Diagnose und Therapie von Prostatakrebs in der Schweiz

Erkenntnisse und Handlungsbedarf auf Basis von Daten aus der Krebsregistrierung 2020–2023

Seit 2020 werden, basierend auf dem Bundesgesetz über die Krebsregistrierung, Krebserkrankungen sowie Informationen zur Diagnose und Behandlung in der Schweiz flächendeckend erfasst.

Der vorliegende Kurzbericht bietet einen Überblick über die wichtigsten Erkenntnisse zur Diagnose und Therapie von Prostatakrebs in der Schweiz und formuliert Empfehlungen zur Verbesserung von Prävention, Früherkennung und Versorgung.

Ein ausführlicher Bericht ist auf der Webseite der Nationalen Krebsregistrierungsstelle (NKRS) zu finden.

September 2026

Nationale Krebsregistrierungsstelle
Organe national d'enregistrement du cancer
Servizio nazionale di registrazione dei tumori
National Agency for Cancer Registration

In Zusammenarbeit mit
Swiss Urology (SGU/SSU)

Wie häufig ist Prostatakrebs und wie zeigt er sich?

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung in der Schweiz. Viele Männer sind demnach von Prostatakrebs betroffen, und die Belastung für Patienten, Angehörige und das Gesundheitswesen ist hoch.

Häufigkeit

In der Schweiz ist Prostatakrebs die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Die standardisierte Neuerkrankungsrate ist in den letzten Jahren leicht gestiegen und befindet sich im europäischen Vergleich im oberen Bereich.

- **Neuerkrankungen von Prostatakrebs:** durchschnittlich 8929 Fälle pro Jahr (2020–2023: 35 717 Fälle)
- **Mittleres Erkrankungsalter:** 71 Jahre

Diagnoseanlass

Prostatakrebs kann auf verschiedene Weise entdeckt werden, zum Beispiel durch einen erhöhten PSA-Wert (Prostata-spezifisches Antigen) im Blut. Dieser Wert kann im Rahmen einer opportunistischen Früherkennungsuntersuchung oder auf Wunsch des Patienten nach Abwägung von Nutzen und Risiken bestimmt werden. Weiter können eine auffällige digital-rektale Untersuchung oder Symptome, wie zum Beispiel Harnprobleme bei vergrösserter Prostata oder Knochenschmerzen bei fortgeschrittener Erkrankung, auf einen Tumor hinweisen. Zur Sicherung der Diagnose folgt danach meist ein MRI (Magnetresonanztomographie) der Prostata und bei verdächtigem Befund eine Biopsie.

In der Schweiz wird Prostatakrebs überwiegend im Rahmen von opportunistischen Früherkennungsuntersuchungen entdeckt (76%). Eine zufällige Entdeckung (13%) oder klinische Symptome (7%) sind deutlich seltener der Anlass zur Diagnose. Mit höherem Alter steigt der Anteil der Tumore, die durch Symptome oder zufällig entdeckt werden.

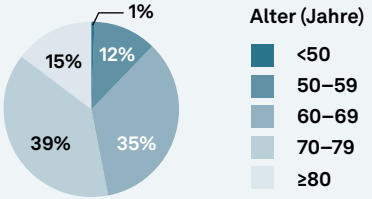
Häufigster Diagnoseanlass nach Alter

- **Früherkennungsuntersuchungen (opportunistisch):** 85% bei 50–59-Jährigen, 49% bei ≥80-Jährigen
- **Zufällige Entdeckung:** 8% bei 50–59-Jährigen, 24% bei ≥80-Jährigen
- **Symptome:** 4% bei 50–59-Jährigen, 20% bei ≥80-Jährigen

Alter bei Diagnose

Das Risiko, an Prostatakrebs zu erkranken, nimmt mit dem Alter zu.

Bei Diagnosestellung sind die meisten Betroffenen zwischen 60 und 69 Jahre (35%) oder zwischen 70 und 79 Jahre (39%) alt. Rund einer von zehn Männern ist bei der Diagnose unter 60 Jahre alt (12%).



Detaillierte Informationen im ausführlichen Bericht zur Diagnose und Therapie von Prostatakrebs in der Schweiz 2020–2023: Indikatoren 1, 5, 9

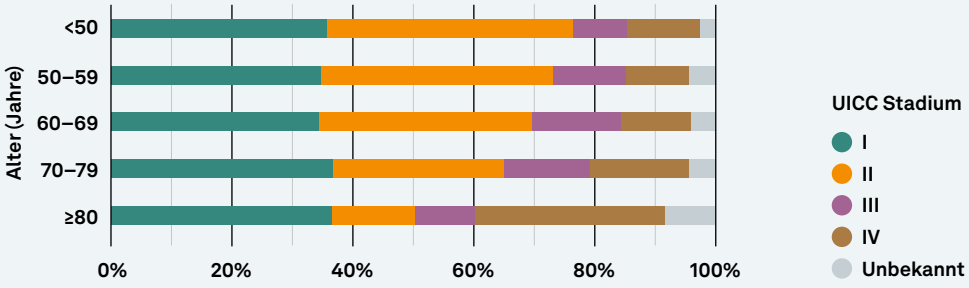
Stadium bei Diagnose

Das Stadium einer Krebserkrankung beschreibt die Grösse und die Ausbreitung des Tumors und ist entscheidend für die Prognose und die Behandlung. Im Stadium I ist der Tumor noch klein, im Stadium IV hat er Lymphknoten oder entfernte Organe befallen.

Die Diagnose von Prostatakrebs wird in der Schweiz am häufigsten in einem frühen Stadium gestellt (Stadium I: 36%; Stadium II: 30%; Stadium III: 14%; Stadium IV: 16%, unbekannt: 5%).

Häufigstes Stadium nach Alter

- Niedrige Stadien (Stadien I–II) sind am häufigsten bei jungen Männern <50 Jahren (76%)
- Stadium IV ist am häufigsten bei ≥80-Jährigen (31%)



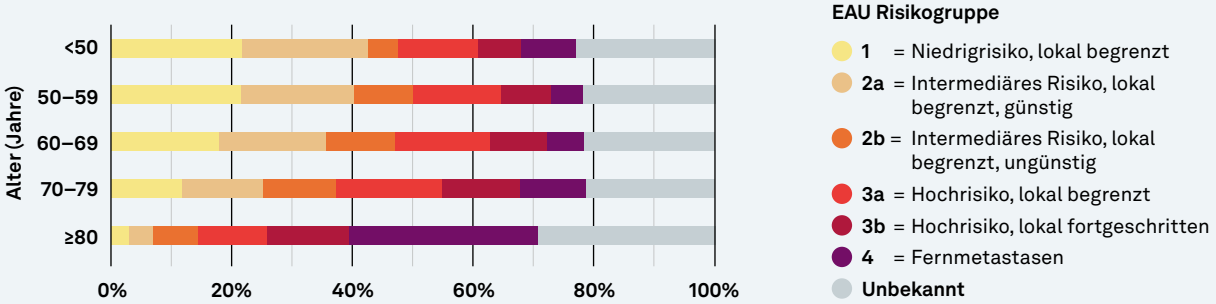
Risikogruppe bei Diagnose

Die Risikogruppen nach der European Association of Urology (EAU) klassifizieren das Prostatakarzinom nach dem Risiko, dass die Krankheit weiter fortschreitet. Grundlage der Einteilung sind der PSA-Wert, die Aggressivität des Tumors (WHO/ISUP-Graduierungsgruppe, Gleason-Score) sowie die Ausdehnung des Tumors. Die Risikogruppe unterstützt die Einschätzung der Prognose und die Auswahl einer geeigneten Behandlung.

Die Prostatakrebsdiagnosen verteilen sich insgesamt relativ gleichmässig auf die Risikogruppen (Risikogruppe 1: 14%, Risikogruppe 2a: 14%, Risikogruppe 2b: 11%, Risikogruppe 3a: 16%, Risikogruppe 3b: 11%, Risikogruppe 4: 11%, unbekannt: 23%). Je nach Alter gibt es aber grosse Unterschiede.

Häufigste Risikogruppe nach Alter

- Tumore mit niedrigem Risiko sind am häufigsten bei Männern <50 Jahre (22%) und zwischen 50–59 Jahren (21%)
- Tumoren mit Fernmetastasen sind am häufigsten bei ≥80-Jährigen (31%)



Tumoreigenschaften

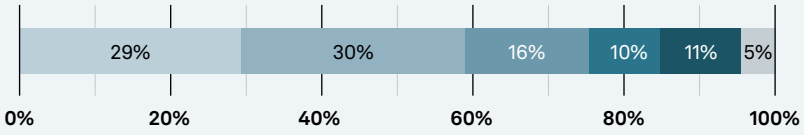
Die Eigenschaften eines Tumors geben Aufschluss über das biologische Verhalten des Tumors, werden für die Einteilung in die Risikogruppen herangezogen und beeinflussen die Behandlungsstrategie.

Häufigste Gewebebeschaffenheit (Morphologie)

Fast alle Prostatakarzinome sind azinäre Adenokarzinome (97%); bei rund 3% liegt eine andere Morphologie vor oder die Diagnose wurde nur klinisch gestellt.

WHO/ISUP-Graduierungsgruppe bei Diagnose

Die WHO/ISUP-Graduierungsgruppe ist ein Mass für die Aggressivität eines Prostatakarzinoms. Anhand der Gewebestruktur wird der Tumor in fünf Gruppen eingeteilt. Eine niedrige Graduierungsgruppe spricht für einen langsam wachsenden Tumor, während eine hohe Graduierungsgruppe auf ein aggressiveres Tumorwachstum hinweist.



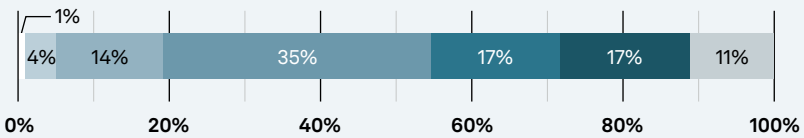
WHO/ISUP-Graduierungsgruppe

- Grad 1 (Gleason-Score 6)
- Grad 2 (Gleason-Score 7a)
- Grad 3 (Gleason-Score 7b)
- Grad 4 (Gleason-Score 8)
- Grad 5 (Gleason-Score 9: 9.5%, Gleason-Score 10: 1.2%)
- Unbekannt

Prostataspezifisches Antigen (PSA) bei Diagnose

Das PSA ist ein von der Prostata produziertes Eiweiss, dessen Konzentration im Blut zur Früherkennung, vor Beginn der Behandlung und im Verlauf der Erkrankung bestimmt werden kann. Gesunde Prostatazellen schütten PSA aus, Prostatakrebszellen tun dies aber in deutlich grösseren Mengen. Ein höherer PSA-Wert deutet im Allgemeinen auf eine ausgedehntere Tumoraktivität hin.

Der PSA-Test ist jedoch nicht spezifisch für Prostatakrebs: Auch eine gutartige Prostatavergrösserung, eine Entzündung der Prostata, ein Harnwegsinfekt oder mechanische Reize können den PSA-Wert vorübergehend oder andauernd erhöhen. Ein erhöhter Wert bedeutet also nicht automatisch Krebs, sondern löst zunächst weitere Abklärungen aus (z. B. PSA-Verlaufskontrollen, MRI der Prostata).



PSA bei der Diagnose

- <1 ng/ml
- 1 bis <3 ng/ml
- 3 bis <5 ng/ml
- 5 bis <10 ng/ml
- 10 bis <20 ng/ml
- ≥20 ng/ml
- Unbekannt

Detaillierte Informationen im ausführlichen Bericht zur Diagnose und Therapie von Prostatakrebs in der Schweiz 2020–2023: Indikatoren 11, 12, 13, 14

Wie wird Prostatakrebs behandelt?

Für Prostatakrebs stehen verschiedene Arten von Behandlungen zur Verfügung. Die wichtigsten Therapien sind die chirurgische Entfernung (Operation), die Strahlentherapie und die Hormontherapie. Diese werden oft in Kombination angewendet. Besonders für Prostatakrebs ist, dass nicht in allen Fällen sofort behandelt wird (Active Surveillance, Watchful Waiting).

Wenn der Tumor lokal begrenzt ist, bestehen meist sehr gute Behandlungsmöglichkeiten und Heilungschancen. Je nach Ausbreitung und Risikogruppe des Tumors kommen eine aktive Überwachung (Active Surveillance: engmaschige PSA-, MRI- und Biopsie-Kontrollen), eine operative Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) oder eine Strahlentherapie infrage. Bei älteren oder gesundheitlich vorbelasteten Patienten kann auch ein abwartendes Vorgehen (Watchful Waiting) und bei Bedarf eine symptomorientierte Therapie sinnvoll sein.
Auch bei fortgeschrittenem Prostatakarzinom mit Ausdehnung des Tumors über die Prostata hinaus (z. B. Lymphknoten, Metastasen) stehen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Ziel ist es, die Erkrankung möglichst lange zu kontrollieren, Beschwerden zu lindern und die Lebensqualität zu erhalten. Grundlage ist meist eine Hormontherapie, um die Wirkung von Testosteron auf die Krebszellen zu blockieren, die in der Regel testosteronabhängig wachsen. Bei ausgewählten Patienten können zusätzlich die Prostata oder einzelne Metastasen bestrahlt werden. Je nach Situation ist auch ein abwartendes Vorgehen (Watchful Waiting) möglich.

Hinweis: Die präsentierten Häufigkeiten von Behandlungen könnten unterschätzt sein, da eventuell nicht alle Informationen zur Therapie an das Krebsregister gemeldet wurden.

Therapieentscheid in Tumorboard

Ein Tumorboard ist eine Expertenrunde, bei der ein interdisziplinäres Ärzteteam die Behandlungsmöglichkeiten von Krebspatientinnen und -patienten bespricht und einen individuellen Therapieplan festlegt.

- In 56% der Fälle erfolgt der Therapieentscheid in einem Tumorboard. In 31% der Fälle erfolgt kein Tumorboard und in 13% ist diese Angabe unbekannt.
- Bei jüngeren Patienten wird häufiger ein Tumorboard durchgeführt als bei älteren Patienten (56%–59% bei Patienten <80 Jahre, 45% bei Patienten ≥80 Jahre)
- Auch bei Patienten mit einem Tumor in einer höheren Risikogruppe oder einem Tumor, der bereits weiter ausgebreitet ist, findet häufiger ein Tumorboard statt (63%–74%) als bei Patienten mit einem Tumor in Risikogruppe 1 oder in Stadium I (45%–50%).

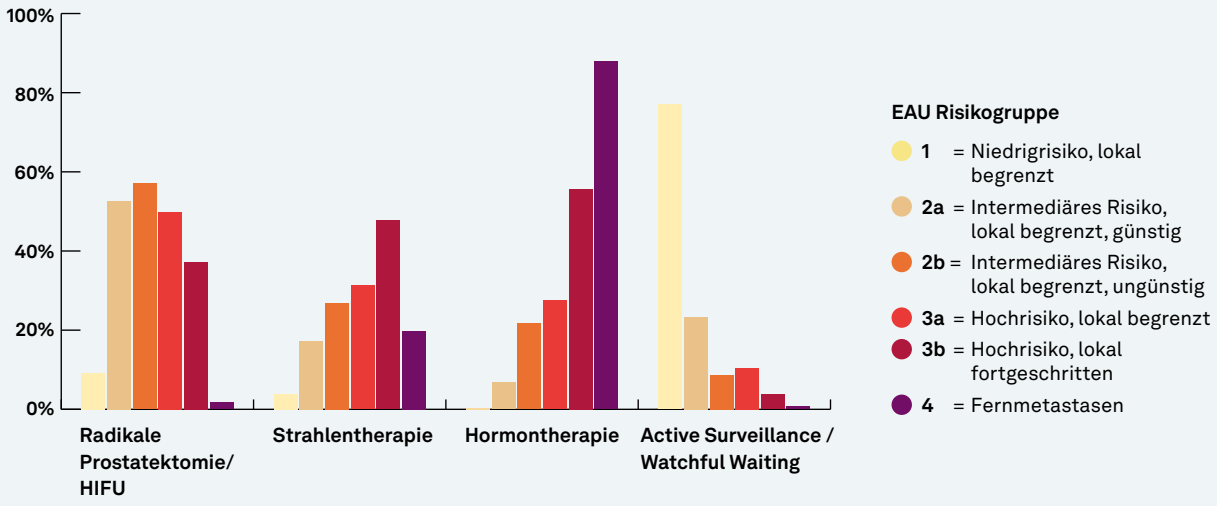
Art der Therapie

Die Wahl der Behandlung hängt von verschiedenen Faktoren ab. So werden zum Beispiel die Eigenschaften des Tumors, das Stadium bei Diagnose oder der Allgemeinzustand der Patienten berücksichtigt.

Insgesamt 35% aller Patienten werden operiert (radikale Prostatektomie) oder sehr selten mit hochintensivem fokussiertem Ultraschall (HIFU) behandelt. Bei der radikalen Prostatektomie werden die ganze Prostata und die umliegenden Lymphknoten entfernt. 25% erhalten eine Hormontherapie, 19% eine Strahlentherapie, 20% Active Surveillance und 4% Watchful Waiting. Patienten können auch mehrere Therapien erhalten, zum Beispiel eine Kombination aus Strahlentherapie und Hormontherapie.

Häufigste Therapie nach Risikogruppe

- Radikale Prostatektomie und HIFU: am häufigsten bei Tumoren mit intermediärem oder hohem Risiko (Risikogruppe 2a, 2b, 3a, 3b)
- Strahlentherapie: am häufigsten bei lokal fortgeschrittenen Hochrisikotumoren (Risikogruppe 3b)
- Hormontherapie: am häufigsten bei lokal fortgeschrittenen oder fernmetastasierten Tumoren (Risikogruppe 3b, 4)
- Active Surveillance und Watchful Waiting: am häufigsten bei Tumoren mit niedrigem Risiko (Risikogruppe 1)



Detaillierte Informationen im ausführlichen Bericht zur Diagnose und Therapie von Prostatakrebs in der Schweiz 2020–2023: Indikatoren 16, 20, 23, 26

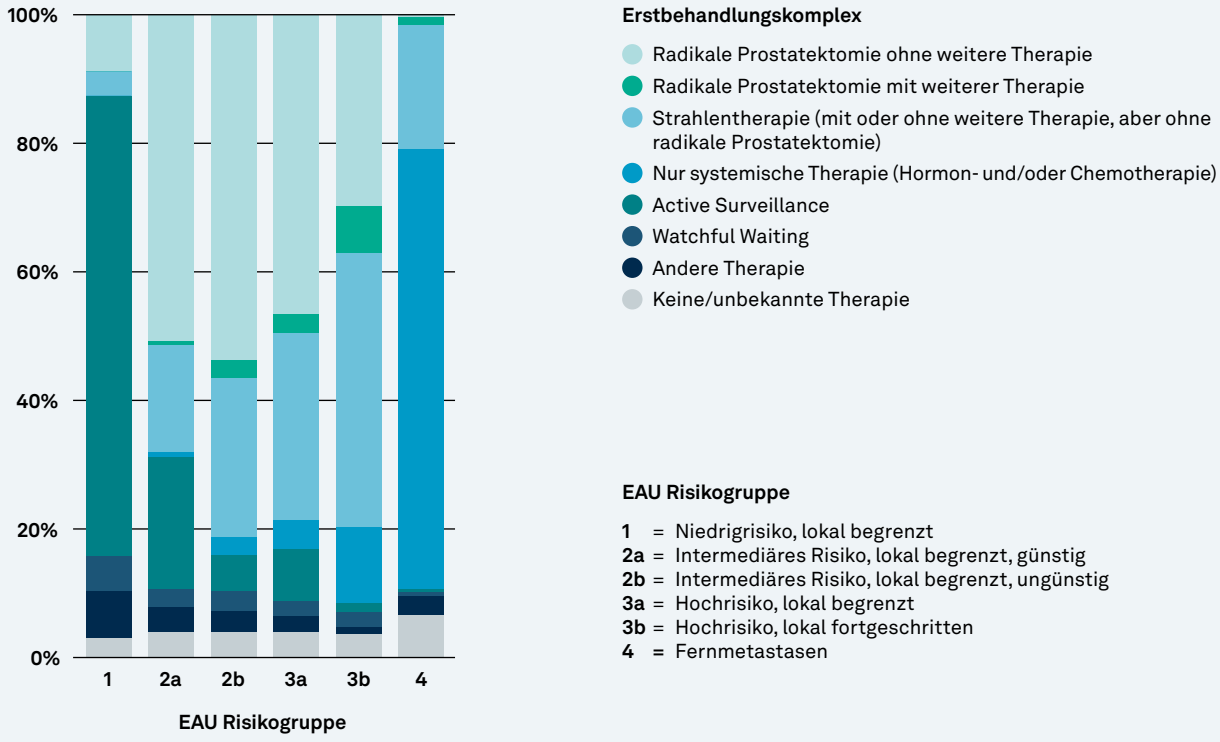
Art des Erstbehandlungskomplexes

Der Erstbehandlungskomplex umfasst alle zum Zeitpunkt der Diagnose geplanten und in der Folge durchgeführten Therapien. Auch Active Surveillance oder Watchful Waiting sind Strategien des Erstbehandlungskomplexes.

Insgesamt ist die Operation (radikale Prostatektomie) die häufigste Therapie des Erstbehandlungskomplexes. 32% der Patienten werden nur operiert, weitere 2% erhalten eine Operation in Kombination mit einer anderen Therapie (Hormon-, Strahlen-, Chemotherapie). Knapp ein Fünftel (18%) der Patienten wird nicht operiert, sondern erhält eine Strahlentherapie mit oder ohne ergänzende Therapien. Rund einer von zehn Patienten (11%) wird nur systemisch behandelt (Hormon-, Chemotherapie); 20% der Patienten werden aktiv überwacht (Active Surveillance) und 4% abwartend beobachtet (Watchful Waiting).

Häufigster Erstbehandlungskomplex nach Risikogruppe

- Tiefes Risiko (Risikogruppe 1): am häufigsten Active Surveillance (72%)
- Intermediäres bis hohes Risiko (Risikogruppen 2a–3b): Am häufigsten Operation (57%–37%) oder Strahlentherapie (17%–43%).
- Fernmetastasen (Risikogruppe 4): am häufigsten nur systemische Therapie (69%)



Wie ist der Verlauf bei Prostatakrebs?

Der Krankheitsverlauf bei Prostatakrebs hängt von verschiedenen Faktoren wie dem Stadium der Erkrankung bei der Diagnose, der Risikogruppe, den biologischen Eigenschaften des Tumors, der Qualität der Behandlung und der allgemeinen Gesundheit der betroffenen Person ab.

Sterblichkeit

Prostatakrebs ist nach Lungenkrebs die zweithäufigste Krebstodesursache bei Männern in der Schweiz. Die Sterblichkeit nimmt seit Jahren kontinuierlich ab und ist in der Schweiz im europäischen Vergleich tief.

- **Todesfälle von Prostatakrebs:** durchschnittlich 1340 Fälle pro Jahr (2020–2023: 5358 Fälle)
- **Mittleres Sterbealter:** 82 Jahre
- **Postoperative Todesfälle:** Die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie ist gering (2020–2023: 0.2%, 19 Fälle).

Fernmetastasierung im Verlauf der Erkrankung

Innerhalb eines Jahres nach Diagnose wurde bei 263 Patienten (0.9%) die zuvor keine Metastasen (Ableger in entfernten Organen) hatten, eine Metastase entdeckt. Nach zwei Jahren sind 434 Patienten (1.6%) und nach drei Jahren 523 Patienten (2.7%) betroffen. Am häufigsten tritt eine Fernmetastasierung im Verlauf der Erkrankung bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Tumor (Risikogruppe 3b) auf.

Hinweis: Der Anteil der Fälle mit einer Fernetastasierung im Verlauf der Erkrankung könnte unterschätzt sein, da nicht für alle Fälle eine vollständige Beobachtungszeit von zwei bzw. drei Jahren vorliegt. Zudem sind diese Zahlen von den diagnostischen Möglichkeiten zum Zeitpunkt der Diagnosestellung abhängig. Neuere diagnostische Verfahren (z. B. PSMA-PET-Untersuchungen) vermindern die Wahrscheinlichkeit von unerkannten Metastasen deutlich.

Detaillierte Informationen im ausführlichen Bericht zur Diagnose und Therapie von Prostatakrebs in der Schweiz 2020–2023: Indikatoren 2, 6, 30, 32

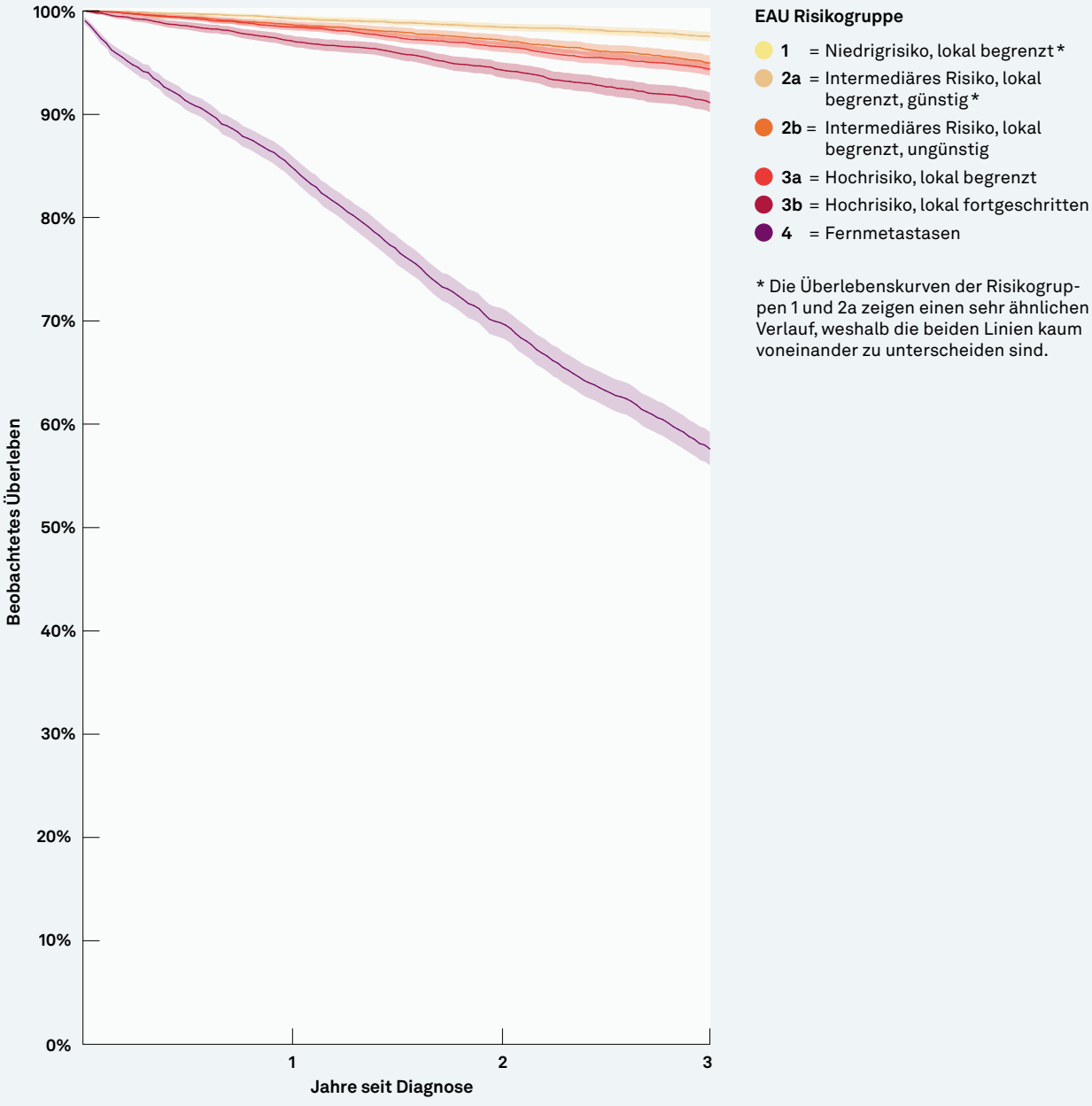
Überleben

Die Überlebenschancen bei Prostatakrebs, insbesondere bei einer Diagnose in einem frühen Stadium und einer niedrigen Risikogruppe, sind hoch. Die Überlebensrate hat sich in den letzten Jahrzehnten in der Schweiz verbessert und liegt im internationalen Vergleich im mittleren Bereich.

Die Überlebensrate bei Prostatakrebs im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung beträgt 99% ein Jahr, 98% zwei Jahre und 97% drei Jahre nach der Diagnose (relatives Überleben).

Beobachtete Überlebensrate drei Jahre nach der Diagnose

- Risikogruppe 1: 98%
- Risikogruppe 2a: 98%
- Risikogruppe 2b: 95%
- Risikogruppe 3a: 94%
- Risikogruppe 3b: 91%
- Risikogruppe 4: 58%



Erkenntnisse und Handlungsbedarf

Die vorliegenden Auswertungen zur Diagnose und Therapie von Prostatakrebs für die Jahre 2020–2023 in der Schweiz zeigen:

- → **Die Ergebnisse deuten auf eine insgesamt gute, leitlinienkonforme Versorgung von Prostatakrebspatienten hin.**
- → **Die Sterblichkeit ist tief und die Überlebensrate hoch.**
- → **Eine radikale Entfernung der Prostata ist die häufigste, eine Hormontherapie die zweithäufigste und eine Strahlentherapie die dritthäufigste Behandlungsform.**
- → **Vermeidbare Überdiagnosen und Übertherapien kommen vor.**

  Als Überdiagnose wird die Erkennung einer Erkrankung bezeichnet, die klinisch nicht relevant geworden wäre und weder Beschwerden noch eine Beeinträchtigung der Lebenserwartung verursacht hätte. Prostatatumoren mit niedrigem Risiko bei über 80-Jährigen deuten auf Überdiagnosen hin. Übertherapien sind Behandlungen, die nicht empfohlen sind und nicht nötig gewesen wären. Zum Beispiel wird bei lokal begrenzten Prostatatumoren mit niedrigem Risiko eine aktive Überwachung und keine sofortige Therapie empfohlen.

Zur Verminderung der Krankheitslast und der weiteren Verbesserung der Versorgung in der Schweiz besteht folgender Handlungsbedarf:

Früherkennung gezielt anwenden

- → durch sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken bei jeder PSA-Testung,
- → durch zurückhaltende PSA-Testung bei Männern mit begrenzter Lebenserwartung (<10 Jahre),
- → durch eine stärkere Strukturierung der Vorsorge mit Evaluation eines organisierten Früherkennungsprogramms wie bei Brust- oder Darmkrebs,
- → damit eine einheitliche und evidenzbasierte Vorsorge mit klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien etabliert wird,
- → damit das Risiko von Überdiagnosen und Übertherapien vermindert wird.

Tumorboard-Einbindung erhöhen

- → durch Besprechung jeder neuen Prostatakrebsdiagnose in einem interdisziplinären Expertenteam,
- → damit mehr Patienten eine leitliniengerechte Behandlung erhalten und Übertherapien vermieden werden.

Hinweis: Im Jahr 2020 wurde mit dem Bundesgesetz über die Krebsregistrierung eine Meldepflicht für Krebserkrankungen eingeführt. Gleichzeitig begann die Covid-Pandemie. Beides könnte die vorliegenden Resultate beeinflusst haben. Zum einen wurden vielleicht noch nicht alle Informationen zu Krebs an die Krebsregister gemeldet, zum anderen könnte insbesondere die erste Pandemiewelle im Frühling 2020 einen Einfluss auf die Versorgung von Krebserkrankungen gehabt haben.

Ausführlicher Bericht zur Diagnose und Therapie von Prostatakrebs in der Schweiz 2020–2023

Allgemeine Informationen zur Krebsregistrierung
www.krebsregistrierung.ch, www.nkrs.ch

Kommunikative Beratung und Design
moxi ltd.

Herausgeberin
Nationale Krebsregistrierungsstelle (NKRS), Zürich, September 2026. Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Zwecke gestattet.