziert fortgeschrittene Befunde bei regelmäßiger Teilnahme.
- Teilnahmeraten und Impfquoten sind aber klar zu niedrig, um WHO-Eliminationsziele mittelfristig zu erreichen.
- Abklärungs- und Behandlungsprozesse sind im Grundsatz leitlinienkonform, zeigen jedoch Hinweise auf Überdiagnostik und Übertherapie in Subgruppen.
- Datenbasis ist solide, weist aber Lücken bei klinischen Informationen und Krebsregistervollständigkeit auf.

# Zentrale Handlungsfelder für G-BA und Fachbeirat

- Teilnahme steigern: Fokus auf Nichtteilnehmerinnen und ältere Frauen; Optimierung Einladungswesen, Recall und Informationsmaterialien.
- Impfquote erhöhen: Stärkere Verzahnung mit Impfstrategien (Schule, Kinder- und Jugendärzte, Nachholimpfungen).
- Standardisierung und Algorithmustreue stärken: Monitoring von Abklärungsmaßnahmen und Invasivtherapien, gezielte Fortbildung.
- Datenqualität verbessern: Vollständigkeit der Krebsregister, präzisere ICD-Kodierung, Einbindung klinischer Pfade jenseits des Programms.
- Über- und Unterversorgung adressieren: Indikationen für Exzision bei Normalbefund, Management von Intervallkarzinomen systematisch analysieren.

# Diskussionsfragen an G-BA und Fachbeirat

- Wo sehen Sie den größten unmittelbaren Handlungsbedarf: Teilnahme, Impfquote, Abklärung, Invasivtherapien oder Datenbasis?
- Welche zusätzlichen Analysen oder Indikatoren wünschen Sie sich für die nächste Berichtsrunde?
- Welche Anpassungen der oKFE-Richtlinie erscheinen aus Ihrer Sicht prioritäre Kandidaten?
- Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Auswertungsstelle, G-BA und Fachbeirat weiterstrukturiert werden, um die WHO-Ziele zu erreichen?

# Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Wir freuen uns auf den weiteren Austausch.



Roland Nagel

Geschäftsführer  
Gesundheitsforen Leipzig GmbH  
+49 341 98988 320  
nagel@gesundheitsforen.net



Melanie Penke

Bereichsleiterin  
Bereich Medizin und Versorgung  
+49 341 98988 362  
penke@gesundheitsforen.net



Marieluise Panzer

Projektmanagerin  
Bereich Medizin und Versorgung  
+49 341 98988 394  
panzer@gesundheitsforen.net

---

[www.gesundheitsforen.net](http://www.gesundheitsforen.net)

---