

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027 zum Verfahren 17: Lokal begrenztes Prostatakarzinom (QS Prostata-Ca) gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Vom 16. Juli 2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2026 auf Grundlage von Teil 1 § 14a Absatz 3 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027 zum Verfahren 17: Lokal begrenztes Prostatakarzinom (QS Prostata-Ca) (**Anlage**) beschlossen.

Die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027 sind von dem Institut nach § 137a SGB V auf dessen Internetseite unter www.igtig.org zu veröffentlichen.

Berlin, den 16. Juli 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk



Lokal begrenztes Prostatakarzinom: Strahlentherapeutinnen und Strahlen- therapeuten – ambulant/stationär

**Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln)**

Erfassungsjahr 2027

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

**Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Lokal begrenztes
Prostatakarzinom: Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten – ambulant/stationär.
Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027**

Datum der Abgabe 17.04.2026

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
442307: Adjuvante hormonablative Therapie bei perkutaner Strahlentherapie bei Patienten mit hohem Risikoprofil	6
Hintergrund	6
Verwendete Datenfelder	7
Eigenschaften und Berechnung	8
442308: Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie	10
Hintergrund	10
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	12
Eigenschaften und Berechnung	13
442314: Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie	16
Hintergrund	16
Verwendete Datenfelder	17
Eigenschaften und Berechnung	18
442315: Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie ohne adjuvante hormonablative Therapie	20
Hintergrund	20
Verwendete Datenfelder	21
Eigenschaften und Berechnung	22
442316: Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie	24
Hintergrund	24
Verwendete Datenfelder	25
Eigenschaften und Berechnung	26
Literatur	28
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	31
Anhang II: Listen	32
Anhang III: Vorberechnungen	33

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027 nach DeQS-RL

PCA-ST-AS – Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten – ambulant/stationär

Inhaltsverzeichnis

Anhang IV: Funktionen34

Impressum.....35

Einleitung

Das Prostatakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Deutschland. Prostatakarzinome treten vor allem bei Männern in höherem Alter auf. Das Prostatakarzinom zeichnet sich nicht nur durch ein erst spät einsetzendes, sondern auch durch ein sehr langsames Tumorwachstum aus, wodurch die Überlebenswahrscheinlichkeit für die betroffenen Männer hoch ist. Etwa zwei Drittel der Prostatakarzinome werden bereits in einem frühen Tumorstadium, in dem der Tumor noch lokal auf die Prostata begrenzt ist, entdeckt (Tumorklassifikation des Primärtumors T1–T2). Die Diagnostik erfolgt u.a. mittels einer Bestimmung des PSA-Werts, einer digital-rektalen Untersuchung, einer Magnetresonanztomographie (MRT) der Prostata sowie einer Prostatastanzbiopsie. Daraufhin wird eine Risikoeinteilung gemäß der Klassifikation nach D'Amico in drei Gruppen – niedriges, mittleres oder hohes Risikoprofil – bzw. der NCCN-Klassifikation in fünf Gruppen – sehr niedriges, niedriges, intermediäres (unterteilt in günstig oder ungünstig), hohes oder sehr hohes Risikoprofil – vorgenommen. Entsprechend der Zuordnung des Patienten zu einem Risikoprofil sowie nach Berücksichtigung von Lebenserwartung und Patientenpräferenz erfolgt gemeinsam mit dem Patienten die Wahl der geeigneten Therapieoption. Die möglichen Therapieoptionen, die von Leitlinien empfohlen werden, richten sich nach dem Tumorstadium und nach dem vorliegenden Risikoprofil. Für das lokal begrenzte Prostatakarzinom sind dies als kurativ intendierte Therapieoptionen die radikale Prostatektomie, die perkutane Strahlentherapie und die interstitielle Brachytherapie sowie für Patienten mit niedrigem Risikoprofil die Aktive Überwachung.

Im Rahmen dieses Teilbereichs werden die Durchführung der adjuvanten hormonablativen Therapie bei perkutaner Strahlentherapie bei Patienten mit hohem Risikoprofil sowie die postoperativen Komplikationen und Nebenwirkungen der perkutanen Strahlentherapie inklusive kombinierter Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) adressiert, die von Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten sowohl ambulant als auch stationär erfolgen.

Für die Berechnung der Indikatoren und Kennzahlen werden Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Daten bei den klinischen Krebsregistern (Daten aus dem tumorfallbezogenen Datensatz) herangezogen.

Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.

Hinweis: Im vorliegenden Bericht entspricht die Silbentrennung nicht durchgehend den korrekten Regeln der deutschen Rechtschreibung. Wir bitten um Verständnis für die technisch bedingten Abweichungen.

442307: Adjuvante hormonablative Therapie bei perkutaner Strahlentherapie bei Patienten mit hohem Risikoprofil

Qualitätsziel

Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils und einer perkutanen Strahlentherapie sollen möglichst häufig eine adjuvante hormonablative Therapie erhalten

Hintergrund

Leitlinien

Leitlinien empfehlen, dass Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils zusätzlich zur Strahlentherapie eine hormonablative Therapie erhalten sollen (Leitlinienprogramm Onkologie 2025: 150-151, NICE 2021, Eastham et al. 2022, Cornford et al. 2024, Parker et al. 2020).

Literatur

Nach Analyse der amerikanischen CEASAR-Studie erhielten 81 % der Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils zusätzlich zur Strahlentherapie eine hormonablative Therapie (Lee et al. 2018). Die Daten geben damit Hinweise darauf, dass etwa 19 % der Patienten diese trotz Leitlinienempfehlung nicht erhielten. Auch die Zahlen für das Kennzahlenjahr 2023 des Jahresberichts der zertifizierten Prostatakrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. deuten für den deutschen Versorgungsbereich darauf hin, dass nicht alle Patienten mit hohem Risikoprofil zur perkutanen Strahlentherapie eine adjuvante hormonablative Therapie erhielten (DKG/Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren 2025). Nach deren Auswertungen erhielten etwa 79 % der Primärfälle mit Prostatakarzinom T1-2 N0 M0 mit hohem Risiko (PSA > 20ng/ml o. Gleason-Score ≥ 8 o. cT-Kategorie 2c) und perkutaner Strahlentherapie eine adjuvante hormonablative Therapie (DKG/Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren 2025).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442307
Bezeichnung	Adjuvante hormonablative Therapie bei perkutaner Strahlentherapie bei Patienten mit hohem Risikoprofil
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, die bei Beginn der perkutanen Strahlentherapie eine adjuvante hormonablative Therapie erhalten Nenner Alle Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils (PSA-Wert > 20 ng/ml, klinisch T2c, Gleason-Score ≥ 8) und perkutaner Strahlentherapie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	
--	--

442308: Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalso- strukturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten von Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie

Hintergrund

Das Auftreten einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostrukturen ist eine postinterventionelle Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Literatur

Aluwini et al. (2015) analysierten anhand der Daten einer randomisierten Interventionsstudie von 820 Patienten mit Standardfraktionierung oder Hypofraktionierung, die Ergebnisse hinsichtlich möglicher strahlentoxischer Nebenwirkungen. Die Analysen geben Anhaltspunkte für das Auftreten urogenitaler Strahlenschäden nach strahlentherapeutischer Behandlung. Strahlentoxische Nebenwirkungen Grad 3 (nach Radiation Therapy Oncology Group and European Organisation for Research and Treatment of Cancer (RTOG-EORTC) Scoring Criteria), traten nach 4 Wochen bei etwa 10 % (9 %/ 6 Wochen; 8 %/ 12 Wochen) der Patienten mit Standardfraktionierung auf und bei ca. 11 % (12 %/ 6 Wochen; 7 %/ 12 Wochen) der Patienten mit Hypofraktionierung (Aluwini et al. 2015). Grad-4-Toxizität trat in dieser Population bei der Standardfraktionierung nach 4 Wochen in 0 % der Fälle auf und in jeweils < 1 % der Fälle in beiden Gruppen zu den Zeitpunkten 6 und 12 Wochen (Aluwini et al. 2015). Auch andere Studien fanden Hinweise auf das Auftreten urogenitaler Strahlenschäden (Mohammed et al. 2012, Zelefsky et al. 2008). Nach bildgestützter perkutaner Strahlentherapie (EB-IGRT) des lokal begrenzten Prostatakarzinoms traten in dieser großen retrospektiven Analyse aus den USA bei 0,5 % der Patienten mit EB-IGRT urogenitale Strahlenschäden Grad ≥ 3 auf (Mohammed et al. 2012). Auf einzelne Diagnosen hin untersucht, zeigte sich in dieser Studienpopulation, dass 2 % der Patienten mit EB-IGRT eine urethrale Striktur und 11 % der Patienten der Gruppe mit EBRT plus HDR-Boost eine urethrale Striktur entwickelten. In der Analyse von Elliott et al. (2007) fanden sich Hinweise für das Auftreten von postinterventionellen Harnröhrenstrikturen und Blasenhalsostrukturen/-sklerosen, deren Inzidenz über alle Behandlungsoptionen hinweg (radikale Prostatektomie, perkutane Strahlentherapie, Brachytherapie) bei etwa 5,2 % (Range 1,1 %–8,4 %) und nach einer perkutanen Strahlentherapie bei 1,7 % lag (Elliott et al. 2007). Von

1.571 Patienten mit T1–T3 Prostatakarzinom des Zeitraumes 1988 bis 2000, die eine konformale Radiotherapie (3D-CRT) oder eine intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT) erhielten, entwickelten 124 Patienten (8 %) eine späte (bis zu 10 Jahre post-OP) urogenitale Toxizität Grad 2 und 44 Patienten (3 %) Grad 3 Komplikationen (Zelefsky et al. 2008). Grad 3-Toxizitäten stellten sich als urethrale Strikturen dar, die interventionell dilatiert oder reseziert werden mussten (Zelefsky et al. 2008).

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442308
Bezeichnung	Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	$\leq 2,00$
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stimmungs- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung ver- wendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Sozialdaten bei den Krankenkassen: Alter (Geburtsdatum) Daten bei den klinischen Krebsregistern: T-Stadium (TNM c/p/u-Präfix T, TNM T-Kategorie)
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer pri- mären perkutanen Strahlentherapie die Diagnose einer Harnröh- renstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der primären perkutanen Strahlenthe- rapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und primärer perkutaner Strahlentherapie O (observed) Beobachtete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie die Diagnose

	einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der primären perkutanen Strahlentherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag E (expected) Erwartete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	PCAS:P	
Zähler (Formel)	O_442308	
Nenner (Formel)	E_442308	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_442308
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442308
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der primären perkutanen Strahlentherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_442308
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442308

	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

442314: Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie

Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer Harninkontinenz nach primärer perkutaner Strahlentherapie
----------------------	--

Hintergrund

Das Auftreten einer Harninkontinenz ist eine postinterventionelle Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Literatur

In der Literatur finden sich Hinweise, dass eine Harninkontinenz eine postinterventionelle Komplikation darstellt. Aluwini et al. (2015) analysierten anhand der Daten einer randomisierten Interventionsstudie mögliche strahlentoxische Nebenwirkungen. Eine Harninkontinenz, Grad 3, trat bei 11 % der Gruppe mit Standardfraktionierung und bei 13 % mit Hypofraktionierung auf (Aluwini et al. 2015).

Nach bildgestützter perkutaner Strahlentherapie (EB-IGRT) des lokal begrenzten Prostatakarzinoms traten in einer großen retrospektiven Analyse aus den USA bei 0,5 % der Patienten mit EB-IGRT urogenitale Strahlenschäden Grad ≥ 3 auf. Eine Harninkontinenz entwickelten dabei etwa 3 % der Patienten mit bildgestützter perkutaner Strahlentherapie und 5 % in der Gruppe mit perkutaner Strahlentherapie plus HDR-Boost (Mohammed et al. 2012).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442314
Bezeichnung	Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie eine Diagnose einer Harninkontinenz aufweisen unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der perkutanen Strahlentherapie (vorausgehendes Quartal) eine Harninkontinenz vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und primärer perkutaner Strahlentherapie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	
--	--

442315: Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie

Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach primärer perkutaner Strahlentherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie
----------------------	--

Hintergrund

Das Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach primärer perkutaner Strahlentherapie bei Patienten ohne adjuvante hormonablativ Therapie ist eine postinterventionelle Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Literatur

Im systematischen Review von Ávila et al. (2018) und Baker et al. (2016) finden sich Hinweise, dass die perkutane Strahlentherapie mit einer erektilen Dysfunktion assoziiert ist. Nach 5–10 Jahren berichteten Patienten, die sich allein einer Strahlentherapie unterzogen hatten, noch über eine höhere Belastung im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Funktionsfähigkeit im Vergleich zu den anderen Therapiearten ($p < 0,05$) (Adam et al. 2019).

Eine Untersuchung von Strouthos et al. (2018) gibt ebenso Hinweise darauf, dass eine anhaltende Unfähigkeit, eine für den Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion (Grad 3) auch nach Verabreichung von Potenzmitteln aufrechtzuerhalten, bei 31,4 % der Patienten, die eine kombinierte HDR-Brachytherapie und Strahlentherapie erhalten haben und vor der Therapie Grad 0–2 angegeben hatten, auftrat (Strouthos et al. 2018). Im Follow-up von im Median 71,6 Monate nach Therapie wurde eine erektile Dysfunktion bei 22,1 % mit Grad 1, 20,8 % mit Grad 2 sowie 21,1 % mit Grad 3 von den befragten Patienten angegeben (Strouthos et al. 2018).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442315
Bezeichnung	Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie ohne adjuvante hormon-ablative Therapie
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie eine erektile Dysfunktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der perkutanen Strahlentherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine erektile Dysfunktion vorlag sowie Patienten mit adjuvanter hormon-ablativer Therapie Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und primärer perkutaner Strahlentherapie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

442316: Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis nach primärer perkutaner Strahlentherapie

Hintergrund

Das Auftreten einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis nach primärer perkutaner Strahlentherapie ist eine postinterventionelle Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Literatur

In einer großen retrospektiven Untersuchung von Mohammed et al. (2012) zum lokal begrenzten Prostatakarzinom in den USA finden sich Hinweise darauf, dass etwa 5 % der Patienten mehr als 6 Monate nach einer bildgestützten perkutanen Strahlentherapie (EB-IGRT) an einer Proktitis Grad II und 0,5 % an einer Proktitis Grad III gemäß der National Cancer Institute Common Toxicity Criteria Version 3.0 leiden. Konkrete Zahlen sind für die Proktitis als akute Strahlenkomplikation jedoch dort nicht ausgewiesen (Mohammed et al. (2012). Im Vergleich dazu lagen die berichteten Raten zur Strahlenproktitis einer weiteren retrospektiven Analyse höher und ergaben einen Anteil von etwa 17,6 % der Patienten, die eine Proktitis als akute Strahlenkomplikation nach perkutaner Strahlentherapie entwickelten (< 12 Wochen nach Bestrahlung) und 18 % als Spätkomplikation (> 12 Wochen nach Bestrahlung) (Lesperance et al. 2008).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442316
Bezeichnung	Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie die Diagnose einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der perkutanen Strahlentherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine strahlenbedingte Enteritis/Kolitis oder Proktitis vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und primärer perkutaner Strahlentherapie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Literatur

Adam, S; Koch-Gallenkamp, L; Bertram, H; Eberle, A; Holleczeck, B; Pritzkuleit, R; et al. (2019): Health-related quality of life in long-term survivors with localised prostate cancer by therapy-Results from a population-based study. *European Journal of Cancer Care* 28(5): e13076. DOI: 10.1111/ecc.13076.

Aluwini, S; Pos, F; Schimmel, E; van Lin, E; Krol, S; van der Toorn, PP; et al. (2015): Hypofractionated versus conventionally fractionated radiotherapy for patients with prostate cancer (HYPRO): acute toxicity results from a randomised non-inferiority phase 3 trial. *The Lancet: Oncology* 16(3): 274-283. DOI: 10.1016/s1470-2045(14)70482-6.

Ávila, M; Patel, L; López, S; Cortés-Sanabria, L; Garin, O; Pont, A; et al. (2018): Patient-reported outcomes after treatment for clinically localized prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews* 66: 23-44. DOI: 10.1016/j.ctrv.2018.03.005.

Baker, H; Wellman, S; Lavender, V (2016): Functional Quality-of-Life Outcomes Reported by Men Treated for Localized Prostate Cancer: A Systematic Literature Review. *Oncology Nursing Forum* 43(2): 199-218. DOI: 10.1188/16.ONF.199-218.

Cornford, P; Tilki, D; van den Bergh, RCN; E. Briers, E; Eberli, D; De Meerleer, G; et al. (2024): EAU – EANM – ESTRO – ESUR – ISUP – SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Limited update: April 2024. Arnhem: EAU [European Association of Urology]. URL: https://d56bochluxqnz.cloud-front.net/documents/full-guideline/EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2024_2024-04-09-132035_ypmy_2024-04-16-122605_lqpk.pdf (abgerufen am: 18.02.2026).

DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren (2025): Jahresbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren. Kennzahlenauswertung 2025. Auditjahr 2024/Kennzahlen 2023. Stand: 29.04.2025. Berlin: DKG. ISBN: 978-3-910336-73-5. URL: https://www.krebsgesellschaft.de/unsere-themen/zertifizierung/jahresberichte-zertifizierter-zentren?file=files/content/unsere-themen/zertifizierung/jahresberichte/prostatakrebszentren/qualitaetsindikatoren_prostatakrebs_2025-a1_250429.pdf (abgerufen am: 18.02.2026).

Eastham, JA; Auffenberg, GA; Barocas, DA; Chou, R; Crispino, T; Davis, JW; et al. (2022): Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO Guideline 2022 [Unabridged version]. [Linthicum]: AUA [American Urological Association]. URL: <https://www.auanet.org/documents/Guidelines/PDF/Localized%20Prostate%20Cancer%20Guideline.pdf> (abgerufen am: 18.02.2026).

Elliott, SP; Meng, MV; Elkin, EP; McAninch, JW; Duchane, J; Carroll, PR (2007): Incidence of Urethral Stricture After Primary Treatment for Prostate Cancer: Data From CaPSURE. *The Journal of Urology* 178(2): 529-534. DOI: 10.1016/j.juro.2007.03.126.

Lee, DJ; Barocas, DA; Zhao, Z; Huang, L-C; Koyama, T; Resnick, MJ; et al. (2018): Contemporary prostate cancer radiation therapy in the United States: Patterns of care and compliance with quality measures. *Practical Radiation Oncology* 8(5): 307-316. DOI: 10.1016/j.prro.2018.04.009.

Leitlinienprogramm Onkologie (DKG [Deutsche Krebsgesellschaft], DKH [Deutsche Krebshilfe], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]) (2025): AWMF-Registernummer 043-0220L. S3-Leitlinie: Prostatakarzinom. Langversion 8.1. [Stand:] August 2025. Berlin: AWMF. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/043-0220LI_S3_Prostatakarzinom_2025-08.pdf (abgerufen am: 18.02.2026).

Lesperance, RN; Kjorstadt, RJ; Halligan, JB; Steele, SR (2008): Colorectal complications of external beam radiation versus brachytherapy for prostate cancer. *The American Journal of Surgery* 195(5): 616-620. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2007.12.037.

Mohammed, N; Kestin, L; Ghilezan, M; Krauss, D; Vicini, F; Brabbins, D; et al. (2012): Comparison of Acute and Late Toxicities for Three Modern High-Dose Radiation Treatment Techniques for Localized Prostate Cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 82(1): 204-212. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2010.10.009.

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG131. Prostate cancer: diagnosis and management [Guidance]. Published: May 2019, last updated: December 2021. [London]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3375-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng131/resources/prostate-cancer-diagnosis-and-management-pdf-66141714312133> (abgerufen am: 18.02.2026).

Parker, C; Castro, E; Fizazi, K; Heidenreich, A; Ost, P; Procopio, G; et al. (2020): Prostate cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 31(9): 1119-1134. DOI: 10.1016/j.annonc.2020.06.011.

Strouthos, I; Chatzikonstantinou, G; Zamboglou, N; Milickovic, N; Papaioannou, S; Bon, D; et al. (2018): Combined high dose rate brachytherapy and external beam radiotherapy for clinically localised prostate cancer. *Radiotherapy and Oncology* 128(2): 301-307. DOI: 10.1016/j.radonc.2018.04.031.

Zelevsky, MJ; Levin, EJ; Hunt, M; Yamada, Y; Shippy, AM; Jackson, A; et al. (2008): Incidence of Late Rectal and Urinary Toxicities After Three-Dimensional Conformal Radiotherapy and Intensity-Modulated Radiotherapy For Localized Prostate Cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 70(4): 1124-1129. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2007.11.044.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



Lokal begrenztes Prostatakarzinom: Urologinnen und Urologen – ambu- lant/stationär

**Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln)**

Erfassungsjahr 2027

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Lokal begrenztes Prostatakarzinom: Urologinnen und Urologen – ambulant/stationär. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027

Datum der Abgabe 17.04.2026

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
442301: Ambulant behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom.....	5
Hintergrund	5
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	6
Eigenschaften und Berechnung	7
442302: Stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom.....	11
Hintergrund	11
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	13
Eigenschaften und Berechnung	14
442311: Aktive Überwachung mehr als 9 Monate	17
Hintergrund	17
Verwendete Datenfelder	18
Eigenschaften und Berechnung	19
Literatur	21
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	23
Anhang II: Listen	24
Anhang III: Vorberechnungen	25
Anhang IV: Funktionen	26
Impressum.....	27

Einleitung

Das Prostatakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Deutschland. Prostatakarzinome treten vor allem bei Männern in höherem Alter auf. Das Prostatakarzinom zeichnet sich nicht nur durch ein erst spät einsetzendes, sondern auch durch ein sehr langsames Tumorwachstum aus, wodurch die Überlebenswahrscheinlichkeit für die betroffenen Männer hoch ist. Etwa zwei Drittel der Prostatakarzinome werden bereits in einem frühen Tumorstadium, in dem der Tumor noch lokal auf die Prostata begrenzt ist, entdeckt (Tumorklassifikation des Primärtumors T1–T2). Die Diagnostik erfolgt u.a. mittels einer Bestimmung des PSA-Werts, einer digital-rektalen Untersuchung, einer Magnetresonanztomographie (MRT) der Prostata sowie einer Prostatastanzbiopsie. Daraufhin wird eine Risikoeinteilung gemäß der Klassifikation nach D'Amico in drei Gruppen – niedriges, mittleres oder hohes Risikoprofil – bzw. der NCCN-Klassifikation in fünf Gruppen – sehr niedriges, niedriges, intermediäres (unterteilt in günstig oder ungünstig), hohes oder sehr hohes Risikoprofil – vorgenommen. Entsprechend der Zuordnung des Patienten zu einem Risikoprofil sowie nach Berücksichtigung von Lebenserwartung und Patientenpräferenz erfolgt gemeinsam mit dem Patienten die Wahl der geeigneten Therapieoption. Die möglichen Therapieoptionen, die von Leitlinien empfohlen werden, richten sich nach dem Tumorstadium und nach dem vorliegenden Risikoprofil. Für das lokal begrenzte Prostatakarzinom sind dies als kurativ intendierte Therapieoptionen die radikale Prostatektomie, die perkutane Strahlentherapie und die interstitielle Brachytherapie sowie für Patienten mit niedrigem Risikoprofil die Aktive Überwachung.

Dieser Teilbereich fokussiert sich auf Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die den Urologinnen und Urologen im ambulanten bzw. im stationären Bereich verantwortlich zugeschrieben werden. Hierzu zählen ambulant sowie stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und die Aktive Überwachung mehr als 9 Monate.

Für die Berechnung der Indikatoren und Kennzahlen werden Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Daten bei den klinischen Krebsregistern (Daten aus dem tumorfallbezogenen Datensatz) herangezogen.

Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.

Hinweis: Im vorliegenden Bericht entspricht die Silbentrennung nicht durchgehend den korrekten Regeln der deutschen Rechtschreibung. Wir bitten um Verständnis für die technisch bedingten Abweichungen.

442301: Ambulant behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom

Qualitätsziel

Möglichst wenig ambulant behandlungsbedürftige Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie

Hintergrund

Das Auftreten von postinterventionellen, behandlungsbedürftigen Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie ist ein klinischer Endpunkt, der unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und dessen Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung. In der deutschen S3-Leitlinie sowie internationalen Leitlinien gibt es jedoch prozessbezogene Empfehlungen, die in Zusammenhang mit der Vermeidung von Infektionen nach Prostatastanzbiopsie stehen. So empfehlen diese Leitlinien, dass eine transrektale Prostatastanzbiopsie unter Antibiotikaphylaxe durchgeführt werden soll, um postinterventionelle Infektionen zu reduzieren (Leitlinienprogramm Onkologie 2025: 76-77, Cornford et al. 2024, Bonkat et al. 2025).

Literatur

Die Ergebnisse der systematischen Reviews von Bootsma et al. (2008) und Zani et al. (2011) geben Hinweise darauf, dass durch eine Antibiotikaphylaxe eine signifikante Senkung an postinterventionellen Infektionen erreicht werden kann. So traten beispielsweise Bakteriurien in 14,8 % der Fälle ohne Antibiotikaphylaxe gegenüber 3,9 % mit Antibiotikaphylaxe auf, Bakteriämien 8,6 % gegenüber 2,1 %, Fieber 10,8 % gegenüber 4,0 %, Harnwegsinfekte 9,0 % gegenüber 3,3 %, Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung 3,3 % gegenüber 0,3 % (Zani et al. 2011). Auch die deutsche Studie Salomon et al. (2019) (Zeitraum 2013-2015, n = 732 Patienten), bei der 1,9 % der Patienten nach Prostatastanzbiopsie unter antibiotischer Prophylaxe mit einem Fluorchinolon Fieber, 2,2 % einen Harnwegsinfekt und 2,9 % eine Prostatitis entwickelten, zeigt vergleichbare Raten.

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442301
Bezeichnung	Ambulant behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	≤ 2,00
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stimmungs- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Sozialdaten bei den Krankenkassen: vorangehende Infektionen in der Anamnese (innerhalb von 180 Tagen) - N41.1 Chronische Prostatitis Diabetes mellitus - E10.- Diabetes mellitus, Typ 1 - E11.- Diabetes mellitus, Typ 2 - E12.- Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] - E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus - E14.- Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus vorangehender stationärer Aufenthalt innerhalb von 30 Tagen vor Prostatastanzbiopsie Begleiterkrankungen (Charlson-Komorbiditätsindex) - Myokardinfarkt - Herzinsuffizienz - periphere arterielle Verschlusskrankheit - zerebrovaskuläre Erkrankung - Demenz - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

	- Rheumatische Erkrankungen - Gastroduodenale Ulkuskrankheit / leichte Lebererkrankung (chronische Hepatitis oder Leberzirrhose ohne portale Hypertonie) - Diabetes mellitus ohne chronische Erkrankungen - Diabetes mellitus mit Endorganschaden - Hemi- oder Paraplegie - moderate bis schwere Nierenerkrankung (Dialysepflichtigkeit, Z. n. Nierentransplantation, Urämie oder Kreatinin > 3 mg/dl) - Maligne Erkrankungen inklusive Lymphome, Leukämien, ausgenommen Neoplasien der Haut - Moderate bis schwere Lebererkrankungen (Leberzirrhose mit portaler Hypertonie bzw. Varizenblutung in der Anamnese) - Metastasierender solider Tumor - AIDS/HIV Daten bei den klinischen Krebsregistern: Datum der Stanze Anzahl der Stenzen
Rechenregeln	Zähler Ambulant behandelte Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie unter Ausschluss von Patienten, die aufgrund einer innerhalb von 30 Tagen nach Prostatastanzbiopsie aufgetretenen Infektion stationär behandelt wurden und somit bereits im Indikator „Stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom“ betrachtet werden Nenner Alle transrektalen Prostatastanzbiopsien bei Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom O (observed) Beobachtete Anzahl an Patienten mit ambulant behandelter Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie unter Ausschluss von Patienten, die aufgrund einer innerhalb von 30 Tagen nach Prostatastanzbiopsie aufgetretenen Infektion stationär behandelt wurden und somit bereits im Indikator „Stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom“ betrachtet werden E (expected) Erwartete Anzahl an Patienten mit ambulant behandelter Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:L
Zähler (Formel)	O_442301
Nenner (Formel)	E_442301

Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_442301
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442301
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patienten mit ambulant behandelter Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie unter Ausschluss von Patienten, die aufgrund einer innerhalb von 30 Tagen nach Prostatastanzbiopsie aufgetretenen Infektion stationär behandelt wurden und somit bereits im Indikator „Stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom“ betrachtet werden
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCAS:L
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_442301
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442301
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patienten mit ambulant behandelter Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCAS:L
	Zähler	-

	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

442302: Stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom

Qualitätsziel

Möglichst wenig stationär behandlungsbedürftige Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie

Hintergrund

Das Auftreten von postinterventionellen, stationär behandlungsbedürftigen Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie ist ein klinischer Endpunkt, der unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung. In der deutschen S3-Leitlinie sowie internationalen Leitlinien gibt es jedoch prozessbezogene Empfehlungen, die in Zusammenhang mit der Vermeidung von Infektionen nach Prostatastanzbiopsie stehen. So empfehlen diese Leitlinien, dass eine transrektale Prostatastanzbiopsie unter Antibiotikaphylaxe durchgeführt werden soll, um postinterventionelle Infektionen zu reduzieren (Leitlinienprogramm Onkologie 2025: 76-77, Cornford et al. 2024, Bonkat et al. 2025).

Literatur

Die Ergebnisse der systematischen Reviews von Bootsma et al. (2008) und Zani et al. (2011) geben Hinweise darauf, dass durch eine Antibiotikaphylaxe eine signifikante Senkung an postinterventionellen Infektionen erreicht werden kann. So traten beispielsweise Bakteriurien in 14,8 % der Fälle ohne Antibiotikaphylaxe gegenüber 3,9 % mit Antibiotikaphylaxe auf, Bakteriämien 8,6 % gegenüber 2,1 %, Fieber 10,8 % gegenüber 4,0 %, Harnwegsinfekte 9,0 % gegenüber 3,3 %, Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung 3,3 % gegenüber 0,3 % (Zani et al. 2011). Auch die deutsche Beobachtungsstudie Salomon et al. (2019) (Zeitraum 2013-2015, n = 732 Patienten), bei der 1,9 % der Patienten nach Prostatastanzbiopsie unter antibiotischer Prophylaxe mit einem Fluorchinolon Fieber, 2,2 % einen Harnwegsinfekt und 2,9 % eine Prostatitis entwickelten, zeigt vergleichbare Raten. Bei 1 % (n = 7) der Patienten war eine stationäre Wiederaufnahme nach Prostatastanzbiopsie erforderlich, wovon bei 5 der 7 Patienten eine Infektion zugrunde lag (4 von 7 Urosepsis) (Salomon et al. 2019). Ebenso deuten die Ergebnisse einer Studie von Loeb et al. (2012), in der Daten der European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (Rotterdam section) des Zeitraums 1993 bis 2011 analysiert wurden (n = 10.474 Prostatastanzbiopsien), darauf hin und etwa 4,2 % der Fälle entwickelten postinterventionell Fieber unter Antibiotikaphylaxe mit Trimethoprim-Sulfamethoxazol (bis 2008) bzw. Ciprofloxacin (ab 2008)

bzw. war in 0,8 % eine stationäre Aufnahme nach Prostatastanzbiopsie erforderlich (Loeb et al. 2012). Eine Auswertung US-amerikanischer Medicare-Daten des Zeitraums 1991 bis 2007 (Loeb et al. 2011), bei der die 30-Tage-Aufnahmerate bei Patienten nach Prostatastanzbiopsie bei 6,9 % lag, gibt ebenso Hinweise auf das Risiko eine Infektion nach Prostatastanzbiopsie zu entwickeln. Die Patienten nach Prostatastanzbiopsie wiesen dabei ein 2,65-fach erhöhtes Risiko im Vergleich zur Kontrollgruppe von Männern ohne Prostatastanzbiopsie auf (95 % KI 2.47-2.84; $p < 0.0001$, Loeb et al. (2011)). Als Tracer-ICD 9-Kodes wurden für infektiöse Komplikationen folgende Diagnosen gewählt: tubulointerstitielle Nierenerkrankung, Harnwegsinfektion, Prostatitis, Sepsis, Zystitis, Endokarditis, Hypotension, Bakteriämie, postoperative Infektion (Loeb et al. 2011).

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442302
Bezeichnung	Stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	≤ 2,00
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stimmungs- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Sozialdaten bei den Krankenkassen: vorangehende Infektionen in der Anamnese (innerhalb von 180 Tagen) - N41.1 Chronische Prostatitis Diabetes mellitus - E10.- Diabetes mellitus, Typ 1 - E11.- Diabetes mellitus, Typ 2 - E12.- Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] - E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus - E14.- Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus vorangehender stationärer Aufenthalt innerhalb von 30 Tagen vor Prostatastanzbiopsie Begleiterkrankungen (Charlson-Komorbiditätsindex) - Myokardinfarkt - Herzinsuffizienz - periphere arterielle Verschlusskrankheit - zerebrovaskuläre Erkrankung - Demenz - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

	- Rheumatische Erkrankungen - Gastroduodenale Ulkuskrankheit / leichte Lebererkrankung (chronische Hepatitis oder Leberzirrhose ohne portale Hypertonie) - Diabetes mellitus ohne chronische Erkrankungen - Diabetes mellitus mit Endorganschaden - Hemi- oder Paraplegie - moderate bis schwere Nierenerkrankung (Dialysepflichtigkeit, Z. n. Nierentransplantation, Urämie oder Kreatinin > 3 mg/dl) - Maligne Erkrankungen inklusive Lymphome, Leukämien, ausgenommen Neoplasien der Haut - Moderate bis schwere Lebererkrankungen (Leberzirrhose mit portaler Hypertonie bzw. Varizenblutung in der Anamnese) - Metastasierender solider Tumor - AIDS/HIV Daten bei den klinischen Krebsregistern: Datum der Stanze Anzahl der Stenzen	
Rechenregeln	Zähler Sepsis und/oder Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie die stationär behandelt werden Nenner Alle transrektalen Prostatastanzbiopsien bei Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom O (observed) Beobachtete Anzahl an Patienten mit Sepsis und/oder Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie die stationär behandelt werden E (expected) Erwartete Anzahl an Patienten mit Sepsis und/oder Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie die stationär behandelt werden	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	PCAS:L	
Zähler (Formel)	O_442302	
Nenner (Formel)	E_442302	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_442302
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442302
	Sortierung	-

	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patienten mit Sepsis und/oder Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie die stationär behandelt werden
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCAS:L
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_442302
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442302
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patienten mit Sepsis und/oder Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie die stationär behandelt werden
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCAS:L
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen		-
Verwendete Listen		-
Darstellung		-
Grafik		-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

442311: Aktive Überwachung mehr als 9 Monate

Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil von Patienten, die die Kriterien einer Aktiven Überwachung erfüllen und mindestens 9 Monate unter Aktiver Überwachung stehen
----------------------	---

Hintergrund

Leitlinien

Für Patienten mit einem Prostatakarzinom des niedrigen Risikoprofils wird die sogenannte Active Surveillance (Aktive Überwachung) empfohlen. Bei Patienten, die nach erfolgter Aufklärung eine Aktive Überwachung ablehnen, diese im Verlauf abbrechen oder aus anderen Gründen eine aktive Therapie wünschen, sind die operative Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) sowie die Bestrahlung des Prostatagewebes (perkutane Strahlentherapie oder Brachytherapie) Optionen (Leitlinienprogramm Onkologie 2025).

Literatur

Die Kennzahl „Active Surveillance“ der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. zeigt in den Daten von Patienten aus zertifizierten Prostatakrebszentren für das Kennzahlenjahr 2023, dass 35,9% der Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und niedrigem Risiko (PSA ≤ 10 ng/ml und Gleason-Score 6 und cT-Kategorie $\leq 2a$) unter Aktiver Überwachung standen (DKG/Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren 2025).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442311
Bezeichnung	Aktive Überwachung mehr als 9 Monate
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Alle Patienten, die die Kriterien einer Aktiven Überwachung erfüllen und mindestens 9 Monate unter der Aktiven Überwachung stehen Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, die die Kriterien für eine Aktive Überwachung erfüllen: - PSA-Wert ≤ 10 ng/ml - Gleason-Score ≤ 6 - cT1 und cT2a
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	
--	--

Literatur

Bonkat, G; Kranz, J; Cai, T; Geerlings, SE; Köves, B; Pilatz, A; et al. (2025): EAU Guidelines on Urological Infections. Limited update: March 2025. Arnhem: EAU [European Association of Urology]. URL: https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2025_2025-05-24-110339_pxm.pdf (abgerufen am: 18.02.2026).

Bootsma, AMJ; Laguna Pes, MP; Geerlings, SE; Goossens, A (2008): Antibiotic Prophylaxis in Urologic Procedures: A Systematic Review. *European Urology* 54(6): 1270-1286. DOI: 10.1016/j.eur-uro.2008.03.033.

Cornford, P; Tilki, D; van den Bergh, RCN; E. Briers, E; Eberli, D; De Meerleer, G; et al. (2024): EAU – EANM – ESTRO – ESUR – ISUP – SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Limited update: April 2024. Arnhem: EAU [European Association of Urology]. URL: https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2024_2024-04-09-132035_ypmy_2024-04-16-122605_lqpk.pdf (abgerufen am: 18.02.2026).

DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren (2025): Jahresbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren. Kennzahlenauswertung 2025. Auditjahr 2024/Kennzahlen 2023. Stand: 29.04.2025. Berlin: DKG. ISBN: 978-3-910336-73-5. URL: https://www.krebsgesellschaft.de/unsere-themen/zertifizierung/jahresberichte-zertifizierter-zentren?file=files/content/unsere-themen/zertifizierung/jahresberichte/prostatakrebszentren/qualitaetsindikatoren_prostatakrebs_2025-a1_250429.pdf (abgerufen am: 18.02.2026).

Leitlinienprogramm Onkologie (DKG [Deutsche Krebsgesellschaft], DKH [Deutsche Krebshilfe], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]) (2025): AWMF-Registernummer 043-0220L. S3-Leitlinie: Prostatakarzinom. Langversion 8.1. [Stand:] August 2025. Berlin: AWMF. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/043-0220LI_S3_Prostatakarzinom_2025-08.pdf (abgerufen am: 18.02.2026).

Loeb, S; Carter, HB; Berndt, SI; Ricker, W; Schaeffer, EM (2011): Complications After Prostate Biopsy: Data From SEER-Medicare. *The Journal of Urology* 186(5): 1830-1834. DOI: 10.1016/j.juro.2011.06.057.

Loeb, S; van den Heuvel, S; Zhu, X; Bangma, CH; Schröder, FH; Roobol, MJ (2012): Infectious Complications and Hospital Admissions After Prostate Biopsy in a European Randomized Trial. *European Urology* 61(6): 1110–1114. DOI: 10.1016/j.eururo.2011.12.058.

Salomon, G; Prues, S; Saul, J; Budäus, L; Tilki, D; Schneider, MP; et al. (2019): Antimicrobial Lubricant Did Not Reduce Infection Rate in Transrectal Biopsy Patients in a Large Randomized Trial Due to Low Complication Rates. *European Urology Focus* 5(6): 992–997. DOI: 10.1016/j.euf.2018.06.005.

Zani, EL; Clark, OAC; Rodrigues Netto, N Jr (2011): Antibiotic prophylaxis for transrectal prostate biopsy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5. Art. No.: CD006576. DOI: 10.1002/14651858.CD006576.pub2.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



Lokal begrenztes Prostatakarzinom: Urologinnen und Urologen – stationär

**Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln)**

Erfassungsjahr 2027

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Lokal begrenztes Prostatakarzinom: Urologinnen und Urologen – stationär. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027

Datum der Abgabe 17.04.2026

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
442303: Allgemeine postoperative Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie.....	6
Hintergrund	6
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	8
Eigenschaften und Berechnung	9
442304: Chirurgisch-urologische Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie	12
Hintergrund	12
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	14
Eigenschaften und Berechnung	15
442305: Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie	19
Hintergrund	19
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	20
Eigenschaften und Berechnung	21
442306: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie.....	24
Hintergrund	24
Verwendete Datenfelder	25
Eigenschaften und Berechnung	26
442312: Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach radikaler Prostatektomie	27
Hintergrund	27
Verwendete Datenfelder	28
Eigenschaften und Berechnung	29
442313: Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach nervschonender radikaler Prostatektomie	31
Hintergrund	31
Verwendete Datenfelder	32
Eigenschaften und Berechnung	33
Literatur	35
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	38

Anhang II: Listen	39
Anhang III: Vorberechnungen	40
Anhang IV: Funktionen	41
Impressum.....	42

Einleitung

Das Prostatakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Deutschland. Prostatakarzinome treten vor allem bei Männern in höherem Alter auf. Das Prostatakarzinom zeichnet sich nicht nur durch ein erst spät einsetzendes, sondern auch durch ein sehr langsames Tumorwachstum aus, wodurch die Überlebenswahrscheinlichkeit für die betroffenen Männer hoch ist. Etwa zwei Drittel der Prostatakarzinome werden bereits in einem frühen Tumorstadium, in dem der Tumor noch lokal auf die Prostata begrenzt ist, entdeckt (Tumorklassifikation des Primärtumors T1–T2). Die Diagnostik erfolgt u.a. mittels einer Bestimmung des PSA-Werts, einer digital-rektalen Untersuchung, einer Magnetresonanztomographie (MRT) der Prostata sowie einer Prostatastanzbiopsie. Daraufhin wird eine Risikoeinteilung gemäß der Klassifikation nach D'Amico in drei Gruppen – niedriges, mittleres oder hohes Risikoprofil – bzw. der NCCN-Klassifikation in fünf Gruppen – sehr niedriges, niedriges, intermediäres (unterteilt in günstig oder ungünstig), hohes oder sehr hohes Risikoprofil – vorgenommen. Entsprechend der Zuordnung des Patienten zu einem Risikoprofil sowie nach Berücksichtigung von Lebenserwartung und Patientenpräferenz erfolgt gemeinsam mit dem Patienten die Wahl der geeigneten Therapieoption. Die möglichen Therapieoptionen, die von Leitlinien empfohlen werden, richten sich nach dem Tumorstadium und nach dem vorliegenden Risikoprofil. Für das lokal begrenzte Prostatakarzinom sind dies als kurativ intendierte Therapieoptionen die radikale Prostatektomie, die perkutane Strahlentherapie und die interstitielle Brachytherapie sowie für Patienten mit niedrigem Risikoprofil die Aktive Überwachung.

Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen dieses Teilbereichs richten sich auf solche, die den Urologinnen und Urologen ausschließlich im stationären Bereich verantwortlich zugeschrieben werden. Diese umfassen allgemeine postoperative und chirurgisch-urologische Komplikationen, Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen sowie Sterblichkeit und diagnostizierte Harninkontinenz und erektile Dysfunktion im zeitlichen Umfeld nach radikaler Prostatektomie.

Für die Berechnung der Indikatoren und Kennzahlen werden Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Daten bei den klinischen Krebsregistern (Daten aus dem tumorfallbezogenen Datensatz) herangezogen.

Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.

Hinweis: Im vorliegenden Bericht entspricht die Silbentrennung nicht durchgehend den korrekten Regeln der deutschen Rechtschreibung. Wir bitten um Verständnis für die technisch bedingten Abweichungen.

442303: Allgemeine postoperative Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel

Möglichst selten allgemeine postoperative Komplikationen nach radikaler Prostatektomie

Hintergrund

Das Auftreten von postoperativen Komplikationen nach radikaler Prostatektomie ist ein klinischer Endpunkt, der unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Literatur

Für die Erfassung von postoperativen Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen wird häufig die Klassifikation nach Clavien-Dindo verwendet (Hiess et al. 2014). Eine weitere typische Klassifikation ist die Einteilung in „allgemeine postoperative“ und „spezifische“, in diesem Fall „chirurgisch-urologische“ Komplikationen nach radikaler Prostatektomie. Allgemeine postoperative Komplikationen sind:

- tiefe Venenthrombose
- Lungenembolie
- Pneumonie
- Lungenödem/Linksherzinsuffizienz
- Myokardinfarkt
- Delir
- Schlaganfall
- Ileus

Die Ergebnisse mehrerer internationaler Studien geben Hinweise darauf, dass nach einer radikalen Prostatektomie eine tiefe Venenthrombose, wenngleich auch selten, auftreten kann (Johnson et al. 2018, Pompe et al. 2018, Laird et al. 2015). In den Arbeiten von Johnson et al. (2018), Laird et al. (2015) und Pompe et al. (2018) lag die Rate an tiefen Venenthrombosen bei < 0,5 % bis 0,6 %. Hinweise auf weitere allgemeine postoperative Komplikationen gibt die Studie von Johnson et al. (2018), in der Komplikationsraten nach insgesamt 1.625 Prostatektomien untersucht wurden. Innerhalb von 90 Tagen trat bei ca. 0,5 % der Patienten eine Pneumonie und bei etwa 1,4 % der Patienten eine Lungenembolie auf. Weitere Studien zeigen Komplikationsraten für die Lungenembolie von < 0,5 % (Johnson et al. 2018, Pompe et al. 2018, Wallerstedt et al. 2019). Die quantitative Primäranalyse von Pompe et al. (2018) mit

4.973 Patienten gibt ebenfalls Anhaltspunkte für das Auftreten von Komplikationen nach einer radikalen Prostatektomie und weist für die Komplikationen Myokardinfarkt, Apoplex sowie Ileus Raten $< 0,5\%$ der Patienten auf. Ein Delir bei einem Patienten nach radikaler Prostatektomie wurde in der Studie von Cheng et al. (2014) bei ca. $0,3\%$ der Patienten erfasst.

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442303
Bezeichnung	Allgemeine postoperative Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	≤ 2,00
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellanahme- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung ver- wendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Sozialdaten bei den Krankenkassen: Alter (Geburtsdatum) Diabetes mellitus - E10.- Diabetes mellitus, Typ 1 - E11.- Diabetes mellitus, Typ 2 - E12.- Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernäh- rung [Malnutrition] - E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus - E14.- Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus Radikale Prostatovesikulektomie mit regionaler Lymphadenektomie - 5-604.02 - 5-604.12 - 5-604.22 - 5-604.32 - 5-604.42 - 5-604.52 Voroperationen im Abdominal- und Beckenbereich innerhalb von 5 Jahren vor radikaler Prostatektomie Daten bei den klinischen Krebsregistern:

	Art der systemischen oder abwartenden Therapie Zeitraum der systemischen Therapie	
Rechenregeln	Zähler Alle allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie aufgetreten sind Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie O (observed) Beobachtete Anzahl an Patienten mit allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie aufgetreten sind E (expected) Erwartete Anzahl an Patienten mit allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie aufgetreten sind	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	PCAS:P	
Zähler (Formel)	O_442303	
Nenner (Formel)	E_442303	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_442303
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442303
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patienten mit allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie aufgetreten sind
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl

	ID	E_442303
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442303
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patienten mit allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie aufgetreten sind
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen		-
Darstellung		-
Grafik		-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

442304: Chirurgisch-urologische Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel

Möglichst selten chirurgisch-urologische Komplikationen nach radikaler Prostatektomie

Hintergrund

Das Auftreten von chirurgisch-urologischen Komplikationen nach radikaler Prostatektomie ist ein klinischer Endpunkt, der unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Literatur

Für die Erfassung von postoperativen Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen wird häufig die Klassifikation nach Clavien-Dindo verwendet (Hiess et al. 2014). Eine weitere typische Klassifikation ist die Einteilung in „allgemeine postoperative“ und „spezifische“, in diesem Fall „chirurgisch-urologische“ Komplikationen nach radikaler Prostatektomie. Chirurgisch-urologische postoperative Komplikationen sind:

- Infektionen
- Komplikationen, die das Lymphsystem betreffen
- Verletzungen, Fisteln, Abszesse, Stenosen
- Wunddehiszenz
- Verletzungen von Nerven, Gefäßen
- Verletzungen des Harn- oder Beckenorgane
- Verletzungen des Darmtraktes
- Blutungen / Hypovolämischer Schock infolge eines Eingriffs
- Notwendigkeit der Gabe von Bluttransfusionen

Verschiedene internationale Studien geben Hinweise darauf, dass Wundinfektionen als Folge einer radikalen Prostatektomie auftreten können und berichten von einer Rate von etwa 1,1 % und 5,4 % (Cheng et al. 2014, Pompe et al. 2018, Johnson et al. 2018). Auch für eine erforderliche Wiederaufnahme aufgrund einer Infektion oder das Auftreten einer Urosepsis nach radikaler Prostatektomie gibt es in Studien Hinweise. In der Studie von Wallerstedt et al. (2019) wurde ermittelt, dass 0,67 % der Patienten wegen einer Infektion sowie 0,19 % der Patienten nach einer radikalen Prostatektomie wegen einer Sepsis nach Entlassung aus dem Krankenhaus wiederaufgenommen werden mussten. Bei Johnson et al.

(2018) trat 90 Tage nach radikaler Prostatektomie eine Urosepsis bei 0,9 % der Patienten auf. Auch Hinweise für das Auftreten von Komplikationen, die das Lymphsystem betreffen, finden sich in der Literatur, wie z. B. die Entstehung einer Lymphozele (bei circa 1,2-1,4 % der Patienten (Löppenberg et al. 2010, Gandaglia et al. 2018)) sowie eine verzögerte Lymphsekretion (2,2 % der Patienten) (Cheng et al. 2014). Auch für intraoperative sowie postoperative Blutungen fanden sich Hinweise in verschiedenen Studien, dass diese als postoperative Komplikationen bei etwa 0,3 % bis 0,7 % der Patienten auftraten (Cheng et al. 2014, Laird et al. 2015, Wallerstedt et al. 2019). Mehrere internationale Studien geben Anhalt für die Notwendigkeit der Gabe einer Bluttransfusion für Patienten nach einer radikalen Prostatektomie in etwa 0,5 % bis 9,1 % der Fälle (Laird et al. 2015, Cheng et al. 2014, Johnson et al. 2018, Pompe et al. 2018, Gandaglia et al. 2018). Auch die Analyse von Cheng et al. (2014) gibt Hinweise auf postoperative Komplikationen. Nach radikaler Prostatektomie bildete sich postoperativ ein Abszess bei ca. 1,1 % der Patienten, eine Stenose in 3,9 % der Fälle (Cheng et al. 2014) und eine Wunddehiszenz in 2,2 % der Fälle aus (Cheng et al. 2014). Im systematischen Review von Alder et al. (2020) wurde eine Inzidenzrate für das Auftreten einer Inguinalhernie von 13,7 % (95 % KI 12,0-15,4) bei offener retropubischer Prostatektomie, 7,5 % (95 % KI 5,2-9,8) bei laparoskopisch retropubischer Prostatektomie sowie 7,9 % (95 % KI 5,0-10,9) bei roboter-assoziiierter Prostatektomie festgestellt. Wenngleich selten, gibt es auch Hinweise für die intraoperative Verletzung von Nerven (insbesondere des Nervus obturatorius) oder Verletzung von Gefäßen bei einer radikalen Prostatektomie wie z. B. bei 0,2 % (Johnson et al. 2018) sowie < 0,1 % (Laird et al. 2015) der dort betrachteten Patienten. Hinweise auf die Verletzung umliegender Organe im Rahmen einer radikalen Prostatektomie fanden sich als Komplikation mit Raten < 1 % in einigen Studien: Verletzungen der Harnorgane/Beckenorgane z. B. in Form einer distalen Uretherverletzung trat in der Studie von Cheng et al. (2014) bei 0,3 % und in der Studie von Laird et al. (2015) bei < 0,1 % der Patienten auf. Verletzungen des Darmtraktes bei einer radikalen Prostatektomie z. B. des Rektums trat in der Studie von Laird et al. (2015) bei 0,6 % der Patienten auf.

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442304
Bezeichnung	Chirurgisch-urologische Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	≤ 2,00
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellanahme- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Sozialdaten bei den Krankenkassen: Alter (Geburtsdatum) Diabetes mellitus - E10.- Diabetes mellitus, Typ 1 - E11.- Diabetes mellitus, Typ 2 - E12.- Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] - E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus - E14.- Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus Radikale Prostatovesikulektomie mit regionaler Lymphadenektomie - 5-604.02 - 5-604.12 - 5-604.22 - 5-604.32 - 5-604.42 - 5-604.52 Voroperationen im Abdominal- und Beckenbereich innerhalb von 5 Jahren vor radikaler Prostatektomie Daten bei den klinischen Krebsregistern:

	Art der systemischen oder abwartenden Therapie Zeitraum der systemischen Therapie	
Rechenregeln	Zähler Alle chirurgisch-urologischen Komplikationen die innerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind unter Ausschluss von Patienten, bei denen bereits im Quartal (90 Tage) vor der radikalen Prostatektomie folgende Diagnosen vorlagen: - Vesikorektal-, Harnblasen-, Harnröhrenfistel - sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane (u. a. Urethroskrotalfistel, Striktur, Chylozele, Atrophie, Hypertrophie, Ödem, Ulkus) - Anal-, Rektal-, Anorektalfistel - Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en) (Stadium II bzw. III) - Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II bzw. III - Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert - Lymphödem, nicht näher bezeichnet (inkl. Lymphozele) Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie O (observed) Beobachtete Anzahl an Patienten mit chirurgisch-urologischen Komplikationen die innerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind unter Ausschluss von Patienten, bei denen bereits im Quartal (90 Tage) vor der radikalen Prostatektomie folgende Diagnosen vorlagen: - Vesikorektal-, Harnblasen-, Harnröhrenfistel - sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane (u. a. Urethroskrotalfistel, Striktur, Chylozele, Atrophie, Hypertrophie, Ödem, Ulkus) - Anal-, Rektal-, Anorektalfistel - Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en) (Stadium II bzw. III) - Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II bzw. III - Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert - Lymphödem, nicht näher bezeichnet (inkl. Lymphozele) E (expected) Erwartete Anzahl an Patienten mit chirurgisch-urologischen Komplikationen die innerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	PCAS:P	
Zähler (Formel)	O_442304	
Nenner (Formel)	E_442304	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl

	ID	O_442304
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442304
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patienten mit chirurgisch-urologischen Komplikationen die innerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind unter Ausschluss von Patienten, bei denen bereits im Quartal (90 Tage) vor der radikalen Prostatektomie folgende Diagnosen vorlagen: - Vesikorektal-, Harnblasen-, Harnröhrenfistel - sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane (u. a. Urethroskrotalfistel, Striktur, Chylozele, Atrophie, Hypertrophie, Ödem, Ulkus) - Anal-, Rektal-, Anorektalfistel - Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en) (Stadium II bzw. III) - Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II bzw. III - Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert - Lymphödem, nicht näher bezeichnet (inkl. Lymphozele)
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_442304
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442304
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patienten mit chirurgisch-urologischen Komplikationen die in-

		nerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

442305: Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalso- strukturen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten von Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie
----------------------	---

Hintergrund

Das Auftreten einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostrukturen nach radikaler Prostatektomie ist eine postoperative Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Literatur

In der Analyse von Elliott et al. (2007) fanden sich Hinweise für das Auftreten von postinterventionellen Harnröhrenstrikturen und Blasenhalsostrukturen/-sklerosen deren Inzidenz über alle Behandlungsoptionen hinweg (radikale Prostatektomie, perkutane Strahlentherapie, Brachytherapie) bei etwa 5,2 % (Range 1,1 %–8,4 %) und nach einer radikalen Prostatektomie bei 8,4 % lag (Elliott et al. 2007). Die meisten Harnröhrenstrikturen und Blasenhalsostrukturen/-sklerosen nach radikaler Prostatektomie entwickelten sich bei der in dieser Studie betrachteten Population innerhalb der ersten 6 Monate nach Therapie (Elliott et al. 2007). In einer anderen Studie war eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus aufgrund einer Harnröhrenstriktur bei 0,11 % der Patienten nach radikaler Prostatektomie erforderlich (Wallerstedt et al. 2019).

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442305
Bezeichnung	Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	≤ 2,00
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stimmungs- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Sozialdaten bei den Krankenkassen: Alter (Geburtsdatum)
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor radikaler Prostatektomie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie unter Ausschluss von Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach der radikalen Prostatektomie eine perkutane Strahlentherapie erhalten haben 0 (observed) Beobachtete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten,

	bei denen vor radikaler Prostatektomie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag E (expected) Erwartete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	PCAS:P	
Zähler (Formel)	O_442305	
Nenner (Formel)	E_442305	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_442305
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442305
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor radikaler Prostatektomie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_442305
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442305
	Sortierung	-

	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

442306: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie
----------------------	--

Hintergrund

Das Versterben direkt nach einer radikalen Prostatektomie ist ein klinischer Endpunkt, der unmittelbar Bedeutung für die Patienten hat und der dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Literatur

Die 30-Tage-Mortalität nach radikaler Prostatektomie liegt in der vorliegenden Literatur im Bereich unter 1 % (Ortelli et al. 2018, WIdO 2016, Löppenberg et al. 2010).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442306
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	Sentinel Event
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Alle Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie verstorben sind Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

442312: Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten einer Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie

Hintergrund

Das Auftreten einer Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie ist eine postoperative Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Literatur

Die Harninkontinenz zählt zu einer häufigen Komplikation nach einer radikalen Prostatektomie, die oft noch 12 Monate nach Therapiebeendigung persistiert (Baker et al. 2016, Whiting et al. 2016, Sanda et al. 2008, Lardas et al. 2017).

In der Studie von Sanda et al. (2008) finden sich Hinweise darauf, dass innerhalb der ersten zwei Monate nach einer radikalen Prostatektomie etwa 20 % bis 67 % der Patienten eine Harninkontinenz entwickeln, die sich im zeitlichen Verlauf verbessert: nach 6 Monaten (6–34 %), nach 12 Monaten (4–24 %) sowie nach 24 Monaten (5–20 %) (Sanda et al. 2008). Auch in der Studie von Chen et al. (2017) berichten noch 15,8 % (n = 288; 95 % KI 15,4–16,3) der Männer zwei Jahre nach radikaler Prostatektomie über eine Harninkontinenz. Mehrere weitere quantitative Primäranalysen geben Anhaltspunkte dafür, dass eine radikale Prostatektomie zu einer hohen Komplikationsrate in Form einer Harninkontinenz führen kann (Hoffman et al. 2020, Kyrдалen et al. 2013, Johansson et al. 2011, Potosky et al. 2004). Berücksichtigt werden muss jedoch, dass ein relevanter Anteil der Patienten bereits vor der radikalen Prostatektomie eine Harninkontinenz anderer Ätiologie aufweisen. Die berichteten Prävalenzen hierzu variieren zwischen 1–11 % (Sanda et al. (2008) und ca. 30 % Lane et al. (2016)).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442312
Bezeichnung	Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harninkontinenz vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen präoperativ (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harninkontinenz vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie unter Ausschluss von Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach der radikalen Prostatektomie eine perkutane Strahlentherapie erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	

442313: Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach nervschonender radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach nervschonender radikaler Prostatektomie

Hintergrund

Das Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie ist eine postoperative Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Literatur

Im systematischen Review von Baker et al. (2016) sowie in mehreren quantitativen Primäranalysen (u. a. Chen et al. (2017), Kyrдалen et al. (2013), Sanda et al. (2008)) finden sich Hinweise, dass die radikale Prostatektomie signifikant mit einer erektilen Dysfunktion assoziiert ist.

Sexuelle Funktionsstörungen in Form einer schwachen Erektionsfähigkeit, der fehlenden Fähigkeit eine Erektion aufrechtzuerhalten oder einer gänzlich fehlenden Erektionsfähigkeit, treten in der Studie von Sanda et al. (2008) vor der radikalen Prostatektomie bei etwa 10 % bis 17 % (n = 603) der Patienten auf. Innerhalb der ersten 2 Monate nach Durchführung der radikalen Prostatektomie konnte für diese Studienpopulation gezeigt werden, dass dagegen bei 83 % bis 90 % (n = 571) der Patienten eine erektile Dysfunktion (Sanda et al. 2008) besteht. Auch ein bzw. zwei Jahre nach der radikalen Prostatektomie leiden noch etwa 60 % bis 75 % (n = 557) bzw. 51 % bis 64 % (n = 372) der Patienten unter einer erektilen Dysfunktion (Sanda et al. 2008). Auch in der Studie von Chen et al. (2017) finden sich Hinweise auf eine über einen längeren Zeitraum bestehende erektile Dysfunktion: in deren Studienpopulation berichten 57 % der Patienten zwei Jahre nach radikaler Prostatektomie über eine erektile Dysfunktion. Mehrere internationale quantitative Primäranalysen zeigen ähnliche Ergebnisse (u. a. Johansson et al. (2011), Potosky et al. (2004), Hoffman et al. (2020), Ferrer et al. (2013), Kyrдалen et al. (2013)).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442313
Bezeichnung	Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach nervscho- nender radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmever- fahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach nervschonen- der radikaler Prostatektomie eine erektile Dysfunktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen präoperativ (vorausgehendes Quartal) bereits eine erektile Dysfunktion vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und nerv- schonender radikaler Prostatektomie unter Ausschluss von Patien- ten, die innerhalb von 365 Tagen nach der radikalen Prostatektomie eine perkutane Strahlentherapie erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	

Literatur

- Alder, R; Zetner, D; Rosenberg, J (2020): Incidence of Inguinal Hernia after Radical Prostatectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Urology* 203(2): 265-274. DOI: 10.1097/JU.0000000000000313.
- Baker, H; Wellman, S; Lavender, V (2016): Functional Quality-of-Life Outcomes Reported by Men Treated for Localized Prostate Cancer: A Systematic Literature Review. *Oncology Nursing Forum* 43(2): 199-218. DOI: 10.1188/16.ONF.199-218.
- Chen, RC; Basak, R; Meyer, A-M; Kuo, T-M; Carpenter, WR; Agans, RP; et al. (2017): Association Between Choice of Radical Prostatectomy, External Beam Radiotherapy, Brachytherapy, or Active Surveillance and Patient-Reported Quality of Life Among Men With Localized Prostate Cancer. *JAMA* 317(11): 1141-1150. DOI: 10.1001/jama.2017.1652.
- Cheng, W-M; Lin, T-P; Lin, C-C; Huang, EY-H; Chung, H-J; Kuo, J-Y; et al. (2014): Standardized report for early complications of radical prostatectomy. *Journal of the Chinese Medical Association* 77(5): 234-241. DOI: 10.1016/j.jcma.2014.02.008.
- Elliott, SP; Meng, MV; Elkin, EP; McAninch, JW; Duchane, J; Carroll, PR (2007): Incidence of Urethral Stricture After Primary Treatment for Prostate Cancer: Data From CaPSURE. *The Journal of Urology* 178(2): 529-534. DOI: 10.1016/j.juro.2007.03.126.
- Ferrer, M; Guedea, F; Suárez, JF; de Paula, B; Macías, V; Mariño, A; et al. (2013): Quality of life impact of treatments for localized prostate cancer: Cohort study with a 5year follow-up. *Radiotherapy and Oncology* 108(2): 306-313. DOI: 10.1016/j.radonc.2013.05.038
- Gandaglia, G; Bravi, CA; Dell'Oglio, P; Mazzone, E; Fossati, N; Scuderi, S; et al. (2018): The Impact of Implementation of the European Association of Urology Guidelines Panel Recommendations on Reporting and Grading Complications on Perioperative Outcomes after Robot-assisted Radical Prostatectomy. *European Urology* 74(1): 4-7. DOI: 10.1016/j.eururo.2018.02.025.
- Hiess, M; Ponholzer, A; Lamche, M; Schramek, P; Seitz, C (2014): Die Komplikationsklassifikation nach Clavien-Dindo am Beispiel der radikalen Prostatektomie. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 164(15-16): 297-301. DOI: 10.1007/s10354-014-0264-2.

- Hoffman, KE; Penson, DF; Zhao, Z; Huang, L-C; Conwill, R; Laviana, AA; et al. (2020): Patient-Reported Outcomes Through 5 Years for Active Surveillance, Surgery, Brachytherapy, or External Beam Radiation With or Without Androgen Deprivation Therapy for Localized Prostate Cancer. *JAMA* 323(2): 149-163. DOI: 10.1001/jama.2019.20675.
- Johansson, E; Steineck, G; Holmberg, L; Johansson, J-E; Nyberg, T; Ruutu, M; et al. (2011): Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. *The Lancet: Oncology* 12(9): 891-899. DOI: 10.1016/s1470-2045(11)70162-0.
- Johnson, I; Ottosson, F; Diep, LM; Berg, RE; Hoff, J-R; Wessel, N; et al. (2018): Switching from laparoscopic radical prostatectomy to robot assisted laparoscopic prostatectomy: comparing oncological outcomes and complications. *Scandinavian Journal of Urology* 52(2): 116-121. DOI: 10.1080/21681805.2017.1420099.
- Kyrdalen, AE; Dahl, AA; Hernes, E; Småstuen, MC; Fosså, SD (2013): A national study of adverse effects and global quality of life among candidates for curative treatment for prostate cancer. *BJU International* 111(2): 221-232. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11198.x.
- Laird, A; Fowler, S; Good, DW; Stewart, GD; Srinivasan, V; Cahill, D; et al. (2015): Contemporary practice and technique-related outcomes for radical prostatectomy in the UK: a report of national outcomes. *BJU International* 115(5): 753-763. DOI: 10.1111/bju.12866.
- Lane, A; Metcalfe, C; Young, GJ; Peters, TJ; Blazeby, J; Avery, KN; et al. (2016): Patient-reported outcomes in the ProtecT randomized trial of clinically localized prostate cancer treatments: study design, and baseline urinary, bowel and sexual function and quality of life. *BJU International* 118(6): 869-879. DOI: 10.1111/bju.13582.
- Lardas, M; Liew, M; van den Bergh, RC; De Santis, M; Bellmunt, J; Van den Broeck, T; et al. (2017): Quality of Life Outcomes after Primary Treatment for Clinically Localised Prostate Cancer: A Systematic Review. *European Urology* 72(6): 869-885. DOI: 10.1016/j.eururo.2017.06.035.

- Löppenberg, B; Noldus, J; Holz, A; Palisaar, RJ (2010): Reporting Complications After Open Radical Retropubic Prostatectomy Using the Martin Criteria. *The Journal of Urology* 184(3): 944–948. DOI: 10.1016/j.juro.2010.05.032.
- Ortelli, L; Spitale, A; Mazzucchelli, L; Bordoni, A (2018): Quality indicators of clinical cancer care for prostate cancer: a population-based study in southern Switzerland. *BMC: Cancer* 18: 733. DOI: 10.1186/s12885-018-4604-2.
- Pompe, RS; Beyer, B; Haese, A; Preisser, F; Michl, U; Steuber, T; et al. (2018): Postoperative complications of contemporary open and robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy using standardised reporting systems. *BJU International* 122(5): 801–807. DOI: 10.1111/bju.14369.
- Potosky, AL; Davis, WW; Hoffman, RM; Stanford, JL; Stephenson, RA; Penson, DF; et al. (2004): Five-Year Outcomes After Prostatectomy or Radiotherapy for Prostate Cancer: The Prostate Cancer Outcomes Study. *Journal of the National Cancer Institute* 96(18): 1358–1367. DOI: 10.1093/jnci/djh259.
- Sanda, MG; Dunn, RL; Michalski, J; Sandler, HM; Northouse, L; Hembroff, L; et al. (2008): Quality of Life and Satisfaction with Outcome among Prostate-Cancer Survivors. *The New England Journal of Medicine* 358(12): 1250–1261. DOI: 10.1056/NEJMoa074311.
- Wallerstedt Lantz, A; Stranne, J; Tyritzis, SI; Bock, D; Wallin, D; Nilsson, H; et al. (2019): 90-Day readmission after radical prostatectomy—a prospective comparison between robot-assisted and open surgery. *Scandinavian Journal of Urology* 53(1): 26–33. DOI: 10.1080/21681805.2018.1556729.
- Whiting, PF; Moore, THM; Jameson, CM; Davies, P; Rowlands, M-A; Burke, M; et al. (2016): Symptomatic and quality-of-life outcomes after treatment for clinically localised prostate cancer: a systematic review. *BJU International* 118(2): 193–204. DOI: 10.1111/bju.13499.
- WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2016): QSR-Bundeswerte 2016. Berichtszeitraum 2012–2014 mit Nachbeobachtung bis Ende 2015. Stand: Oktober 2016. [Berlin]: WIdO. URL: https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/bundeswerte_2016_final.pdf (abgerufen am: 19.02.2026)

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



Lokal begrenztes Prostatakarzinom: Strahlentherapeutinnen und Strahlen- therapeuten bzw. Urologinnen und Uro- logen – ambulant/stationär

**Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln)**

Erfassungsjahr 2027

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Lokal begrenztes Prostatakarzinom: Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten bzw. Urologinnen und Urologen – ambulant/stationär. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027

Datum der Abgabe

17.04.2026

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
442309: Harnröhrenstrikturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie	6
Hintergrund	6
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	7
Eigenschaften und Berechnung	8
442310: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie	11
Hintergrund	11
Verwendete Datenfelder	12
Eigenschaften und Berechnung	13
442317: Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie	15
Hintergrund	15
Verwendete Datenfelder	16
Eigenschaften und Berechnung	17
442318: Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie	19
Hintergrund	19
Verwendete Datenfelder	20
Eigenschaften und Berechnung	21
442319: Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie	23
Hintergrund	23
Verwendete Datenfelder	24
Eigenschaften und Berechnung	25
Literatur	27
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	28
Anhang II: Listen	29
Anhang III: Vorberechnungen	30

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027 nach DeQS-RL

PCA-UROST-AS - Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten bzw. Urologinnen und Urologen – ambulant/stationär

Inhaltsverzeichnis

Anhang IV: Funktionen31

Impressum.....32

Einleitung

Das Prostatakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Deutschland. Prostatakarzinome treten vor allem bei Männern in höherem Alter auf. Das Prostatakarzinom zeichnet sich nicht nur durch ein erst spät einsetzendes, sondern auch durch ein sehr langsames Tumorwachstum aus, wodurch die Überlebenswahrscheinlichkeit für die betroffenen Männer hoch ist. Etwa zwei Drittel der Prostatakarzinome werden bereits in einem frühen Tumorstadium, in dem der Tumor noch lokal auf die Prostata begrenzt ist, entdeckt (Tumorklassifikation des Primärtumors T1-T2). Die Diagnostik erfolgt u.a. mittels einer Bestimmung des PSA-Werts, einer digital-rektalen Untersuchung, einer Magnetresonanztomographie (MRT) der Prostata sowie einer Prostatastanzbiopsie. Daraufhin wird eine Risikoeinteilung gemäß der Klassifikation nach D'Amico in drei Gruppen – niedriges, mittleres oder hohes Risikoprofil – bzw. der NCCN-Klassifikation in fünf Gruppen – sehr niedriges, niedriges, intermediäres (unterteilt in günstig oder ungünstig), hohes oder sehr hohes Risikoprofil – vorgenommen. Entsprechend der Zuordnung des Patienten zu einem Risikoprofil sowie nach Berücksichtigung von Lebenserwartung und Patientenpräferenz erfolgt gemeinsam mit dem Patienten die Wahl der geeigneten Therapieoption. Die möglichen Therapieoptionen, die von Leitlinien empfohlen werden, richten sich nach dem Tumorstadium und nach dem vorliegenden Risikoprofil. Für das lokal begrenzte Prostatakarzinom sind dies als kurativ intendierte Therapieoptionen die radikale Prostatektomie, die perkutane Strahlentherapie und die interstitielle Brachytherapie sowie für Patienten mit niedrigem Risikoprofil die Aktive Überwachung.

Der hier dargestellte Teilbereich umfasst die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die den Urologinnen und Urologen bzw. den Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten im ambulanten und stationären Bereich verantwortlich zugeschrieben werden. Diese umfassen Komplikationen und Nebenwirkungen nach interstitieller Brachy-Monotherapie sowie die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie.

Für die Berechnung der Indikatoren und Kennzahlen werden Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Daten bei den klinischen Krebsregistern (Daten aus dem tumorfallbezogenen Datensatz) herangezogen.

Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.

Hinweis: Im vorliegenden Bericht entspricht die Silbentrennung nicht durchgehend den korrekten Regeln der deutschen Rechtschreibung. Wir bitten um Verständnis für die technisch bedingten Abweichungen.

442309: Harnröhrenstrikturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten von Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie

Hintergrund

Das Auftreten einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostrukturen ist eine postinterventionelle Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Literatur

Nach bildgestützter perkutaner Strahlentherapie (EB-IGRT) des lokal begrenzten Prostatakarzinoms traten in einer großen retrospektiven Analyse aus den USA bei 0,5 % der Patienten mit EB-IGRT urogenitale Strahlenschäden Grad ≥ 3 auf. Auf einzelne Diagnosen hin untersucht, zeigte sich für diese Studienpopulation, dass ca. 2 % der Patienten mit EB-IGRT eine urethrale Striktur, 11 % der Patienten der Gruppe mit EBRT plus HDR-Boost und 4 % der Patienten in der Gruppe mit Brachy-Monotherapie eine urethrale Striktur entwickelten (Mohammed et al. 2012). In der Analyse von Elliott et al. (2007) fanden sich Hinweise für das Auftreten von postinterventionellen Harnröhrenstrikturen und Blasenhalsostrukturen/-sklerosen deren Inzidenz über alle Behandlungsoptionen hinweg (radikale Prostatektomie, perkutane Strahlentherapie, Brachytherapie) bei etwa 5,2 % (Range 1,1 %–8,4 %) und nach einer Brachy-Monotherapie bei 1,8 % lag (Elliott et al. 2007).

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442309
Bezeichnung	Harnröhrenstrikturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	≤ 2,00
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Sozialdaten bei den Krankenkassen: Alter (Geburtsdatum) Daten bei den klinischen Krebsregistern: T-Stadium (TNM c/p/u-Präfix T, TNM T-Kategorie)
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der interstitiellen Brachy-Monotherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und interstitieller Brachy-Monotherapie unter Ausschluss von Patienten, die eine kombinierte Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) erhalten

	O (observed) Beobachtete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der interstitiellen Brachy-Monotherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag E (expected) Erwartete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	PCAS:P	
Zähler (Formel)	O_442309	
Nenner (Formel)	E_442309	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_442309
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442309
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der interstitiellen Brachy-Monotherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl

	ID	E_442309
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442309
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

442310: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie

Qualitätsziel

Möglichst geringe Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss einer primären Strahlentherapie

Hintergrund

Das Versterben direkt nach einer Strahlentherapie ist ein Endpunkt, der unmittelbar Bedeutung für die Patienten hat und der dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Eigene Berechnungen im Entwicklungsprozess anhand der vorliegenden Routinedaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2016, dass von 18.878 Patienten mit der Diagnose C61 367 Patienten (1,94 %) innerhalb von 30 Tagen nach dem Abschluss einer Strahlentherapie verstarben. Daten zur Sterblichkeit beim lokal begrenzten Prostatakarzinom sind derzeit nicht verfügbar. Erste Anhaltspunkte sollen über diesen Qualitätsindikator erhoben werden.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442310
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	Sentinel Event
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Alle Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss einer primären Strahlentherapie verstorben sind Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und primärer Strahlentherapie (primäre perkutane Strahlentherapie oder interstielle Brachytherapie)
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	
--	--

442317: Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten einer Harninkontinenz nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie

Hintergrund

Das Auftreten einer Harninkontinenz nach interstitieller Brachytherapie stellt eine postinterventionelle Komplikation dar, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Literatur

Nach einer großen retrospektiven Untersuchung zum lokal begrenzten Prostatakarzinom in den USA entwickeln etwa 2 % der Patienten eine Harninkontinenz nach Brachy-Monotherapie (Mohammed et al. 2012).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442317
Bezeichnung	Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachytherapie die Diagnose einer Harninkontinenz aufweisen unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der interstitiellen Brachy-Monotherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harninkontinenz vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und interstitieller Brachy-Monotherapie unter Ausschluss von Patienten, die eine kombinierte Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) erhalten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

442318: Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie

Hintergrund

Das Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie bei Patienten ohne adjuvante hormonablativ Therapie ist eine postinterventionelle Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Literatur

In der Literatur fanden sich mitunter unterschiedliche Ergebnisse zur erektilen Dysfunktion nach interstitieller Brachytherapie. So fanden Ávila et al. (2018) in ihrem systematischen Review eher Hinweise darauf, dass die interstitielle Brachytherapie mit einer geringen Verschlechterung der erektilen Dysfunktion assoziiert ist. In einer Studie von Strouthos et al. (2018) fanden sich wiederum Hinweise darauf, dass auch nach Brachytherapie (hier HDR-Brachytherapie) eine erektile Dysfunktion eine Komplikation darstellt und Patienten unter einer anhaltenden erektilen Dysfunktion (Grad 3) leiden. Etwa 14,9 % (n = 67 von 421) berichteten in dieser Studie, dass sie nach Durchführung einer HDR-Brachytherapie unter einer anhaltenden erektilen Dysfunktion (Grad 3) leiden (Strouthos et al. 2018). In der Studie von Stone et al. (2007) wurden die langfristigen Outcomes bezüglich der erektilen Funktion nach einer Brachytherapie anhand des Mount Sinai Erectile Function Score (0 = keine Erektionsfähigkeit bis 3 = normale Erektionsfähigkeit) untersucht. Nach einer alleinigen Brachytherapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms gaben 38,5 % (n = 61) der Patienten nach durchschnittlich 7 Jahren eine anhaltende erektile Dysfunktion Grad 0 bis 1 an (Stone et al. 2007).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442318
Bezeichnung	Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie eine erektile Dysfunktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn interstitieller Brachy-Monotherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine erektile Dysfunktion vorlag sowie Patienten mit adjuvanter hormonablativer Therapie Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und interstitieller Brachy-Monotherapie unter Ausschluss von Patienten, die eine kombinierte Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) erhalten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

442319: Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie

Hintergrund

Das Auftreten einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis nach interstitieller Brachy-Monotherapie ist eine postinterventionelle Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Literatur

In einer großen retrospektiven Untersuchung zum lokal begrenzten Prostatakarzinom in den USA finden sich Hinweise, dass etwa 0,3 % der Patienten mehr als 6 Monate nach einer Brachy-Monotherapie an einer Proktitis Grad 2 und 0 % an einer Proktitis Grad 3 leiden (Mohammed et al. 2012).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	442319
Bezeichnung	Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie die Diagnose einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor Beginn der interstitiellen Brachy-Monotherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine strahlenbedingte Enteritis/Kolitis oder Proktitis vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und interstitieller Brachy-Monotherapie unter Ausschluss von Patienten, die eine kombinierte Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) erhalten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Literatur

Ávila, M; Patel, L; López, S; Cortés-Sanabria, L; Garin, O; Pont, A; et al. (2018): Patient-reported outcomes after treatment for clinically localized prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews* 66: 23-44. DOI: 10.1016/j.ctrv.2018.03.005.

Elliott, SP; Meng, MV; Elkin, EP; McAninch, JW; Duchane, J; Carroll, PR (2007): Incidence of Urethral Stricture After Primary Treatment for Prostate Cancer: Data From CaPSURE. *The Journal of Urology* 178(2): 529-534. DOI: 10.1016/j.juro.2007.03.126.

Mohammed, N; Kestin, L; Ghilezan, M; Krauss, D; Vicini, F; Brabbins, D; et al. (2012): Comparison of Acute and Late Toxicities for Three Modern High-Dose Radiation Treatment Techniques for Localized Prostate Cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 82(1): 204-212. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2010.10.009.

Stone, NN; Stock, RG (2007): Long-Term Urinary, Sexual, and Rectal Morbidity in Patients Treated with Iodine-125 Prostate Brachytherapy Followed Up for a Minimum of 5 years. *Urology* 69(2): 338-342. DOI: 10.1016/j.urology.2006.10.001.

Strouthos, I; Tselis, N; Chatzikonstantinou, G; Butt, S; Baltas, D; Bon, D; et al. (2018): High dose rate brachytherapy as monotherapy for localised prostate cancer. *Radiotherapy and Oncology* 126(2): 270-277. DOI: 10.1016/j.radonc.2017.09.038.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027 nach DeQS-RL

PCA-UROST-AS - Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten bzw. Urologinnen und Urologen – ambulant/stationär

Anhang II: Listen

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027 nach DeQS-RL

PCA-UROST-AS - Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten bzw. Urologinnen und Urologen – ambulant/stationär

Anhang III: Vorberechnungen

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027 nach DeQS-RL

PCA-UROST-AS - Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten bzw. Urologinnen und Urologen – ambulant/stationär

Anhang IV: Funktionen

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org