



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“

Indikatorenset V1.2

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 7. Dezember 2021

Impressum

Thema:

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“.
Indikatorenset V1.2

Ansprechpartnerin:

Kathrin Wehner

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

16. April 2020

Datum der Abgabe:

15. Juli 2021; ergänzte Version vom 7. Dezember 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|---|-----|
| 1 | Qualitätsindikatoren..... | 5 |
| 1.1 | Qualitätsindikator „Ambulant behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom“ | 5 |
| 1.2 | Qualitätsindikator „Stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom“ | 12 |
| 1.3 | Qualitätsindikator „Allgemeine postoperative Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie“ | 19 |
| 1.4 | Qualitätsindikator „Chirurgisch-urologische Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie“ | 35 |
| 1.5 | Qualitätsindikator „Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie“ | 56 |
| 1.6 | Qualitätsindikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie“ | 62 |
| 1.7 | Qualitätsindikator „Adjuvante hormonablative Therapie bei perkutaner Strahlentherapie bei Patienten mit hohem Risikoprofil“ | 65 |
| 1.8 | Qualitätsindikator „Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie“ .. | 71 |
| 1.9 | Qualitätsindikator „Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie“ | 78 |
| 1.10 | Qualitätsindikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie“ | 83 |
| 2 | Zusatzparameter | 88 |
| 2.1 | Zusatzparameter „Aktive Überwachung mehr als 9 Monate“ | 88 |
| 2.2 | Zusatzparameter „Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach radikaler Prostatektomie“ | 91 |
| 2.3 | Zusatzparameter „Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach nervschonender radikaler Prostatektomie“ | 97 |
| 2.4 | Zusatzparameter „Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie“ | 102 |
| 2.5 | Zusatzparameter „Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie ohne adjuvante hormonablative Therapie“ | 107 |

| | | |
|------|---|-----|
| 2.6 | Zusatzparameter „Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie“ | 112 |
| 2.7 | Zusatzparameter „Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie“ | 117 |
| 2.8 | Zusatzparameter „Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie“ | 120 |
| 2.9 | Zusatzparameter „Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie“ | 124 |
| 2.10 | Zusatzparameter „Durchführung einer psychoonkologischen Beratung im Rahmen der Erstbehandlung“ | 127 |

1 Qualitätsindikatoren

1.1 Qualitätsindikator „Ambulant behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom“

| | |
|---|--|
| Bezeichnung | Ambulant behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom |
| Qualitätsziel | Möglichst wenig ambulant behandlungsbedürftige Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| Zähler | Ambulant behandelte Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie |
| Nenner | Alle transrektalen Prostatastanzbiopsien bei Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom |
| Ausschlusskriterien des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. |
| Rationale | <p>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.</p> <p>Leitlinien</p> <p>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 Antibiotikaschutz durchgeführt werden soll, um postinterventionelle Infektionen zu reduzieren (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 46, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2021: 46, Mottet et al. 2020, Parker et al. 2015, Bonkat et al. 2020, Chehab et al. 2018).</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Literatur</p> <p>Die Ergebnisse der systematischen Reviews von Bootsma et al. (2008) und Zani et al. (2011) geben Hinweise darauf, dass durch einen Antibiotikaschutz eine signifikante Senkung der Rate an postinterventionellen Infektionen erreicht werden kann. So traten beispielsweise Bakteriurien in 14,8 % der Fälle ohne Antibiotikaschutz gegenüber 3,9 % mit Antibiotikaschutz auf, Bakteriämien 8,6 % gegenüber 2,1 %, Fieber 10,8 % gegenüber 4,0 %, Harnwegsinfekt 9,0 % gegenüber 3,3 %, Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung 3,3 % gegenüber 0,3 % (Zani et al. 2011).</p> <p>Auch eine deutsche Studie Salomon et al. (2019) (Zeitraum 2013-2015, n = 732 Patienten) bei der 1,9 % der Patienten nach Prostatastanzbiopsie trotz antibiotischer Prophylaxe mit einem Fluorchinolon Fieber, 2,2 % einen Harnwegsinfekt und 2,9 % eine Prostatitis entwickelten, geben dafür Anhalt.</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2016, dass bei Patienten mit der Diagnose C.61 bei 3,3 %¹ der Prostatastanzbiopsien innerhalb von 30 Tagen eine Prostatitis und/oder Infektion der Harnwege ambulant diagnostiziert wurde.</p> |
| verantwortlich für Indikatorergebnis | stationäre und ambulante Leistungserbringer, die die transrektale Prostatastanzbiopsie durchgeführt haben (Urologinnen und Urologen) |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |
| Indikatorberechnung | |
| Referenzbereich | risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an ambulant behandlungsbedürftigen Infektionen nach Prostatastanzbiopsie $\leq 2,0$ |
| mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ vorangehende Infektionen (Harnwegsinfektion, Prostatitis) in der Anamnese (Salomon et al. 2019) ▪ erhöhtes Prostatavolumen (Loeb et al. 2012) ▪ Diabetes mellitus (Loeb et al. 2012, Halpern et al. 2017) ▪ vorangehender stationärer Aufenthalt (Halpern et al. 2017) ▪ Charlson-Komorbiditätsindex (Loeb et al. 2011, Quan et al. 2011) ▪ Anzahl der in der Prostatastanzbiopsie entnommenen Stanzzyylinder (Nennung im Expertengremium) |

¹ Es wurde eine alters- (und geschlechts-)standardisierte Hochrechnung auf die gesamte GKV-Versichertenpopulation vorgenommen.

| | |
|--|--|
| Rechenregeln | Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise |
| Datenfelder für die Berechnung des Indikators | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant (§ § 295(a), 116b, 117 SGB V) und ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet ▪ N41.0 Akute Prostatitis ▪ N41.2 Prostataabszess ▪ N41.3 Prostatazystitis ▪ N41.8 Sonstige entzündliche Krankheiten der Prostata ▪ N41.9 Entzündliche Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet ▪ T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert ▪ N30.0 Akute Zystitis ▪ N30.8 Sonstige Zystitis inkl. Harnblasenabszess ▪ N30.9 Zystitis, nicht näher bezeichnet ▪ N10 Akute tubulointerstitielle Nephritis (inkl. Pyelonephritis) ▪ N12 abszedierende Pyelonephritis ▪ N13.6 Pyonephrose ▪ N15.10 Nierenabszess ▪ N15.11 Perinephritischer Abszess ▪ N34.0 Harnröhrenabszess ▪ N36.2 Harnröhrenkarbunkel ▪ N49.0 Entzündliche Krankheiten der Vesicula seminalis Inkl.: Vesikulitis o.n.A. ▪ N49.9 Entzündliche Krankheit eines nicht näher bezeichneten männlichen Genitalorgans Inkl.: Abszess nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan, Furunkel nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan, Karbunkel nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan, Phlegmone nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan ▪ N32.1 Vesikorektalfistel ▪ N32.2 Harnblasenfistel anderenorts nicht klassifiziert ▪ N36.0 Harnröhrenfistel (urethrorektal, urethroperineal) |

- N50.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane (u.a Uretroskrotalfistel)

Bei ambulant/ambulant am Krankenhaus durchgeführten Prostatastanzbiopsien (§ § 295(a)/§ 301 SGB V):

- alle aufgeführten Diagnosen als ambulant gesicherte Diagnosen innerhalb von 30 Tagen nach Prostatastanzbiopsie

Bei stationär/belegärztlich durchgeführten Prostatastanzbiopsien (§ 301 SGB V):

- alle aufgeführten Diagnosen als ambulant gesicherte Diagnosen innerhalb von 30 Tagen nach Prostatastanzbiopsie.

Nenner:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

stationär/ belegärztlich/ ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)

Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung:

- 1-464.0 Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen: Prostata, Stanzbiopsie
- 1-464.1 Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen: Prostata, Saugbiopsie
- 1-466.0 Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie

ambulant (§ 295(a))

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020):

- **26341** Prostatabiopsie

Ausschlüsse für Zähler:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

- Patienten, die 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie aufgrund einer Sepsis und/oder Prostatitis und/oder Infektionen der Harnwege stationär behandelt wurden (siehe Indikatordefinition „Stationär behandlungsbedürftige Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom“)

Risikofaktoren:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

- vorangehende Infektionen in der Anamnese (innerhalb von 180 Tagen)
 - N41.1 Chronische Prostatitis
- Diabetes mellitus

| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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) <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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 inclusive Lymphome, Leukämien, ausgenommen Neoplasien der Haut ▫ Moderate bis schwere Lebererkrankungen (Leberzirrhose mit portaler Hypertonie bzw. Varizenblutung in der Anamnese) ▫ Metastasierender solider Tumor ▫ AIDS/HIV <p><u>Daten der klinischen Krebsregister</u></p> <p><i>Prostata-spezifisches Modul des ADT/GEKID-Datensatzes:</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Feldbezeichnung</th> <th style="text-align: left;">Ausprägung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Datum der Stanze</td> <td>dd.mm.yyyy</td> </tr> <tr> <td>Anzahl der Stanzen</td> <td>natürliche Zahl</td> </tr> </tbody> </table> | Feldbezeichnung | Ausprägung | Datum der Stanze | dd.mm.yyyy | Anzahl der Stanzen | natürliche Zahl |
|--------------------|--|-----------------|------------|------------------|------------|--------------------|-----------------|
| Feldbezeichnung | Ausprägung | | | | | | |
| Datum der Stanze | dd.mm.yyyy | | | | | | |
| Anzahl der Stanzen | natürliche Zahl | | | | | | |

Literatur

Bonkat, G; Bartoletti, R; Bruyère, F; Cai, T; Geerlings, SE; Köves, B; et al. (2020): Urological Infections. Arnhem, NL: EAU [European Association of Urology]. URL: <https://uroweb.org/guideline/urological-infections/> (abgerufen am: 11.05.2020).

- Bootsma, AM; 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.eururo.2008.03.033.
- Chehab, MA; Thakor, AS; Tulin-Silver, S; Connolly, BL; Cahill, AM; Ward, TJ; et al. (2018): Adult and Pediatric Antibiotic Prophylaxis during Vascular and IR Procedures: A Society of Interventional Radiology Practice Parameter Update Endorsed by the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe and the Canadian Association for Interventional Radiology. *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 29(11): 1483-1501. DOI: 10.1016/j.jvir.2018.06.007.
- Halpern, JA; Sedrakyan, A; Dinerman, B; Hsu, W-C; Mao, J; Hu, JC (2017): Indications, Utilization and Complications Following Prostate Biopsy: New York State Analysis. *The Journal of Urology* 197(4): 1020-1025. DOI: 10.1016/j.juro.2016.11.081.
- Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2019): AWMF-Registernummer 043-022OL. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms [Langversion]. Version 5.1. [Stand:] Mai 2019. Berlin [u. a.]: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2019-06.pdf (abgerufen am: 29.04.2020).
- Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2021): AWMF-Registernummer 043-022OL. S3-Leitlinie: Prostatakarzinom [Langversion]. Version 6.0. [Stand:] Mai 2021. Berlin [u. a.]: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2021-05.pdf (abgerufen am: 21.05.2021).
- 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.
- Mottet, N; Cornford, P; van den Bergh, RCN; Briers, E; De Santis, M; Fanti, S; et al. (2020): Prostate Cancer. Arnhem, NL: EAU [European Association of Urology]. URL: <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/> (abgerufen am: 29.04.2020).
- Parker, C; Gillissen, S; Heidenreich, A; Horwich, A (2015): Cancer of the prostate: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 26(Supplement 5): v69–v77. DOI: 10.1093/annonc/mdv222.

- Quan, H; Li, B; Couris, CM; Fushimi, K; Graham, P; Hider, P; et al. (2011): Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries. *American Journal of Epidemiology* 173(6): 676-682. DOI: 10.1093/aje/kwq433.
- 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 Jr, N (2011): Antibiotic prophylaxis for transrectal prostate biopsy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5): Art. No.: CD006576. DOI: 10.1002/14651858.CD006576.pub2.

1.2 Qualitätsindikator „Stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom“

| | |
|---|--|
| Bezeichnung | Stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom |
| Qualitätsziel | Möglichst wenig stationär behandlungsbedürftige Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 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 |
| Ausschlusskriterien des Indikators | - |
| Rationale | <p>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.</p> <p>Leitlinien</p> <p>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 Antibiotikaschutz durchgeführt werden soll, um postinterventionelle Infektionen zu reduzieren (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 46, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2021: 46, Mottet et al. 2020, Parker et al. 2015, Bonkat et al. 2020, Chehab et al. 2018).</p> <p>Literatur</p> <p>Die Ergebnisse der systematischen Reviews von Bootsma et al. (2008) und Zani et al. (2011) geben Hinweise darauf, dass durch einen Antibiotikaschutz eine signifikante Senkung der Rate an postinterventionellen Infektionen erreicht werden kann.. So traten beispielsweise Bakteriurien in 14,8 % der Fälle ohne Antibiotikaschutz gegenüber 3,9 % mit Antibiotikaschutz auf, Bakteriämien 8,6 % gegenüber 2,1 %, Fieber 10,8 % gegenüber 4,0 %, Harnwegsinfekt</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>9,0 % gegenüber 3,3 %, Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung 3,3 % gegenüber 0,3 % (Zani et al. 2011).</p> <p>Auch eine deutsche Beobachtungsstudie Salomon et al. (2019) (Zeitraum 2013-2015, n = 732 Patienten), bei der 1,9 % der Patienten nach Prostatastanzbiopsie trotz antibiotischer Prophylaxe mit einem Fluorchinolon Fieber, 2,2 % einen Harnwegsinfekt und 2,9 % eine Prostatitis entwickelten, geben dafür Anhalt. 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).</p> <p>Ebenso deuten die Ergebnisse einer Studie von Loeb et al. (2012), in der Daten der <i>European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (Rotterdam section)</i> 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) in 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, 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 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 Nierenkrankheit, Harnwegsinfektion, Prostatitis, Sepsis, Zystitis, Endokarditis, Hypotension, Bakteriämie, postoperative Infektion (Loeb et al. 2011).</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2016, dass bei Patienten mit der Diagnose C.61 bei 1,2 %² der Prostatastanzbiopsien innerhalb von 30 Tagen eine Sepsis, Prostatitis und/oder Infektion der Harnwege diagnostiziert und stationär behandelt wurden.</p> |
| <p>verantwortlich für Indikatorenergebnis</p> | <p>stationäre und ambulante Leistungserbringer, die die transrektale Prostatastanzbiopsie durchgeführt haben (Urologinnen und Urologen)</p> |
| <p>Erhebungsinstrument</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| <p>Anmerkungen</p> | <p>-</p> |

² Es wurde eine alters- (und geschlechts-)standardisierte Hochrechnung auf die gesamte GKV-Versichertenpopulation vorgenommen.

| Indikatorberechnung | |
|--|--|
| Referenzbereich | risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an stationär behandlungsbedürftigen Infektionen nach Prostatastanzbiopsie $\leq 2,0$ |
| mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ vorangehende Infektionen (Harnwegsinfektion, Prostatitis) in der Anamnese (Salomon et al. 2019) ▪ erhöhtes Prostatavolumen (Loeb et al. 2012) ▪ Diabetes mellitus (Loeb et al. 2012, Halpern et al. 2017) ▪ vorangehender stationärer Aufenthalt (Halpern et al. 2017) ▪ Charlson-Komorbiditätsindex (Loeb et al. 2011, Quan et al. 2011) ▪ Anzahl der in der Prostatastanzbiopsie entnommenen Stanzzyylinder (Nennung im Expertengremium) |
| Rechenregeln | <p>Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.</p> <p>Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise</p> |
| Datenfelder für die Berechnung des Indikators | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N41.0 Akute Prostatitis ▪ N41.2 Prostataabszess ▪ N41.3 Prostatazystitis ▪ N41.8 Sonstige entzündliche Krankheiten der Prostata ▪ N41.9 Entzündliche Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet ▪ T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert ▪ N30.0 Akute Zystitis ▪ N30.8 Sonstige Zystitis inkl. Harnblasenabszess ▪ N30.9 Zystitis, nicht näher bezeichnet ▪ N13.6 Pyonephrose ▪ N49.0 Entzündliche Krankheiten der Vesicula seminalis Inkl.: Vesikulitis o.n.A. ▪ N49.9 Entzündliche Krankheit eines nicht näher bezeichneten männlichen Genitalorgan Inkl.: Abszess nicht näher bezeichnetes männliches Genitalor- |

| | |
|--|---|
| | <p>gan, Furunkel nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan, Karbunkel nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan, Phlegmone nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N32.2 Harnblasenfistel anderenorts nicht klassifiziert ▪ N50.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane (u.a Uretroskrotalfistel) ▪ A41.0 Sepsis durch Staphylococcus aureus ▪ A41.1 Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken ▪ A41.2 Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken ▪ A41.4 Sepsis durch Anaerobier ▪ A41.5- Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger ▪ A41.51 Escherichia coli [E. coli] ▪ A41.52 Pseudomonas ▪ A41.58 Sonstige gramnegative Erreger ▪ A41.8 Sonstige näher bezeichnete Sepsis ▪ A41.9 Sepsis, nicht näher bezeichnet ▪ A40.0 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A ▪ A40.8 Sonstige Sepsis durch Streptokokken ▪ A40.9 Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet <p>Bei ambulant/ambulant am Krankenhaus durchgeführten Prostatastanzbiopsien (§ 295(a)/§ 301 SGB V):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle genannten Diagnosen bei stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff (Prostatastanzbiopsie) als Hauptdiagnose <p>Bei stationär/belegärztlich durchgeführten Prostatastanzbiopsien (§ 301 SGB V):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle im Indexaufenthalt aufgeführten Diagnosen als Nebendiagnose innerhalb von 30 Tagen nach Indexeingriff (Prostatastanzbiopsie) inklusive T81.4 ▪ alle genannten Diagnosen bei stationärer Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff (Prostatastanzbiopsie) als Hauptdiagnose <p>Nenner: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär/ belegärztlich/ ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-464.0 Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen: Prostata, Stanzbiopsie |
|--|---|

- 1-464.1 Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen: Prostata, Saugbiopsie
- 1-466.0 Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie *ambulant (§ 295(a))*

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020):

- **26341** Prostatabiopsie

Risikofaktoren:

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

| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Moderate bis schwere Lebererkrankungen (Leberzirrhose mit portaler Hypertonie bzw. Varizenblutung in der Anamnese) ▫ Metastasierender solider Tumor ▫ AIDS/HIV <p><u>Daten der klinischen Krebsregister</u></p> <p><i>Prostataspezifisches Modul des ADT/GEKID-Datensatzes:</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Feldbezeichnung</th> <th>Ausprägung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Datum der Stanze</td> <td>dd.mm.yyyy</td> </tr> <tr> <td>Anzahl der Stanzen</td> <td>natürliche Zahl</td> </tr> </tbody> </table> | Feldbezeichnung | Ausprägung | Datum der Stanze | dd.mm.yyyy | Anzahl der Stanzen | natürliche Zahl |
|--------------------|--|-----------------|------------|------------------|------------|--------------------|-----------------|
| Feldbezeichnung | Ausprägung | | | | | | |
| Datum der Stanze | dd.mm.yyyy | | | | | | |
| Anzahl der Stanzen | natürliche Zahl | | | | | | |

Literatur

- Bonkat, G; Bartoletti, R; Bruyère, F; Cai, T; Geerlings, SE; Köves, B; et al. (2020): Urological Infections. Arnhem, NL: EAU [European Association of Urology]. URL: <https://uroweb.org/guideline/urological-infections/> (abgerufen am: 11.05.2020).
- Bootsma, AM; 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.eururo.2008.03.033.
- Chehab, MA; Thakor, AS; Tulin-Silver, S; Connolly, BL; Cahill, AM; Ward, TJ; et al. (2018): Adult and Pediatric Antibiotic Prophylaxis during Vascular and IR Procedures: A Society of Interventional Radiology Practice Parameter Update Endorsed by the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe and the Canadian Association for Interventional Radiology. *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 29(11): 1483-1501. DOI: 10.1016/j.jvir.2018.06.007.
- Halpern, JA; Sedrakyan, A; Dinerman, B; Hsu, W-C; Mao, J; Hu, JC (2017): Indications, Utilization and Complications Following Prostate Biopsy: New York State Analysis. *The Journal of Urology* 197(4): 1020-1025. DOI: 10.1016/j.juro.2016.11.081.
- Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2019): AWMF-Registernummer 043-022OL. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms [Langversion]. Version 5.1. [Stand:] Mai 2019. Berlin [u. a.]: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2019-06.pdf (abgerufen am: 29.04.2020).
- Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2021): AWMF-Registernummer 043-022OL. S3-Leitlinie: Prostatakarzinom [Langversion]. Version 6.0. [Stand:] Mai 2021. Berlin [u. a.]: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2021-05.pdf (abgerufen am: 21.05.2021).

- 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.
- Mottet, N; Cornford, P; van den Bergh, RCN; Briers, E; De Santis, M; Fanti, S; et al. (2020): Prostate Cancer. Arnhem, NL: EAU [European Association of Urology]. URL: <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/> (abgerufen am: 29.04.2020).
- Parker, C; Gillissen, S; Heidenreich, A; Horwich, A (2015): Cancer of the prostate: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 26(Supplement 5): v69–v77. DOI: 10.1093/annonc/mdv222.
- Quan, H; Li, B; Couris, CM; Fushimi, K; Graham, P; Hider, P; et al. (2011): Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries. *American Journal of Epidemiology* 173(6): 676-682. DOI: 10.1093/aje/kwq433.
- 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 Jr, N (2011): Antibiotic prophylaxis for transrectal prostate biopsy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5): Art. No.: CD006576. DOI: 10.1002/14651858.CD006576.pub2.

1.3 Qualitätsindikator „Allgemeine postoperative Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie“

| | |
|---|--|
| Bezeichnung | Allgemeine postoperative Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie |
| Qualitätsziel | Möglichst selten allgemeine postoperative Komplikationen nach radikaler Prostatektomie. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 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 |
| Ausschlusskriterien des Indikators | - |
| Rationale | <p>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.</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Literatur</p> <p>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.</p> <p>Allgemeine postoperative Komplikationen sind</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tiefe Venenthrombose, ▪ Lungenembolie, ▪ Pneumonie, ▪ Lungenödem/Linksherzinsuffizienz, ▪ Myokardinfarkt ▪ Delir ▪ Schlaganfall ▪ Ileus |

| | |
|--|--|
| | <p>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 %.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> |
| verantwortlich für Indikatoregebnis | stationäre Leistungserbringer, die die radikale Prostatektomie durchgeführt haben |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |
| Indikatorberechnung | |
| Referenzbereich | risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen nach radikaler Prostatektomie $\leq 2,0$ |
| mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Body-Mass-Index (Cheng et al. 2014, Löppenberget al. 2010) ▪ Diabetes mellitus (Cheng et al. 2014) ▪ Einsatz neoadjuvanter Hormontherapie (Cheng et al. 2014) ▪ Alter (Löppenberget al. 2010) ▪ größeres Prostatavolumen (Löppenberget al. 2010) ▪ Lymphadenektomie (Löppenberget al. 2010) ▪ Art der Operationstechnik (Laird et al. 2015) ▪ Voroperationen im Abdominal- und Beckenbereich (Nennung im Expertengremium) |

| | |
|--|--|
| Rechenregeln | Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise |
| Datenfelder für die Berechnung des Indikators | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V) / ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021) oder Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfungen), die innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie noch während des Indexaufenthaltes als Nebendiagnose (§ 301 SGB V, ND), ambulant nach Entlassung (§ 295 SGB V) oder bei stationärer Wiederaufnahme als Hauptdiagnose (§ 301 SGB V, HD) erfasst werden: siehe Liste „Allgemeine postoperative Komplikationen“.</p> <p>Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär/belegärztlich (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) Radikale Prostatovesikulektomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 5-604.- Retropubisch <ul style="list-style-type: none"> ▫ .01 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .02 Mit regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .11 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .12 Mit regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Perineal <ul style="list-style-type: none"> ▫ .21 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .22 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Perineal, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .31 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .32 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Laparoskopisch <ul style="list-style-type: none"> ▫ .41 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .42 Mit regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .51 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .52 Mit regionaler Lymphadenektomie |

| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5.604.x Sonstige ▪ 5-604.y N.n.bez. <p>Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anwendung eines OP-Roboters <ul style="list-style-type: none"> ▫ 5-987.0 Komplexer OP-Roboter ▫ 5-987.1 Roboterarm <p>Risikofaktoren:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter (Geburtsdatum) ▪ Diabetes mellitus <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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 (entsprechende OPS-Kodes siehe Liste „Voroperationen im Abdominal- und Beckenbereich“) <p><u>Daten der klinischen Krebsregister</u></p> <p><i>ADT/GEKID-Basisdatensatz:</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Feldbezeichnung</th> <th style="text-align: left;">Ausprägung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Art der systemischen oder abwartenden Therapie</td> <td>HO = Hormontherapie</td> </tr> <tr> <td>Systemische Therapie Beginn</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Systemische Therapie Ende</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> </tbody> </table> | Feldbezeichnung | Ausprägung | Art der systemischen oder abwartenden Therapie | HO = Hormontherapie | Systemische Therapie Beginn | TT.MM.JJJJ | Systemische Therapie Ende | TT.MM.JJJJ |
|--|--|-----------------|------------|--|---------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|------------|
| Feldbezeichnung | Ausprägung | | | | | | | | |
| Art der systemischen oder abwartenden Therapie | HO = Hormontherapie | | | | | | | | |
| Systemische Therapie Beginn | TT.MM.JJJJ | | | | | | | | |
| Systemische Therapie Ende | TT.MM.JJJJ | | | | | | | | |

Literatur

- Cheng, WM; Lin, TP; Lin, CC; Huang, EY; Chung, HJ; Kuo, JY; 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.
- 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.
- Johnson, I; Ottosson, F; Diep, LM; Berg, RE; Hoff, JR; 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.
- 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.
- Löppenber, 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.
- 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.
- Wallerstedt Lantz, A; Stranne, J; Tyrizis, 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.

Liste „Allgemeine postoperative Komplikationen“

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|---------------|--|
| Gastrointestinale Komplikationen | | |
| | K56.0 | Paralytischer Ileus |
| Thromboembolische Ereignisse | | |
| Tiefe Venenthrombose | I80.1 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis |
| | I80.20 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen |
| | I80.28 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten, Inkl.: Tiefe Venenthrombose o.n.A. |
| | I80.3 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet, Inkl.: Embolie und Thrombose von Gefäßen der unteren Extremität o.n.A. |
| Lungenembolie | I26.0 | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| | I26.9 | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| Pneumonie | | |
| | J13 | Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae |
| | J14 | Pneumonie durch Haemophilus influenzae |
| | J15.0 | Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae |
| | J15.1 | Pneumonie durch Pseudomonas |
| | J15.2 | Pneumonie durch Staphylokokken |

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|-----------|---------------|--|
| | J15.3 | Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B |
| | J15.4 | Pneumonie durch sonstige Streptokokken |
| | J15.5 | Pneumonie durch Escherichia coli |
| | J15.6 | Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien |
| | J15.7 | Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae |
| | J15.8 | Sonstige bakterielle Pneumonie |
| | J.15.9 | Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| | J.16.0 | Pneumonie durch Chlamydien |
| | J.16.8 | Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger |
| | J18.0 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet |
| | J18.1 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet |
| | J18.2 | Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| | J18.8 | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| | J18.9 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| | J69.0 | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes |

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|---------------|---|
| Kardiovaskuläre-pulmonale Komplikationen | | |
| Lungenödem/Linksherzinsuffizienz | I50.14 | Linksherzinsuffizienz, NYHA IV Lungenödem |
| Myokardinfarkt | I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand |
| | I21.1 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand |
| | I21.2 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen |
| | I21.3 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| | I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt |
| | I21.9 | Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet |
| Schlaganfall | I61.0 | Intrazerebrale Blutung in der Großhirnhemisphäre, subkortikal |
| | I61.1 | Intrazerebrale Blutung in der Großhirnhemisphäre, kortikal |
| | I61.2 | Intrazerebrale Blutung in der Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet |
| | I61.3 | Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm |
| | I61.4 | Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn |
| | I61.5 | Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung |
| | I61.6 | Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen |
| | I61.8 | Sonstige intrazerebrale Blutung |
| | I61.9 | Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet |

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|--|---------------|---|
| | I63.0 | Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien |
| | I63.1 | Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien |
| | I63.2 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien |
| | I63.3 | Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien |
| | I63.4 | Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien |
| | I63.5 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien |
| | I63.6 | Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig |
| | I63.8 | Sonstiger Hirnfarkt |
| | I63.9 | Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet |
| | I64 | Schlaganfall , nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet |
| Delir | | |
| Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt | F05.8 | Sonstige Formen des Delirs Inkl.: Delir mit gemischter Ätiologie Postoperatives Delir |

Liste „Voroperationen im Abdominal- und Beckenbereich“

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|----------|--|
| TUR-P (enthält auch die Adenomektomie respektive Adenomenukleation der Prostata) | 5-601.- | Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe |
| Voroperierte Prostata (enthält auch die Adenomektomie respektive Adenomenukleation der Prostata) | 5-602.- | Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe |
| | 5-603.- | Exzision und Destruktion von Prostatagewebe |
| Verschiedene intraabdominelle Eingriffe | 5-453.- | Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z. B. bei zweizeitigen plastischen Operationen) |
| | 5-454.- | Resektion des Dünndarmes |
| | 5-461.- | Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff |
| | 5-465.- | Rückverlagerung eines doppeläufigen Enterostomas |
| | 5-466.- | Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata |
| | 5-467.- | Andere Rekonstruktion des Darmes |
| | 5-469.0 | Andere Operationen am Darm: Dekompression |
| | 5-469.1 | Andere Operationen am Darm: Bridenlösung |
| | 5-469.2 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse |
| | 5-469.3 | Andere Operationen am Darm: Dünndarmfaltung (Jejunoplikatio nach Noble) (OP nach Philipps-Child) |
| | 5-469.4 | Andere Operationen am Darm: Myotomie (quere Einkerbung der freien Tānie des Dickdarmes) |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|--|---|---|
| | 5-469.5 | Andere Operationen am Darm: Fixation des Dünndarmes an der rechten Bauchwandseite und des Dickdarmes an der linken Bauchwandseite |
| | 5-469.6 | Andere Operationen am Darm: Durchtrennung der Laddschen Bänder |
| | 5-469.7 | Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus |
| | 5-469.8 | Andere Operationen am Darm: Umstechung eines Ulkus |
| Partielle Resektion des Dickdarms | 5-455.- | Partielle Resektion des Dickdarms |
| Rektumresektion | 5-484.- | Rektumresektion unter Sphinktererhaltung |
| | 5-485.- | Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung |
| | 5-456.1 | Proktokolektomie |
| Gefäßinterponat | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen | |
| | 5-393.33 | Aortoiliakal |
| | 5-393.35 | Aortoiliofemoral |
| | 5-393.36 | Aortofemoral |
| | 5-393.38 | Aortopopliteal |
| | 5-393.41 | Ilioiliakal |
| | 5-393.42 | Iliofemoral |
| | 5-393.43 | Ilieopopliteal n.n.bez. |
| | 5-393.44 | Iliopopliteal oberhalb des Kniegelenks |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|-----------|---|---|
| | 5-393.45 | Iliopopliteal unterhalb des Kniegelenks |
| | 5-393.46 | Iliocrural |
| | 5-393.51 | Femorofemoral |
| | 5-393.57 | Femorofemoral, extraanatomisch |
| | Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta | |
| | 5-384.x3 | Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biiliakal |
| | 5-384.x4 | Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biiliakal bei Aneurysma |
| | 5-384.x5 | Sonstige: Mit Bifurkationsprothese bifemoral |
| | 5-384.x6 | Sonstige: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma |
| | Patchplastik an Blutgefäßen | |
| | 5-395.52 | Patchplastik an Blutgefäßen: A. iliaca n. n. bez. |
| | 5-395.53 | Patchplastik an Blutgefäßen: A. iliaca communis |
| | 5-395.54 | Patchplastik an Blutgefäßen: A. iliaca externa |
| | 5-395.55 | Patchplastik an Blutgefäßen: A. iliaca interna |
| | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen | |
| | 5-383.98 | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: V. iliaca communis |
| | 5-383.99 | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: V. iliaca externa |
| | 5-383.9a | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: V. iliaca interna |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|----------|---|
| | | Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung |
| | 5-382.53 | Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: A. iliaca communis |
| | 5-382.54 | Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: A. iliaca externa |
| | 5-382.55 | Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: A. iliaca interna |
| | | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen |
| | 5-380.52 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: A. iliaca n. n. bez. |
| | 5-380.53 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: A. iliaca communis |
| | 5-380.54 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: A. iliaca externa |
| | 5-380.55 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: A. iliaca interna |
| Zustand nach Bestrahlung des Rektums | | Kombination aus den konsentierten Bestrahlungskodes (OPS und/oder GOP) UND ICD, bei denen eine Rektumbestrahlung denkbar wäre, z. B. |
| | C19 | Bösartige Neubildung am Übergang Rektosigmoid |
| | C20 | Bösartige Neubildung des Rektums |
| Eingriffe an Harnblase und -leiter | 5-561.- | Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums |
| | 5-562.- | Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung |
| | 5-563.- | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie |
| | 5-564.- | Kutane Harnableitung durch Ureterokutaneostomie (nicht kontinentes Stoma) |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|--|----------|---|
| | 5-565.- | Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma) |
| | 5-566.- | Kutane Harnableitung mit Darmreservoir (kontinentes Stoma) |
| | 5-567.- | Interne Harnableitung über den Darm |
| | 5-568.- | Rekonstruktion des Ureters |
| | 5-569.- | Andere Operationen am Ureter |
| | 5-572.2 | Vesikokutaneostomie mit nicht kontinentem Stoma |
| | 5-572.3 | Vesikokutaneostomie mit kontinentem Stoma |
| | 5-572.4 | Zystostomie- Revision |
| | 5-574.- | Offen chirurgische und laparoskopische Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase |
| | 5-575.- | Partielle Harnblasenresektion |
| | 5-576.- | Zystektomie |
| | 5-577.- | Ersatz der Harnblase |
| | 5-578.- | Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase |
| | 5-590.- | Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe |
| | 5-591.- | Inzision und Exzision von perivesikalem Gewebe |
| Operationen einer Leistenhernie | 5-530.31 | Verschluss einer Hernia inguinalis Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material Laparoskopisch transperitoneal [TAPP] |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|-----------|----------|--|
| | 5-530.32 | Verschluss einer Hernia inguinalis Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Endoskopisch total extraperitoneal [TEP] |
| | 5-530.34 | Verschluss einer Hernia inguinalis Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior) Inkl.: Operation nach Gilbert oder Pellissier, Sublay-Technik, TIPP, Plug-Verfahren |
| | 5-530.3x | Verschluss einer Hernia inguinalis Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Sonstige |
| | 5-530.4 | Verschluss einer Hernia inguinalis Offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie |
| | 5-530.5 | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss Inkl.: Operation nach Lotheissen/McVay oder Desarda |
| | 5-530.71 | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Laparoskopisch transperitoneal [TAPP] |
| | 5-530.72 | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Endoskopisch total extraperitoneal [TEP] |
| | 5-530.74 | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior) |
| | 5-530.7x | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Sonstige |
| | 5-530.8 | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|------------------------------|----------|---|
| | 5-530.90 | Verschluss einer Hernia inguinalis Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion |
| | 5-537.- | Verschluss kongenitaler Bauchwanddefekte (Omphalozele, Laparoschisis) |
| Nierentransplantation | 5-555.- | Nierentransplantation |

1.4 Qualitätsindikator „Chirurgisch-urologische Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie“

| Bezeichnung | Chirurgisch-urologische Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie |
|---|---|
| Qualitätsziel | Möglichst selten chirurgisch-urologische Komplikationen nach radikaler Prostatektomie. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| Zähler | Alle chirurgisch-urologischen Komplikationen die innerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie |
| Ausschlusskriterien des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausschluss von Patienten, bei denen bereits im Quartal vor der radikalen Prostatektomie folgende Diagnosen vorlagen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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) |
| Rationale | <p>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.</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Literatur</p> <p>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.</p> |

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 (Löppenberget 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,

| | |
|--|--|
| | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 die 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.</p> |
| verantwortlich für Indikatoreergebnis | stationäre Leistungserbringer, die die radikale Prostatektomie durchgeführt haben |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |
| Indikatorberechnung | |
| Referenzbereich | risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an chirurgisch-urologischen Komplikationen nach radikaler Prostatektomie $\leq 2,0$ |
| mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Body-Mass-Index (Cheng et al. 2014, Löppenberget al. 2010) ▪ Diabetes mellitus (Cheng et al. 2014) ▪ Einsatz neoadjuvanter Hormontherapie (Cheng et al. 2014) ▪ Alter (Löppenberget al. 2010) ▪ größeres Prostatavolumen (Löppenberget al. 2010) ▪ Lymphadenektomie (Löppenberget al. 2010) ▪ Art der Operationstechnik (Laird et al. 2015) ▪ Voroperationen im Abdominal- und Beckenbereich (Nennung im Expertengremium) |
| Rechenregeln | <p>Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.</p> <p>Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise</p> |

Datenfelder für die Berechnung des Indikators

Zähler:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V) /ambulant (§ 295(a) SGB V)

Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021) oder **Prozeduren** (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021), die innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie noch während des Indexaufenthaltes als Nebendiagnose (§ 301 SGB V, ND), ambulant nach Entlassung (§ 295 SGB V) oder bei stationärer Wiederaufnahme als Hauptdiagnose (§ 301 SGB V, HD) erfasst werden: siehe Liste „Chirurgisch-urologische Komplikationen“

Nenner:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

stationär/belegärztlich (§ 301 SGB V)

Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung)

Radikale Prostatovesikulektomie

- 5-604.- Retropubisch
 - .01 Ohne regionale Lymphadenektomie
 - .02 Mit regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.- Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend
 - .11 Ohne regionale Lymphadenektomie
 - .12 Mit regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.- Perineal
 - .21 Ohne regionale Lymphadenektomie
 - .22 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.- Perineal, gefäß- und nervenerhaltend
 - .31 Ohne regionale Lymphadenektomie
 - .32 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.- Laparoskopisch
 - .41 Ohne regionale Lymphadenektomie
 - .42 Mit regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.- Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend
 - .51 Ohne regionale Lymphadenektomie
 - .52 Mit regionaler Lymphadenektomie
- 5.604.x Sonstige
- 5-604.y N.n.bez.

| | |
|--|---|
| | <p>Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anwendung eines OP-Roboters <ul style="list-style-type: none"> ▫ 5-987.0 Komplexer OP-Roboter ▫ 5-987.1 Roboterarm <p>Ausschlüsse für den Zähler: <i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> <p>jeweils 90 Tage (Quartal) vor Beginn einer radikalen Prostatektomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vesikorektalfistel (N32.1), Harnblasenfistel (N32.2), Harnröhrenfistel (N36.0) ▪ sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane (u. a. Urethroskrotalfistel, Striktur, Chylozele, Atrophie, Hypertrophie, Ödem, Ulkus) (N50.8) ▪ Analfistel (K60.3), Rektalfistel (K60.4), Anorektalfistel (K60.5) ▪ Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II (I89.01) bzw. Stadium III (I89.02) ▪ Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II Inkl.: Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich (I89.04) bzw. Stadium III (I89.05) ▪ Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert Inkl.: Latenzstadium des Lymphödems (I89.08), Lymphödem, nicht näher bezeichnet (inkl. Lymphozele) (I89.09) <p>Risikofaktoren:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter (Geburtsdatum) ▪ Diabetes mellitus <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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 (entsprechende OPS-Kodes siehe Liste „Voroperationen im Abdominal- und Beckenbereich“) |
|--|---|

| Daten der klinischen Krebsregister | |
|--|---------------------|
| ADT/GEKID-Basisdatensatz: | |
| Feldbezeichnung | Ausprägung |
| Art der systemischen oder abwartenden Therapie | HO = Hormontherapie |
| Systemische Therapie Beginn | TT.MM.JJJJ |
| Systemisch Therapie Ende | TT.MM.JJJJ |

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.
- Cheng, WM; Lin, TP; Lin, CC; Huang, EY; Chung, HJ; Kuo, JY; 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.
- 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.
- Johnson, I; Ottosson, F; Diep, LM; Berg, RE; Hoff, JR; 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.
- 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.
- Löppenber, 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.
- 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.

Wallerstedt Lantz, A; Stranne, J; Tyrirtis, 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.

Liste „Chirurgisch-urologische Komplikationen“

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|--|--|
| Behandlungsbedürftige akute Blutungsanämie/ hypovolämischer Schock infolge eines Eingriffs | | |
| | D62 | Akute Blutungsanämie; Inkl.: Anämie nach intra- und postoperativer Blutung |
| | R57.1 | Hypovolämischer Schock |
| Transfusion von Erythrozytenkonzentrat (als ODER Verknüpfung zu D62) | 8-800.c0 | Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| | 8-800.c1 | Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE |
| | 8-800.c2 | Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE |
| | 8-800.c3 | Erythrozytenkonzentrat: 16 TE bis unter 24 TE |
| | 8-800.c4 | Erythrozytenkonzentrat: 24 TE bis unter 32 TE |
| | 8-800.c5 | Erythrozytenkonzentrat: 32 TE bis unter 40 TE |
| | 8-800.c6 | Erythrozytenkonzentrat: 40 TE bis unter 48 TE |
| | 8-800.c7 | Erythrozytenkonzentrat: 48 TE bis unter 56 TE |
| | 8-800.c8 | Erythrozytenkonzentrat: 56 TE bis unter 64 TE |
| | 8-800.c9 | Erythrozytenkonzentrat: 64 TE bis unter 72 TE |
| | 8-800.ca | Erythrozytenkonzentrat: 72 TE bis unter 80 TE |
| | 8-800.cb | Erythrozytenkonzentrat: 80 TE bis unter 88 TE |
| 8-800.cc | Erythrozytenkonzentrat: 88 TE bis unter 104 TE | |

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|---------------|---|
| Behandlungsbedürftige akute Blutungsanämie/ hypovolämischer Schock infolge eines Eingriffs | | |
| | 8-800.cd | Erythrozytenkonzentrat: 104 TE bis unter 120 TE |
| | 8-800.ce | Erythrozytenkonzentrat: 120 TE bis unter 136 TE |
| | 8-800.cf | Erythrozytenkonzentrat: 136 TE bis unter 152 TE |
| | 8-800.cg | Erythrozytenkonzentrat: 152 TE bis unter 168 TE |
| | 8-800.ch | Erythrozytenkonzentrat: 168 TE bis unter 184 TE |
| | 8-800.cj | Erythrozytenkonzentrat: 184 TE bis unter 200 TE |
| | 8-800.ck | Erythrozytenkonzentrat: 200 TE bis unter 216 TE |
| | 8-800.cm | Erythrozytenkonzentrat: 216 TE bis unter 232 TE |
| | 8-800.cn | Erythrozytenkonzentrat: 232 TE bis unter 248 TE |
| | 8-800.cp | Erythrozytenkonzentrat: 248 TE bis unter 264 TE |
| | 8-800.cq | Erythrozytenkonzentrat: 264 TE bis unter 280 TE |
| | 8-800.cr | Erythrozytenkonzentrat: 280 TE oder mehr |

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|---|---|
| Behandlungsbedürftige akute Blutungsanämie/ hypovolämischer Schock infolge eines Eingriffs | | |
| Verletzung von Organen | | |
| Verletzung des Dünndarmes | S36.40 | Verletzungen von intraabdominalen Organen, Dünndarm, Teil nicht näher bezeichnet |
| | S36.49 | Verletzungen von intraabdominalen Organen, Sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes |
| Verletzung des Dickdarmes | S36.50 | Verletzungen von intraabdominalen Organen, Dickdarm, Teil nicht näher bezeichnet |
| | S36.51 | Verletzungen von intraabdominalen Organen, Colon ascendens |
| | S36.54 | Verletzungen von intraabdominalen Organen, Colon sigmoideum |
| | S36.59 | Verletzungen von intraabdominalen Organen, Sonstige und mehrere Teile des Dickdarmes |
| Verletzung des Rektums | S36.6 | Verletzung des Rektums |
| Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane | S37.1 | Verletzung des Harnleiters |
| | S37.20 | Verletzung der Harnblase, nicht näher bezeichnet |
| | S37.28 | Sonstige Verletzungen der Harnblase |
| | S37.30 | Verletzung der Harnröhre, nicht näher bezeichnet |
| | S37.31 | Verletzung der Harnröhre, Pars membranacea |
| | S37.32 | Verletzung der Harnröhre, Pars spongiosa |
| | S37.38 | Verletzung der Harnröhre, Sonstige Teile |
| S37.88 | Verletzung sonstiger Harnorgane und Beckenorgane, Sonstige Beckenorgane | |

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|---------------|--|
| Behandlungsbedürftige akute Blutungsanämie/ hypovolämischer Schock infolge eines Eingriffs | | |
| | S37.9 | Verletzung sonstiger Harnorgane und Beckenorgane, Verletzung eines nicht näher bezeichneten Harnorgans oder Beckenorgans |
| Verletzung von Gefäßen | | |
| | S35.5 | Verletzung von Blutgefäßen der Iliakalregion |
| | S35.7 | Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| | S35.9 | Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| Verletzung von Nerven | | |
| | S34.4 | Verletzung des Plexus lumbosacralis |
| | S34.5 | Verletzung sympathischer Nerven der Lendenwirbel-, Kreuzbein- und Beckenregion Inkl.: Ganglia coeliaca oder Plexus coeliacus, Nn. Splanchnici, Plexus hypogastricus, Plexus mesentericus (inferior) (superior) |
| | S34.6 | Verletzung eines oder mehrerer peripherer Nerven des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| | S34.8 | Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| Verletzungen der Weichteile und Fisteln, Wunddehiszenz | | |
| | S31.0 | Offene Wunde der Lumbosakralgegend und des Beckens Inkl.: Beckenboden, Gesäß, Perineum, Sakralgegend |
| | N32.1 | Vesikorektalfistel |
| | N32.2 | Harnblasenfistel anderenorts nicht klassifiziert |

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|---------------|---|
| Behandlungsbedürftige akute Blutungsanämie/ hypovolämischer Schock infolge eines Eingriffs | | |
| | N36.0 | Harnröhrenfistel (urethrorektal, urethroperineal) |
| | N50.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane (Uretroskrotalfistel, Striktur), Chylozele, Athropie, Hyperthrophie, Ödem, Ulkus) |
| | K60.3 | Analfistel |
| | K60.4 | Rektalfistel |
| | K60.5 | Anorektalfistel, |
| Komplikationen des Lymphsystems betreffend | | |
| | I89.01 | Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II |
| | I89.02 | Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III |
| | I89.04 | Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II Inkl.: Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich |
| | I89.05 | Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III Inkl.: Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich |
| | I89.08 | Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert Inkl.: Latenzstadium des Lymphödems |
| | I89.09 | Lymphödem, nicht näher bezeichnet (inkl. Lymphozele) |
| Infektionen | | |
| | L03.3 | Phlegmone am Rumpf Inkl.: Bauchdecke, Brustwand, Damm, Leistenbeuge, Nabel, Rücken [jeder Teil] |
| | N10 | Akute tubulointerstitielle Nephritis inkl. interstitielle infektiöse Nephritis |
| | N13.6 | Pyonephrose |

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|---------------|---|
| Behandlungsbedürftige akute Blutungsanämie/ hypovolämischer Schock infolge eines Eingriffs | | |
| | N15.10 | Nierenabszess |
| | N15.11 | Perinephritischer Abszess |
| | N30.8 | Sonstige Zystitis inkl. Harnblasenabszess |
| | N34.0 | Harnröhrenabszess |
| | N36.2 | Harnröhrenkarbunkel |
| | N39.0 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet |
| | K61.0 | Analabszess/Perianalabszess |
| | K61.1 | Rektalabszess/Perirektalabszess |
| | K61.2 | Anorektalabszess |
| | K65.09 | Akute Peritonitis Inkl.: Abszess: pelveoabdominal, Abszess: Peritoneum, Abszess: retroperitoneal, Abszess: retrocoecal, Peritonitis (akut): männliches Becken |
| | K65.8 | Sonstige Peritonitis |
| | K65.9 | Peritonitis, nicht näher bezeichnet |
| | N49.0 | Entzündliche Krankheiten der Vesicula seminalis Inkl.: Vesikulitis o.n.A. |
| | N49.1 | Entzündliche Krankheiten des Funiculus spermaticus, der Tunica vaginalis testis und des Ductus deferens Inkl.: Samenleiterentzündung |
| | N49.2 | Entzündliche Krankheiten des Skrotums |

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|--|---------------|--|
| Behandlungsbedürftige akute Blutungsanämie/ hypovolämischer Schock infolge eines Eingriffs | | |
| | N49.80 | Fournier-Gangrän beim Mann |
| | N49.88 | Entzündliche Krankheiten sonstiger näher bezeichneter männlicher Genitalorgane |
| | N49.9 | Entzündliche Krankheit eines nicht näher bezeichneten männlichen Genitalorgans Inkl.: Abszess nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan, Furunkel nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan, Karbunkel nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan, Phlegmone nicht näher bezeichnetes männliches Genitalorgan |
| Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert | | |
| | T81.0 | Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert ODER-Verknüpfung zu Gefäßverletzungen, D62 |
| | T81.1 | Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert ODER-Verknüpfung zu R57.1 |
| | T81.2 | Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert |
| | T81.3 | Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert ODER-Verknüpfung zu S31.0 |
| | T81.4 | Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert |
| | T81.5 | Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist, Inkl.: Adhäsionen durch einen Fremdkörper, der versehentlich in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist, Obstruktion durch einen Fremdkörper, der versehentlich in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist, Perforation durch einen Fremdkörper, der versehentlich in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist |

| Kategorie | ICD-/OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|---------------|---|
| Behandlungsbedürftige akute Blutungsanämie/ hypovolämischer Schock infolge eines Eingriffs | | |
| | T81.6 | Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdsubstanz |
| | T81.7 | Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert, Inkl.: Luftembolie nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert ODER-Verknüpfung zu Gefäßverletzungen, D62 |
| | T81.9 | Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes |
| | T83.0 | Mechanische Komplikation durch einen Harnwegskatheter |
| | T83.5 | Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt ODER-Verknüpfung zu N39.0 |
| Sonstige Komplikationen | | |
| | 5-609.7 | Andere Operationen an der Prostata: Revision |

Liste „Voroperationen im Abdominal- und Beckenbereich“

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|----------|--|
| TUR-P (enthält auch die Adenomektomie respektive Adenomenukleation der Prostata) | 5-601.- | Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe |
| Voroperierte Prostata (enthält auch die Adenomektomie respektive Adenomenukleation der Prostata) | 5-602.- | Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe |
| | 5-603.- | Exzision und Destruktion von Prostatagewebe |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|--|---|
| Verschiedene intraabdominelle Eingriffe | 5-453.- | Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z. B. bei zweizeitigen plastischen Operationen) |
| | 5-454.- | Resektion des Dünndarmes |
| | 5-461.- | Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff |
| | 5-465.- | Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas |
| | 5-466.- | Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata |
| | 5-467.- | Andere Rekonstruktion des Darmes |
| | 5-469.0 | Andere Operationen am Darm: Dekompression |
| | 5-469.1 | Andere Operationen am Darm: Bridenlösung |
| | 5-469.2 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse |
| | 5-469.3 | Andere Operationen am Darm: Dünndarmfaltung (Jejunoplikatio nach Noble) (OP nach Philipps-Child) |
| | 5-469.4 | Andere Operationen am Darm: Myotomie (quere Einkerbung der freien Tänie des Dickdarmes) |
| | 5-469.5 | Andere Operationen am Darm: Fixation des Dünndarmes an der rechten Bauchwandseite und des Dickdarmes an der linken Bauchwandseite |
| | 5-469.6 | Andere Operationen am Darm: Durchtrennung der Laddschen Bänder |
| | 5-469.7 | Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus |
| 5-469.8 | Andere Operationen am Darm: Umstechung eines Ulkus | |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|--|--|--|
| Partielle Resektion des Dickdarms | 5-455.- | Partielle Resektion des Dickdarms |
| Rektumresektion | 5-484.- | Rektumresektion unter Sphinktererhaltung |
| | 5-485.- | Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung |
| | 5-456.1 | Proktokolektomie |
| Gefäßinterponat | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen | |
| | 5-393.33 | Aortoiliakal |
| | 5-393.35 | Aortoiliofemoral |
| | 5-393.36 | Aortofemoral |
| | 5-393.38 | Aortopopliteal |
| | 5-393.41 | Ilioiliakal |
| | 5-393.42 | Iliofemoral |
| | 5-393.43 | Ilieopopliteal n.n.bez. |
| | 5-393.44 | Iliopopliteal oberhalb des Kniegelenks |
| | 5-393.45 | Iliopopliteal unterhalb des Kniegelenks |
| | 5-393.46 | Iliocrural |
| | 5-393.51 | Femorofemoral |
| | 5-393.57 | Femorofemoral, extraanatomisch |
| | Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta | |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|-----------|--|---|
| | 5-384.x3 | Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biliakal |
| | 5-384.x4 | Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma |
| | 5-384.x5 | Sonstige: Mit Bifurkationsprothese bifemoral |
| | 5-384.x6 | Sonstige: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma |
| | Patchplastik an Blutgefäßen | |
| | 5-395.52 | Patchplastik an Blutgefäßen: A. iliaca n. n. bez. |
| | 5-395.53 | Patchplastik an Blutgefäßen: A. iliaca communis |
| | 5-395.54 | Patchplastik an Blutgefäßen: A. iliaca externa |
| | 5-395.55 | Patchplastik an Blutgefäßen: A. iliaca interna |
| | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen | |
| | 5-383.98 | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: V. iliaca communis |
| | 5-383.99 | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: V. iliaca externa |
| | 5-383.9a | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: V. iliaca interna |
| | Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung | |
| | 5-382.53 | Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: A. iliaca communis |
| | 5-382.54 | Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: A. iliaca externa |
| | 5-382.55 | Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: A. iliaca interna |
| | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen | |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|---|---|---|
| | 5-380.52 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: A. iliaca n. n. bez. |
| | 5-380.53 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: A. iliaca communis |
| | 5-380.54 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: A. iliaca externa |
| | 5-380.55 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: A. iliaca interna |
| Zustand nach Bestrahlung des Rektums | Kombination aus den konsentierten Bestrahlungskodes (OPS und/oder GOP) UND ICD, bei denen eine Rektumbestrahlung denkbar wäre, z. B. | |
| | C19 | Bösartige Neubildung am Übergang Rektosigmoid |
| | C20 | Bösartige Neubildung des Rektums |
| Eingriffe an Harnblase und -leiter | 5-561.- | Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums |
| | 5-562.0 | Ureterotomie, offen chirurgisch |
| | 5-562.1 | Ureterotomie, laparoskopisch |
| | 5-563.- | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie |
| | 5-564.- | Kutane Harnableitung durch Ureterokutaneostomie (nicht kontinentes Stoma) |
| | 5-565.- | Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma) |
| | 5-566.- | Kutane Harnableitung mit Darmreservoir (kontinentes Stoma) |
| | 5-567.- | Interne Harnableitung über den Darm |
| | 5-568.- | Rekonstruktion des Ureters |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|--|----------|---|
| | 5-569.- | Andere Operationen am Ureter |
| | 5-572.2 | Vesikokutaneostomie mit nicht kontinentem Stoma |
| | 5-572.3 | Vesikokutaneostomie mit kontinentem Stoma |
| | 5-572.4 | Zystotomie Revision |
| | 5-574.- | Offen chirurgische und laparoskopische Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase |
| | 5-575.- | Partielle Harnblasenresektion |
| | 5-576.- | Zystektomie |
| | 5-577.- | Ersatz der Harnblase |
| | 5-578.- | Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase |
| | 5-590.- | Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe |
| | 5-591.- | Inzision und Exzision von perivesikalem Gewebe |
| Operationen einer Leistenhernie | 5-530.31 | Verschluss einer Hernia inguinalis Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Laparoskopisch transperitoneal [TAPP] |
| | 5-530.32 | Verschluss einer Hernia inguinalis Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Endoskopisch total extraperitoneal [TEP] |
| | 5-530.34 | Verschluss einer Hernia inguinalis Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior) Inkl.:Operation nach Gilbert oder Pellissier, Sublay-Technik, TIPP, Plug-Verfahren |

| Kategorie | OPS-Kode | Bezeichnung |
|------------------------------|----------|--|
| | 5-530.3x | Verschluss einer Hernia inguinalis Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Sonstige |
| | 5-530.4 | Verschluss einer Hernia inguinalis Offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie |
| | 5-530.5 | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss Inkl.: Operation nach Lotheissen/McVay oder Desarda |
| | 5-530.71 | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Laparoskopisch transperitoneal [TAPP] |
| | 5-530.72 | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Endoskopisch total extraperitoneal [TEP] |
| | 5-530.74 | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior) |
| | 5-530.7x | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material. Sonstige |
| | 5-530.8 | Verschluss einer Hernia inguinalis Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie |
| | 5-530.90 | Verschluss einer Hernia inguinalis Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion |
| | 5-537.- | Verschluss kongenitaler Bauchwanddefekte (Omphalozele, Laparoschisis) |
| Nierentransplantation | 5-555.- | Nierentransplantation |

1.5 Qualitätsindikator „Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie“

| Bezeichnung | Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie |
|------------------------------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst seltenes Auftreten von Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| Zähler | Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie |
| Ausschlusskriterien des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, bei denen vor radikaler Prostatektomie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag ▪ Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach der radikalen Prostatektomie eine perkutane Strahlentherapie erhalten haben |
| Rationale | <p>Das Auftreten einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion 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.</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Literatur</p> <p>In der Analyse von Elliott et al. (2007) fanden sich Hinweise für das Auftreten von postinterventionellen Harnröhrenstrikturen und Blasenhalsostruktionen/-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 Blasenhalsostruktionen/-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</p> |

| | |
|--|---|
| | Harnröhrenstriktur bei 0,11 % der Patienten nach radikaler Prostatektomie erforderlich (Wallerstedt et al. 2019). |
| verantwortlich für Indikatorergebnis | stationäre Leistungserbringer, die die radikale Prostatektomie durchgeführt haben |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |
| Indikatorberechnung | |
| Referenzbereich | risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Harnröhrenstrikturen/Blasenhalsobstruktionen nach radikaler Prostatektomie $\leq 2,0$ |
| mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ erhöhter Body Mass-Index (Elliott et al. 2007) ▪ fortgeschrittenes Lebensalter (Elliott et al. 2007) |
| Rechenregeln | Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise |
| Datenfelder für die Berechnung des Indikators | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> stationär (§ 301 SGB V) und ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/§ 301 SGB V)</p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die bis zu 365 Tage nach Beginn einer radikalen Prostatektomie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N32.0 Blasenhalsostruktion ▪ N35.8 Sonstige Harnröhrenstriktur ▪ N35.9 Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet ▪ N99.1 Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen Inkl.: Harnröhrenstriktur nach Katheterisierung <p>Nenner:</p> <p>stationär/belegärztlich (§ 301 SGB V)</p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung)</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> Radikale Prostatovesikulektomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-604.- Retropubisch <ul style="list-style-type: none"> ▫ .01 Ohne regionale Lymphadenektomie |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ .02 Mit regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .11 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .12 Mit regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Perineal <ul style="list-style-type: none"> ▫ .21 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .22 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Perineal, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .31 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .32 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Laparoskopisch <ul style="list-style-type: none"> ▫ .41 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .42 Mit regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .51 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .52 Mit regionaler Lymphadenektomie ■ 5.604.x Sonstige ■ 5-604.y N.n.bez. <p>Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Anwendung eines OP-Roboters <ul style="list-style-type: none"> ▫ 5-987.0 Komplexer OP-Roboter ▫ 5-987.1 Roboterarm <p>Ausschlüsse für Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> <p>jeweils 90 Tage (Quartal) vor Beginn einer radikalen Prostatektomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ N32.0 Blasenhalsostruktion ■ N35.8 Sonstige Harnröhrenstriktur ■ N35.9 Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet ■ N99.1 Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen Inkl.: Harnröhrenstriktur nach Katheterisierung <p>Ausschlüsse für Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) jeweils 365 Tage nach radikaler Prostatektomie (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 8-522.0 Telekobaltgerät bis zu 2 Bestrahlungsfelder ■ 8-522.1 Telekobaltgerät 3 bis 4 Bestrahlungsfelder ■ 8-522.2 Telekobaltgerät mehr als 4 Bestrahlungsfelder oder 3D-geplante Bestrahlung ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .30 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .31 Mit bildgestützter Einstellung; inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .60 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .61 Mit bildgestützter Einstellung; inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ .90 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .91 Mit bildgestützter Einstellung; inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .a0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .a1 Mit bildgestützter Einstellung, inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .b0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .b1 Mit bildgestützter Einstellung; inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ .c0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .c1 Mit bildgestützter Einstellung; inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .d0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .d1 Mit bildgestützter Einstellung; inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-52a.0 Protonentherapie bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.00 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.01 Mit bildgestützter Einstellung inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-52a.1 Protonentherapie Mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.10 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.11 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> <p>Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020) jeweils 365 Tage nach radikaler Prostatektomie (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 25320 Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen (je Fraktion) ■ 25321 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems (je Fraktion) <p>Risikofaktoren:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Alter (Geburtsdatum) |
|--|--|

Literatur

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.

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.

1.6 Qualitätsindikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie“

| Bezeichnung | |
|---|--|
| Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie | |
| Qualitätsziel | Möglichst geringe Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| Zähler | Alle Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie verstorben sind |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie |
| Ausschlusskriterien des Indikators | - |
| Rationale | <p>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.</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Literatur</p> <p>Die 30-Tage-Mortalität nach radikaler Prostatektomie liegt in der vorliegenden Literatur im Bereich unter 1 % (Ortelli et al. 2018, WIdO 2016, Löppenbergs et al. 2010).</p> |
| verantwortlich für Indikatorendergebnis | stationäre Leistungserbringer, die die radikale Prostatektomie durchgeführt haben |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |
| Indikatorberechnung | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| mögliche Risikofaktoren | <p>Mögliche Risikofaktoren sind bei Sentinel Event-Indikatoren im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu diskutieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rauchen (Foerster et al. 2018, Moreira et al. 2014) ▪ Alter (WIdO 2014) |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lymphadenektomie (WIdO 2014) ▪ gefäß-/nerverhaltende Operation (WIdO 2014) ▪ antithrombotische Medikation im Vorjahr (WIdO 2014) ▪ Begleiterkrankungen (Komorbiditätsindex) (WIdO 2014, Quan et al. 2011) |
| Rechenregeln | <p>Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.</p> <p>Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise</p> |
| Datenfelder für die Berechnung des Indikators | |
| | <p>Zähler: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sterbedatum (§ 284 SGB V Stammdaten) <p>Nenner: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär/belegärztlich (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <p>Radikale Prostatovesikulektomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-604.- Retropubisch <ul style="list-style-type: none"> ▫ .01 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .02 Mit regionaler Lymphadenektomie ▪ 5-604.- Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .11 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .12 Mit regionaler Lymphadenektomie ▪ 5-604.- Perineal <ul style="list-style-type: none"> ▫ .21 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .22 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie ▪ 5-604.- Perineal, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .31 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .32 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie ▪ 5-604.- Laparoskopisch <ul style="list-style-type: none"> ▫ .41 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .42 Mit regionaler Lymphadenektomie ▪ 5-604.- Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .51 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .52 Mit regionaler Lymphadenektomie ▪ 5.604.x Sonstige ▪ 5-604.y N.n.bez. |

| | |
|--|---|
| | Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anwendung eines OP-Roboters <ul style="list-style-type: none"> ▫ 5-987.0 Komplexer OP-Roboter ▫ 5-987.1 Roboterarm |
|--|---|

Literatur

- Foerster, B; Pozo, C; Abufaraj, M; Mari, A; Kimura, S; D'Andrea, D; et al. (2018): Association of Smoking Status With Recurrence, Metastasis, and Mortality Among Patients With Localized Prostate Cancer Undergoing Prostatectomy or Radiotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: Oncology* 4(7): 953-961. DOI: 10.1001/jamaoncol.2018.1071.
- Löppenber, 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.
- Moreira, DM; Aronson, WJ; Terris, MK; Kane, CJ; Amling, CL; Cooperberg, MR; et al. (2014): Cigarette Smoking Is Associated With an Increased Risk of Biochemical Disease Recurrence, Metastasis, Castration Resistant Prostate Cancer, and Mortality After Radical Prostatectomy. *Cancer* 120(2): 197-204. DOI: 10.1002/cncr.28423.
- 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.
- Quan, H; Li, B; Couris, CM; Fushimi, K; Graham, P; Hider, P; et al. (2011): Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries. *American Journal of Epidemiology* 173(6): 676-682. DOI: 10.1093/aje/kwq433.
- WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2014): Entwicklung des Leistungsbereichs Radikale Prostataektomie (RPE) bei Prostatakarzinom [Abschlussbericht]. [Stand:] Dezember 2014. Berlin: WIdO. URL: http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/methoden/wido_qsr_abschlussbericht_rpe.pdf (abgerufen am: 24.05.2017).
- WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2016): QSR-Bundeswerte 2016. Berichtszeitraum 2012-2014 mit Nachbeobachtung bis Ende 2015. Berlin: WIdO. URL: http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/methoden/bundeswerte_2016.pdf (abgerufen am: 20.11.2017).

1.7 Qualitätsindikator „Adjuvante hormonablative Therapie bei perkutaner Strahlentherapie bei Patienten mit hohem Risikoprofil“

| Bezeichnung | 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. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 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 |
| Ausschlusskriterien des Indikators | - |
| Rationale | <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinien empfehlen, dass Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils zusätzlich zur Strahlentherapie eine hormonablative Therapie erhalten sollen (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 157, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2021: 164, NICE 2019, Bekelman et al. 2018, Sanda et al. 2017, Mottet et al. 2020, Parker et al. 2015).</p> <p>Literatur</p> <p>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 2018 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 (Burchardt et al. 2020). Nach deren Auswertungen erhielten etwa 76 % 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 (Burchardt et al. 2020).</p> |

| verantwortlich für Indikatoreergebnis | stationäre und ambulante Leistungserbringer, die die perkutane Strahlentherapie durchgeführt haben (Strahlentherapeuten und Strahlentherapeutinnen) | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|------------|--|---------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|------------|
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen | | | | | | | | |
| Anmerkungen | - | | | | | | | | |
| Indikatorberechnung | | | | | | | | | |
| Referenzbereich | ≥ 90 % | | | | | | | | |
| mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators | entfällt | | | | | | | | |
| Rechenregeln | Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. | | | | | | | | |
| Datenfelder für die Berechnung des Indikators | | | | | | | | | |
| | <p>Zähler: <u>Daten der klinischen Krebsregister</u> <i>ADT/GEKID-Basisdatensatz:</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Feldbezeichnung</th> <th>Ausprägung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Art der systemischen oder abwartenden Therapie</td> <td>HO = Hormontherapie</td> </tr> <tr> <td>Systemische Therapie Beginn</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Systemische Therapie Ende</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nenner: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-522.0 Telekobaltgerät bis zu 2 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.1 Telekobaltgerät 3 bis 4 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.2 Telekobaltgerät mehr als 4 Bestrahlungsfelder oder 3D-geplante Bestrahlung ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .30 Ohne bildgestützte Einstellung | Feldbezeichnung | Ausprägung | Art der systemischen oder abwartenden Therapie | HO = Hormontherapie | Systemische Therapie Beginn | TT.MM.JJJJ | Systemische Therapie Ende | TT.MM.JJJJ |
| Feldbezeichnung | Ausprägung | | | | | | | | |
| Art der systemischen oder abwartenden Therapie | HO = Hormontherapie | | | | | | | | |
| Systemische Therapie Beginn | TT.MM.JJJJ | | | | | | | | |
| Systemische Therapie Ende | TT.MM.JJJJ | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ .31 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .60 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .61 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ .90 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .91 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .a0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .a1 Mit bildgestützter Einstellung, Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .b0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .b1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .c0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .c1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .d0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .d1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch |
|--|--|

| | <p>CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-52a.0 Protonentherapie Bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.00 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.01 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-52a.1 Protonentherapie Mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.10 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.11 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> <p>Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 25320 Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen (je Fraktion) ▪ 25321 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems (je Fraktion) <p><u>Daten der klinischen Krebsregister</u></p> <p><i>ADT/GEKID-Basisdatensatz:</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Feldbezeichnung</th> <th>Ausprägung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TNM c/p/u-Präfix T</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können </td> </tr> <tr> <td>TNM T-Kategorie</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Prostataspezifisches Modul des ADT/GEKID-Datensatzes:</i></p> | Feldbezeichnung | Ausprägung | TNM c/p/u-Präfix T | <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können | TNM T-Kategorie | - |
|--------------------|---|-----------------|------------|--------------------|---|-----------------|---|
| Feldbezeichnung | Ausprägung | | | | | | |
| TNM c/p/u-Präfix T | <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können | | | | | | |
| TNM T-Kategorie | - | | | | | | |

| | Feldbezeichnung | Ausprägung |
|--|-----------------|--|
| | PSA-Wert | Fließkommazahl in ng/ml |
| | Gleason-Score | N + M = Summe; z. B. „5 + 3 = 8“ N, M zwischen 1 und 5 Wenn nur die Summe bekannt ist, diese dokumentieren: „x + y = 8“ |

Literatur

- Bekelman, JE; Rumble, RB; Chen, RC; Pisansky, TM; Finelli, A; Feifer, A; et al. (2018): Clinically Localized Prostate Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Endorsement of an American Urological Association/ American Society for Radiation Oncology/ Society of Urologic Oncology Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 36(32): 3251-3258. DOI: 10.1200/JCO.18.00606.
- Burchardt, M; Fichtner, J; Wesselmann, S; Mensah, J; Rückher, J; Durm, V; et al. (2020): Kennzahlenauswertung 2020. Jahresbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren. Auditjahr 2019 / Kennzahlenjahr 2018. Version e-A1-de. Stand: 25.06.2020. Berlin: DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]. ISBN: 978-3-948226-16-9. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf> [Download: Prostatakrebszentren > Jahresbericht 2020 (2,3 MB)] (abgerufen am: 14.09.2020).
- Lee, DJ; Barocas, DA; Zhao, Z; Huang, LC; Koyama, T; Resnick, MJ; et al. (2018): Contemporary prostate cancer radiation therapy in the United States: Patterns of care and compliance with quality measures. *PRO: Practical Radiation Oncology* 8(5): 307-316. DOI: 10.1016/j.prro.2018.04.009.
- Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2019): AWMF-Registernummer 043-022OL. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms [Langversion]. Version 5.1. [Stand:] Mai 2019. Berlin [u. a.]: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2019-06.pdf (abgerufen am: 29.04.2020).
- Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2021): AWMF-Registernummer 043-022OL. S3-Leitlinie: Prostatakarzinom [Langversion]. Version 6.0. [Stand:] Mai 2021. Berlin [u. a.]: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2021-05.pdf (abgerufen am: 21.05.2021).
- Mottet, N; Cornford, P; van den Bergh, RCN; Briers, E; De Santis, M; Fanti, S; et al. (2020): Prostate Cancer. Arnhem, NL: EAU [European Association of Urology]. URL: <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/> (abgerufen am: 29.04.2020).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG131. Prostate cancer: diagnosis and management [*Guidance*]. Published: 09.05.2019, © NICE 2020. London, GB: 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: 30.04.2020).

Parker, C; Gillessen, S; Heidenreich, A; Horwich, A (2015): Cancer of the prostate: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 26(Supplement 5): v69–v77. DOI: 10.1093/annonc/mdv222.

Sanda, MG; Chen, RC; Crispino, T; Freedland, S; Greene, K; Klotz, LH; et al. (2017): Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO/SUO Guideline [*Unabridged version*]. [Linthicum, US-MD] [u. a.]: AUA [American Urological Association] [u. a.]. URL: <http://www.aua-net.org/Documents/education/clinical-guidance/Clinically-Localized-Prostate-Cancer.pdf> (abgerufen am: 29.04.2020).

1.8 Qualitätsindikator „Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie“

| | |
|---|--|
| Bezeichnung | Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen 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. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| Zähler | Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostrukturen vorliegt |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und primärer perkutaner Strahlentherapie |
| Ausschlusskriterien des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, bei denen vor Beginn der primären perkutanen Strahlentherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostrukturen vorlag |
| Rationale | <p>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.</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Literatur</p> <p>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</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>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).</p> <p>Auch andere Studien fanden Hinweise auf das Auftreten urogenitaler Strahlenschäden (Mohammed et al. 2012) (Zelevsky 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 Blasenhalsostruktionen/-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).</p> <p>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 (Zelevsky et al. 2008). Grad 3-Toxizitäten stellten sich als urethrale Strikturen dar, die interventionell dilatiert oder reseziert werden mussten (Zelevsky et al. 2008).</p> |
| verantwortlich für Indikatorergebnis | stationäre und ambulante Leistungserbringer, die die perkutane Strahlentherapie durchgeführt haben (Strahlentherapeuten und Strahlentherapeuten) |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Qualitätsindikator soll zusätzlich stratifiziert nach alleiniger perkutaner Strahlentherapie und kombinierter Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) ausgewiesen werden |
| Indikatorberechnung | |
| Referenzbereich | risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Harnröhrenstrikturen/Blasenhalsostruktionen nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie $\leq 2,0$ |

| | |
|---|---|
| <p>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ höheres T-Stadium (Mohammed et al. 2012) ▪ höheres Prostatavolumen (Mohammed et al. 2012) ▪ höheres Alter (Mohammed et al. 2012) |
| <p>Rechenregeln</p> | <p>Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.</p> <p>Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise</p> |
| <p>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</p> | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>stationär (§ 301 SGB V) und ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die bis zu 365 Tage nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N32.0 Blasenhalsostruktion ▪ N35.8 Sonstige Harnröhrenstriktur ▪ N35.9 Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet ▪ N99.1 Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen Inkl.: Harnröhrenstriktur nach Katheterisierung <p>Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>Perkutane Strahlentherapie</i></p> <p><i>stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-522.0 Telekobaltgerät bis zu 2 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.1 Telekobaltgerät 3 bis 4 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.2 Telekobaltgerät mehr als 4 Bestrahlungsfelder oder 3D-geplante Bestrahlung ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .30 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .31 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .60 Ohne bildgestützte Einstellung |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ .61 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ .90 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .91 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .a0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .a1 Mit bildgestützter Einstellung, Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .b0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .b1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .c0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .c1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .d0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .d1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) ■ 8-52a.0 Protonentherapie Bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.00 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.01 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT) |
|--|---|

- 8-52a.1 Protonentherapie Mehr als 2 Bestrahlungsfelder
 - 8-52a.10 Ohne bildgestützte Einstellung
 - 8-52a.11 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (On-line-IGRT)

ambulant (§ 295(a) SGB V)

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020)
(ODER-Verknüpfung):

- **25320** Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen (je Fraktion)
- **25321** Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems (je Fraktion)

Brachytherapie-Boost:

*stationär/belegärztlich/ambulant am Krankenhaus
(§ 301 SGB V)*

Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021)
(ODER-Verknüpfung):

- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von entfernbaren Strahlern in einer Ebene
 - .00 Niedrige Dosisleistung
 - .01 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .02 Hohe Dosisleistung
 - .0x Sonstige
- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen
 - .10 Niedrige Dosisleistung
 - .11 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .12 Hohe Dosisleistung
 - .1x Sonstige

ambulant (§ 295(a) SGB V)

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020)
(ODER-Verknüpfung):

- **25333** Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren

Ausschlüsse für Zähler:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

ambulant (§ 295(a) SGB V)

| | | |
|--------------------|--|-------------------|
| | jeweils 90 Tage (Quartal) vor Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ N32.0 Blasenhalsostruktion ▪ N35.8 Sonstige Harnröhrenstriktur ▪ N35.9 Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet ▪ N99.1 Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen Inkl.: Harnröhrenstriktur nach Katheterisierung | |
| | Risikofaktoren: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter (Geburtsdatum) | |
| | <u>Daten der klinischen Krebsregister</u> ADT/GEKID-Basisdatensatz: <ul style="list-style-type: none"> ▪ T-Stadium | |
| | Feldbezeichnung | Ausprägung |
| TNM c/p/u-Präfix T | <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können | |
| TNM T-Kategorie | - | |

Literatur

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.

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.

Zelevsky, MJ; Levin, EJ; Hunt, M; Yamada, Y; Shippey, 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.

1.9 Qualitätsindikator „Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsobstruktionen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie“

| Bezeichnung | Harnröhrenstrikturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie |
|------------------------------------|--|
| Qualitätsziel | Möglichst seltenes Auftreten von Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsobstruktionen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| Zähler | Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsobstruktion vorliegt |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und interstitieller Brachy-Monotherapie |
| Ausschlusskriterien des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, die eine kombinierte Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) erhalten ▪ Patienten, bei denen vor Beginn der interstitiellen Brachy-Monotherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsobstruktion vorlag |
| Rationale | <p>Das Auftreten einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsobstruktion ist eine postinterventionelle Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Literatur</p> <p>Nach bildgestützter perkutaner Strahlentherapie (EB-IGRT) des lokal begrenzten Prostatakarzinoms konnten in einer großen retrospektiven Analyse aus den USA Hinweise auf urogenitale Strahlenschäden, Grad ≥ 3, bei etwa 0,5 % der Patienten mit EB-IGRT dargestellt werden (Mohammed et al. 2012). 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. In der Analyse von Elliott et al. (2007) fanden sich Hinweise für das Auftreten von postin-</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>terventionellen Harnröhrenstrikturen und Blasenhalsostruktionen/-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).</p> |
| verantwortlich für Indikatorergebnis | <p>stationäre bzw. ambulante Leistungserbringer, die die Brachy-Monotherapie durchgeführt haben (Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten bzw. Urologinnen und Urologen)</p> |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |
| Indikatorberechnung | |
| Referenzbereich | <p>risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Harnröhrenstrikturen/Blasenhalsostruktionen nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie $\leq 2,0$</p> |
| mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators | <ul style="list-style-type: none"> ▪ höheres T-Stadium (Mohammed et al. 2012) ▪ höheres Prostatavolumen (Mohammed et al. 2012) ▪ höheres Alter (Mohammed et al. 2012) ▪ Vorliegen urogenitaler Symptome \geq Grad 2 bei Beginn der Brachytherapie (nach Radiation Therapy Oncology Group and European Organisation for Research and Treatment of Cancer (RTOG-EORTC) Scoring Criteria) (Aluwini et al. 2015). |
| Rechenregeln | <p>Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.</p> <p>Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise</p> |
| Datenfelder für die Berechnung des Indikators | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär (§ 301 SGB V) und ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295 SGB V/§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die bis zu 365 Tage nach Beginn einer interstitiellen Brachytherapie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N32.0 Blasenhalsostruktion ▪ N35.8 Sonstige Harnröhrenstriktur ▪ N35.9 Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet ▪ N99.1 Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen Inkl.: Harnröhrenstriktur nach Katheterisierung |

Nenner:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

stationär/belegärztlich/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)

Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021)
(ODER-Verknüpfung):

- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von entfernbaren Strahlern in einer Ebene
 - .00 Niedrige Dosisleistung
 - .01 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .02 Hohe Dosisleistung
 - .0x Sonstige
- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen
 - .10 Niedrige Dosisleistung
 - .11 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .12 Hohe Dosisleistung
 - .1x Sonstige
- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von permanenten Strahlern
 - .20 Bis zu 10 Quellen
 - .21 Mehr als 10 Quellen

ambulant (§ 295(a) SGB V)

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020/2021)

(ODER-Verknüpfung):

- **25333** Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren
- **25335** Interstitielle LDR-Brachytherapie

Ausschlüsse für Nenner:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

stationär/ belegärztlich /ambulant am Krankenhaus/ambulant (§ 301 SGB V/§ 295(a) SGB V)

- Patienten mit Prozeduren/Gebührenordnungspositionen zur perkutanen Strahlentherapie **UND** interstitiellen HDR-Brachytherapie im gleichen Behandlungszeitraum

Ausschlüsse für Zähler:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

ambulant (§ 295(a) SGB V)

| | <p>jeweils 90 Tage (Quartal) vor Beginn einer interstitiellen Brachytherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N32.0 Blasenhalsostruktion ▪ N35.8 Sonstige Harnröhrenstriktur ▪ N35.9 Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet ▪ N99.1 Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen Inkl.: Harnröhrenstriktur nach Katheterisierung <p>Risikofaktoren:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Alter (Geburtsdatum) <p><u>Daten der klinischen Krebsregister</u></p> <p><u>ADT/GEKID-Basisdatensatz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ T-Stadium | | | | | | |
|--------------------|---|-----------------|------------|--------------------|---|-----------------|---|
| | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Feldbezeichnung</th> <th style="text-align: left;">Ausprägung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TNM c/p/u-Präfix T</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können </td> </tr> <tr> <td>TNM T-Kategorie</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </tbody> </table> | Feldbezeichnung | Ausprägung | TNM c/p/u-Präfix T | <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können | TNM T-Kategorie | - |
| Feldbezeichnung | Ausprägung | | | | | | |
| TNM c/p/u-Präfix T | <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können | | | | | | |
| TNM T-Kategorie | - | | | | | | |

Literatur

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.

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.

1.10 Qualitätsindikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie“

| Bezeichnung | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie |
|---------------------------------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst geringe Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss einer primären Strahlentherapie. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 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 interstitielle Brachytherapie) |
| Ausschlusskriterien des Indikators | - |
| Rationale | <p>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.</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität. Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Routinedaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2016, dass von 18.878³ Patienten mit der Diagnose C.61 367 Patienten (1,94 %) innerhalb von 30 Tagen nach dem Abschluss einer Strahlentherapie verstarben.</p> |
| verantwortlich für Indikatoreergebnis | stationäre bzw. ambulante Leistungserbringer, die eine alleinige perkutane Strahlentherapie bzw. eine kombinierte Strahlentherapie (Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten) oder die interstitielle Brachy-Monotherapie (Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten bzw. Urologinnen und Urologen) durchgeführt haben |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ „primäre Strahlentherapie“ bezieht sich auf Strahlentherapien, die nach der Erstdiagnose des lokal begrenzten Prostatakarzinoms begonnen werden. Dies umfasst keine Strahlentherapie die z. B. nach |

³ Es wurde eine alters- (und geschlechts-)standardisierte Hochrechnung auf die gesamte GKV-Versichertenpopulation vorgenommen.

| | |
|--|---|
| | einer vorausgehenden radikalen Prostatektomie erfolgt (sog. Salvage-Strahlentherapie) oder zur Bestrahlung von Lymphknoten- oder Fernmetastasen durchgeführt wird. Diese muss anhand der Sozialdaten bzw. Daten der klinischen Krebsregister ausgeschlossen werden. |
| Indikatorberechnung | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| mögliche Risikofaktoren | Mögliche Risikofaktoren sind bei Sentinel Event-Indikatoren im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu diskutieren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter ▪ Rauchen (Foerster et al. 2018) ▪ Begleiterkrankungen (Komorbiditätsindex) (Quan et al. 2011, Ghanem et al. 2020) |
| Rechenregeln | Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise |
| Datenfelder für die Berechnung des Indikators | |
| | <p>Zähler: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sterbedatum (§ 284 SGB V Stammdaten) <p>Nenner: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Perkutane Strahlentherapie stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-522.0 Telekobaltgerät bis zu 2 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.1 Telekobaltgerät 3 bis 4 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.2 Telekobaltgerät mehr als 4 Bestrahlungsfelder oder 3D-geplante Bestrahlung ▪ 8-522.3 Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-522.30 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-522.31 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.6 Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-522.60 Ohne bildgestützte Einstellung |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-522.61 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.9 Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-522.90 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-522.91 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.a Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-522.a0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-522.a1 Mit bildgestützter Einstellung, Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.b Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-522.b0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-522.b1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.c Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-522.c0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-522.c1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.d Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-522.d0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-522.d1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-52a.0 Protonentherapie Bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.00 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.01 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-52a.1 Protonentherapie Mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.10 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.11 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 25320 Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen (je Fraktion) ▪ 25321 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems (je Fraktion) <p><i>Interstitielle Brachytherapie stationär/belegärztlich/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-525.0 Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von entfernbaren Strahlern in einer Ebene <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-525.00 Niedrige Dosisleistung ▫ 8-525.01 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate) ▫ 8-525.02 Hohe Dosisleistung ▫ 8-525.0x Sonstige ▪ 8-525.1 Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-525.10 Niedrige Dosisleistung ▫ 8-525.11 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate) ▫ 8-525.12 Hohe Dosisleistung ▫ 8-525.1x Sonstige ▪ 8-525.2 Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von permanenten Strahlern <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-525.20 Bis zu 10 Quellen ▫ 8-525.21 Mehr als 10 Quellen <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> <p>Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020/2021):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 25333 Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren ▪ 25335 Interstitielle LDR-Brachytherapie |
|--|---|

Literatur

Foerster, B; Pozo, C; Abufaraj, M; Mari, A; Kimura, S; D'Andrea, D; et al. (2018): Association of Smoking Status With Recurrence, Metastasis, and Mortality Among Patients With Localized Prostate Cancer Undergoing Prostatectomy or Radiotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: Oncology* 4(7): 953-961. DOI: 10.1001/jamaoncol.2018.1071.

Ghanem, AI; Khalil, RM; Khedr, GA; Tang, A; Elsaid, AA; Chetty, IJ; et al. (2020): Charlson Comorbidity score influence on prostate cancer survival and radiation-related toxicity. *The Canadian Journal of Urology* 27(2): 10154-10161.

Quan, H; Li, B; Couris, CM; Fushimi, K; Graham, P; Hider, P; et al. (2011): Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries. *American Journal of Epidemiology* 173(6): 676-682.
DOI: 10.1093/aje/kwq433.

2 Zusatzparameter

2.1 Zusatzparameter „Aktive Überwachung mehr als 9 Monate“

| Bezeichnung | Aktive Überwachung mehr als 9 Monate |
|---|--|
| Ziel | Möglichst hoher Anteil von Patienten, die die Kriterien einer Aktiven Überwachung erfüllen und mindestens 9 Monate unter Aktiver Überwachung stehen. |
| 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ PSA-Wert ≤ 10 ng/ml ▪ Gleason-Score ≤ 6 ▪ cT1 und cT2a ▪ Tumor in ≤ 2 Stenzen bei leitliniengerechter Entnahme von 10-12 Stenzen ▪ ≤ 50 % Tumor pro Stanze |
| Ausschlusskriterien des Zusatzparameters | - |
| Hintergrund | <p>Leitlinien</p> <p>Gemäß der deutschen interdisziplinären S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ stehen für die Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms verschiedene Therapieoptionen zur Verfügung (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019). Für Männer mit einem Prostatakarzinom mit einem niedrigen Risikoprofil werden als aktive Therapieoptionen die operative Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) sowie die Bestrahlung des Prostatagewebes (perkutane Strahlentherapie oder Brachytherapie) empfohlen sowie als weitere Option die sogenannte Active Surveillance (Aktive Überwachung) (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019).</p> <p>Literatur</p> <p>Die Kennzahl „Active Surveillance“ der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. zeigt in den Daten von Patienten aus zertifizierten Prostatakrebszentren für das Kennzahlenjahr 2018, dass 27,53 % der Primärfälle mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und niedrigem Risiko (PSA ≤ 10ng/ml und Gleason-Score 6 und cT-Kategorie $\leq 2a$) unter Aktiver Überwachung standen (Burchardt et al. 2020).</p> |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister |

| Anmerkungen | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------|------------|--|--------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------------|------------------|-----------------|------------|--|--------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|---|-----------------|---|
| Berechnung des Zusatzparameters | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregeln | Die Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>Zähler: <i>Aktive Überwachung</i> <u>Daten der klinischen Krebsregister</u> <i>ADT/GEKID-Basisdatensatz:</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Feldbezeichnung</th> <th>Ausprägung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Art der systemischen oder abwartenden Therapie</td> <td>AS = Active Surveillance</td> </tr> <tr> <td>Systemische Therapie Beginn</td> <td>Datum TT.MM.JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Systemische Therapie Ende</td> <td>Datum TT.MM.JJJJ</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nenner: <u>Daten der klinischen Krebsregister</u> <i>ADT/GEKID-Basisdatensatz:</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Feldbezeichnung</th> <th>Ausprägung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Art der systemischen oder abwartenden Therapie</td> <td>AS = Active Surveillance</td> </tr> <tr> <td>Systemische Therapie Beginn</td> <td>Datum TT.MM.JJJJ</td> </tr> <tr> <td>TNM c/p/u-Präfix T</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können </td> </tr> <tr> <td>TNM T-Kategorie</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> | Feldbezeichnung | Ausprägung | Art der systemischen oder abwartenden Therapie | AS = Active Surveillance | Systemische Therapie Beginn | Datum TT.MM.JJJJ | Systemische Therapie Ende | Datum TT.MM.JJJJ | Feldbezeichnung | Ausprägung | Art der systemischen oder abwartenden Therapie | AS = Active Surveillance | Systemische Therapie Beginn | Datum TT.MM.JJJJ | TNM c/p/u-Präfix T | <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können | TNM T-Kategorie | - |
| Feldbezeichnung | Ausprägung | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der systemischen oder abwartenden Therapie | AS = Active Surveillance | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Systemische Therapie Beginn | Datum TT.MM.JJJJ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Systemische Therapie Ende | Datum TT.MM.JJJJ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feldbezeichnung | Ausprägung | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der systemischen oder abwartenden Therapie | AS = Active Surveillance | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Systemische Therapie Beginn | Datum TT.MM.JJJJ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TNM c/p/u-Präfix T | <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TNM T-Kategorie | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| <i>Prostata-spezifisches Modul des ADT/GEKID-Datensatzes:</i> | |
|---|--|
| Feldbezeichnung | Ausprägung |
| PSA-Wert | Fließkommazahl in ng/ml |
| Gleason-Score | N + M = Summe; z. B. „5 + 3 = 8“ N, M zwischen 1 und 5 Wenn nur die Summe bekannt ist, diese dokumentieren: „x + y = 8“ |
| Anzahl der Stenzen | natürliche Zahl |
| Anzahl der positiven Stenzen | natürliche Zahl, einschließlich Null |
| Ca-Befall Stanze | natürliche Zahl in % U = unbekannt |

Literatur

Burchardt, M; Fichtner, J; Wesselmann, S; Mensah, J; Rückher, J; Durm, V; et al. (2020): Kennzahlenauswertung 2020. Jahresbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren. Auditjahr 2019 / Kennzahlenjahr 2018. Version e-A1-de. Stand: 25.06.2020. Berlin: DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]. ISBN: 978-3-948226-16-9. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf> [Download: Prostatakrebszentren > Jahresbericht 2020 (2,3 MB)] (abgerufen am: 14.09.2020).

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2019): AWMF-Registernummer 043-022OL. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms [*Langversion*]. Version 5.1. [Stand:] Mai 2019. Berlin [u. a.]: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2019-06.pdf (abgerufen am: 29.04.2020).

2.2 Zusatzparameter „Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach radikaler Prostatektomie“

| Bezeichnung | Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach radikaler Prostatektomie |
|--|---|
| Ziel | Möglichst seltenes Auftreten einer Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie. |
| Zähler | Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harninkontinenz vorliegt |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie |
| Ausschlusskriterien des Zusatzparameters | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, bei denen präoperativ (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harninkontinenz vorlag ▪ Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach der radikalen Prostatektomie eine perkutane Strahlentherapie erhalten haben |
| Hintergrund | <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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, Kyrdalen 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)).</p> |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |

| Berechnung des Zusatzparameters | |
|---|--|
| Rechenregeln | Die Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise |
| Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach einer radikalen Prostatektomie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] ■ N39.4 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz <ul style="list-style-type: none"> ▫ N39.40 Reflexinkontinenz ▫ N39.41 Überlaufinkontinenz ▫ N39.42 Dranginkontinenz ▫ N39.43 Extraurethrale Harninkontinenz ▫ N39.48 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz ■ R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz <p>Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär/belegärztlich (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <p>Radikale Prostatovesikulektomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 5-604.- Retropubisch <ul style="list-style-type: none"> ▫ .01 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .02 Mit regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .11 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .12 Mit regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Perineal <ul style="list-style-type: none"> ▫ .21 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .22 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Perineal, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .31 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .32 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie ■ 5-604.- Laparoskopisch <ul style="list-style-type: none"> ▫ .41 Ohne regionale Lymphadenektomie |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ .42 Mit regionaler Lymphadenektomie ▪ 5-604.- Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .51 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .52 Mit regionaler Lymphadenektomie ▪ 5.604.x Sonstige ▪ 5-604.y N.n.bez. <p>Ausschlüsse für Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ jeweils 90 Tage (Quartal) vor der radikalen Prostatektomie (ODER-Verknüpfung): <ul style="list-style-type: none"> ▫ N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] ▫ N39.4 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz <ul style="list-style-type: none"> – N39.40 Reflexinkontinenz – N39.41 Überlaufinkontinenz – N39.42 Dranginkontinenz – N39.43 Extraurethrale Harninkontinenz – N39.48 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz ▫ R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz <p>Ausschlüsse für Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) jeweils 365 Tage nach radikaler Prostatektomie (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-522.0 Telekobaltgerät bis zu 2 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.1 Telekobaltgerät 3 bis 4 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.2 Telekobaltgerät mehr als 4 Bestrahlungsfelder oder 3D-geplante Bestrahlung ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .30 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .31 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .60 Ohne bildgestützte Einstellung |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ .61 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ .90 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .91 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .a0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .a1 Mit bildgestützter Einstellung, Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .b0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .b1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .c0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .c1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .d0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .d1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-52a.0 Protonentherapie Bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.00 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.01 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-52a.1 Protonentherapie Mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.10 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.11 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020) jeweils 365 Tage nach radikaler Prostatektomie (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 25320 Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen (je Fraktion) ▪ 25321 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems (je Fraktion) |
|--|---|

Literatur

- Baker, H; Wellman, S; Lavender, V (2016): Functional Quality-of-Life Outcomes Reported by Men Treated for Localized Prostate Cancer: A Systematic Literature Review. *The 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.
- Hoffman, KE; Penson, DF; Zhao, Z; Huang, LC; 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, JE; 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.
- 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.
- 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.
- 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.

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.

2.3 Zusatzparameter „Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach nervschonender radikaler Prostatektomie“

| Bezeichnung | Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach nervschonender radikaler Prostatektomie |
|---|--|
| Ziel | Möglichst seltenes Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach nervschonender radikaler Prostatektomie. |
| Zähler | Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach nervschonender radikaler Prostatektomie eine erektilen Dysfunktion entsprechend der Diagnoseliste vorliegt |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und nervschonender radikaler Prostatektomie |
| Ausschlusskriterien des Zusatzparameters | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, bei denen präoperativ (vorausgehendes Quartal) bereits eine erektile Dysfunktion vorlag ▪ Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach der radikalen Prostatektomie eine perkutane Strahlentherapie erhalten haben |
| Hintergrund | <p>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.</p> <p>Im systematischen Review von Baker et al. (2016) sowie in mehreren quantitativen Primäranalysen (u. a. Chen et al. (2017), Kyrdalen et al. (2013), Sanda et al. (2008)) finden sich Hinweise, dass die radikale Prostatektomie signifikant mit einer erektilen Dysfunktion assoziiert ist.</p> <p>Sexuelle Funktionsstörungen in Form einer schwachen Erektionsfähigkeit, der fehlenden Fähigkeit eine Erektion aufrechtzuerhalten oder einer gänzlichen 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), Kyrdalen et al. (2013)).</p> |

| | |
|--|---|
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |
| Berechnung des Zusatzparameters | |
| Rechenregeln | Die Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise |
| Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters | |
| | <p>Zähler: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach einer radikalen Prostatektomie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N48.4 Impotenz organischen Ursprungs ▪ F52.2 Versagen genitaler Reaktion: Erektionsstörung, Impotenz ▪ F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen <p>Nenner: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär/belegärztlich (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung): Radikale Prostatovesikulektomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-604.- Retropubisch, gefäß- und nerverhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .11 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .12 Mit regionaler Lymphadenektomie ▪ 5-604.- Perineal, gefäß- und nerverhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .31 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .32 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie ▪ 5-604.- Laparoskopisch, gefäß- und nerverhaltend <ul style="list-style-type: none"> ▫ .51 Ohne regionale Lymphadenektomie ▫ .52 Mit regionaler Lymphadenektomie <p>Ausschlüsse für Zähler: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> |

- jeweils **90 Tage (Quartal)** vor der radikalen Prostatektomie (ODER-Verknüpfung):
 - N48.4 Impotenz organischen Ursprungs
 - F52.2 Versagen genitaler Reaktion: Erektionsstörung, Impotenz
 - F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellen Verlangen

Ausschlüsse für Nenner:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)

Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021)
jeweils **365 Tage nach** radikaler Prostatektomie (ODER-Verknüpfung):

- 8-522.0 Telekobaltgerät bis zu 2 Bestrahlungsfelder
- 8-522.1 Telekobaltgerät 3 bis 4 Bestrahlungsfelder
- 8-522.2 Telekobaltgerät mehr als 4 Bestrahlungsfelder oder 3D-geplante Bestrahlung
- 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder
 - .30 Ohne bildgestützte Einstellung
 - .31 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder
 - .60 Ohne bildgestützte Einstellung
 - .61 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-522.- Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie
 - .90 Ohne bildgestützte Einstellung
 - .91 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder
 - .a0 Ohne bildgestützte Einstellung
 - .a1 Mit bildgestützter Einstellung, Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch

| | |
|--|---|
| | <p>CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .b0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .b1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .c0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .c1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .d0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .d1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-52a.0 Protonentherapie Bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.00 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.01 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-52a.1 Protonentherapie Mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.10 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.11 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> <p>Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020) jeweils 365 Tage nach radikaler Prostatektomie (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 25320 Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen (je Fraktion) ■ 25321 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems (je Fraktion) |
|--|---|

Literatur

- Baker, H; Wellman, S; Lavender, V (2016): Functional Quality-of-Life Outcomes Reported by Men Treated for Localized Prostate Cancer: A Systematic Literature Review. *The 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.
- 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 5 year follow-up. *Radiotherapy and Oncology* 108(2): 306-313. DOI: 10.1016/j.radonc.2013.05.038
- Hoffman, KE; Penson, DF; Zhao, Z; Huang, LC; 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, JE; 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.
- 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.
- 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.

2.4 Zusatzparameter „Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie“

| Bezeichnung | Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie |
|---|---|
| Ziel | Möglichst seltenes Auftreten einer Harninkontinenz nach primärer perkutaner Strahlentherapie. |
| Zähler | Patienten, die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie eine Diagnose einer Harninkontinenz aufweisen |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und primärer perkutaner Strahlentherapie |
| Ausschlusskriterien des Zusatzparameters | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, bei denen vor Beginn der perkutanen Strahlentherapie (vorausgehendes Quartal) eine Harninkontinenz vorlag |
| Hintergrund | <p>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.</p> <p>In der Literatur fanden sich Hinweise, dass eine Harninkontinenz eine postinterventionelle Komplikation darstellt. Aluwini et al. (2015) analysierten anhand der Daten einer randomisierten Interventionsstudie hinsichtlich möglicher strahlentoxischer Nebenwirkungen. Eine Harninkontinenz, Grad 3, trat bei 11 % der Gruppe mit Standardfraktionierung und bei 13 % mit Hypofraktionierung auf (Aluwini et al. 2015).</p> <p>Nach bildgestützter perkutaner Strahlentherapie (EB-IGRT) des lokal begrenzten Prostatakarzinoms traten in einer großen retrospektiven Analyse aus den USA Eine Harninkontinenz entwickelten etwa 3 % der Patienten mit bildgestützter perkutaner Strahlentherapie und 5 % in der Gruppe mit perkutaner Strahlentherapie plus HDR-Boost (Mohammed et al. 2012).</p> |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Primäre Strahlentherapie“ bezieht sich auf Strahlentherapien, die nach der Erstdiagnose des lokal begrenzten Prostatakarzinoms begonnen werden. Dies umfasst keine Strahlentherapie die z. B. nach einer vorausgehenden radikalen Prostatektomie erfolgt (sog. Salvage-Strahlentherapie) oder zur Bestrahlung von Lymphknoten- oder Fernmetastasen durchgeführt wird. Diese muss anhand der Sozialdaten bzw. Daten der klinischen Krebsregister ausgeschlossen werden. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Zusatzparameter soll zusätzlich stratifiziert nach alleiniger perkutaner Strahlentherapie und kombinierter Strahlentherapie (perkutaner Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) ausgewiesen werden |
| Berechnung des Zusatzparameters | |
| Rechenregeln | <p>Die Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise</p> |
| Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn der perkutanen Strahlentherapie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] ▪ N39.4 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz <ul style="list-style-type: none"> ▫ N39.40 Reflexinkontinenz ▫ N39.41 Überlaufinkontinenz ▫ N39.42 Dranginkontinenz ▫ N39.43 Extraurethrale Harninkontinenz ▫ N39.48 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz ▪ R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz <p>Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen:</u> <i>Perkutane Strahlentherapie</i> <i>stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-522.0 Telekobaltgerät bis zu 2 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.1 Telekobaltgerät 3 bis 4 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.2 Telekobaltgerät mehr als 4 Bestrahlungsfelder oder 3D-geplante Bestrahlung ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .30 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .31 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .60 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .61 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ .90 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .91 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .a0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .a1 Mit bildgestützter Einstellung, Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .b0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .b1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .c0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .c1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .d0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .d1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-52a.0 Protonentherapie Bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.00 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.01 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-52a.1 Protonentherapie Mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.10 Ohne bildgestützte Einstellung |
|--|--|

- 8-52a.11 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)

ambulant (§ 295(a) SGB V)

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020)
(ODER-Verknüpfung):

- **25320** Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen (je Fraktion)
- **25321** Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems (je Fraktion)

Brachytherapie-Boost:

stationär/belegärztlich/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)

Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021)
(ODER-Verknüpfung):

- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von entfernbaren Strahlern in einer Ebene
 - .00 Niedrige Dosisleistung
 - .01 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .02 Hohe Dosisleistung
 - .0x Sonstige
- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen
 - .10 Niedrige Dosisleistung
 - .11 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .12 Hohe Dosisleistung
 - .1x Sonstige

ambulant (§ 295(a) SGB V)

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020)
(ODER-Verknüpfung):

- **25333** Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren

Ausschlüsse für Zähler:

ambulant (§ 295(a) SGB V):

Sozialdaten bei den Krankenkassen

- jeweils **90 Tage (Quartal) vor** Beginn einer perkutanen Strahlentherapie (ODER-Verknüpfung):
 - N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]
 - N39.4 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
 - N39.40 Reflexinkontinenz

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">– N39.41 Überlaufinkontinenz– N39.42 Dranginkontinenz– N39.43 Extraurethrale Harninkontinenz– N39.48 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz▫ R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz |
|--|--|

Literatur

- 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.
- 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.

2.5 Zusatzparameter „Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie ohne adjuvante hormonablative Therapie“

| | |
|---|---|
| Bezeichnung | Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie ohne adjuvante hormonablative Therapie |
| Ziel | Möglichst seltenes Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach primärer perkutaner Strahlentherapie ohne adjuvante hormonablative Therapie. |
| Zähler | Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie eine erektile Dysfunktion entsprechend der Diagnosenliste vorliegt |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und primärer perkutaner Strahlentherapie |
| Ausschlusskriterien des Zusatzparameters | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, bei denen vor Beginn der perkutanen Strahlentherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine erektile Dysfunktion vorlag ▪ Patienten mit adjuvanter hormonablativer Therapie |
| Hintergrund | <p>Das Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach primärer perkutaner Strahlentherapie bei Patienten ohne adjuvante hormonablative Therapie ist eine postinterventionelle Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Primäre Strahlentherapie“ bezieht sich auf Strahlentherapien, die nach der Erstdiagnose des lokal begrenzten Prostatakarzinoms begonnen werden. Dies umfasst keine Strahlentherapie, die z. B. nach einer |

| | |
|--|--|
| | <p>vorausgehenden radikalen Prostatektomie erfolgt (sog. Salvage-Strahlentherapie) oder zur Bestrahlung von Lymphknoten- oder Fernmetastasen durchgeführt wird. Diese muss anhand der Sozialdaten bzw. Daten der klinischen Krebsregister ausgeschlossen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Zusatzparameter soll zusätzlich stratifiziert nach alleiniger perkutaner Strahlentherapie und kombinierter Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) ausgewiesen werden |
| Berechnung des Zusatzparameters | |
| Rechenregeln | <p>Die Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.</p> <p>Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise</p> |
| Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn der perkutanen Strahlentherapie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N48.4 Impotenz organischen Ursprungs ▪ F52.2 Versagen genitaler Reaktion: Erektionsstörung, Impotenz ▪ F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellen Verlangen <p>Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>Perkutane Strahlentherapie</i></p> <p><i>stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-522.0 Telekobaltgerät bis zu 2 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.1 Telekobaltgerät 3 bis 4 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.2 Telekobaltgerät mehr als 4 Bestrahlungsfelder oder 3D-geplante Bestrahlung ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .30 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .31 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .60 Ohne bildgestützte Einstellung |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ .61 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ .90 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .91 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .a0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .a1 Mit bildgestützter Einstellung, Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .b0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .b1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .c0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .c1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .d0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .d1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-52a.0 Protonentherapie Bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.00 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.01 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ■ 8-52a.1 Protonentherapie Mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.10 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.11 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> |
|--|--|

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020)
(ODER-Verknüpfung):

- **25320** Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen (je Fraktion)
- **25321** Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems (je Fraktion)

Brachytherapie-Boost:

stationär/belegärztlich/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)

Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021)
(ODER-Verknüpfung):

- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von entfernbaren Strahlern in einer Ebene
 - .00 Niedrige Dosisleistung
 - .01 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .02 Hohe Dosisleistung
 - .0x Sonstige
- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen
 - .10 Niedrige Dosisleistung
 - .11 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .12 Hohe Dosisleistung
 - .1x Sonstige

ambulant (§ 295(a) SGB V)

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020)
(ODER-Verknüpfung):

- **25333** Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren

Ausschlüsse:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

ambulant (§ 295(a) SGB V):

- jeweils **90 Tage (Quartal) vor** Beginn der perkutanen Strahlentherapie (ODER-Verknüpfung):
 - N48.4 Impotenz organischen Ursprungs
 - F52.2 Versagen genitaler Reaktion: Erektionsstörung, Impotenz
 - F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellen Verlangen

Daten der klinischen Krebsregister

ADT/GEKID-Basisdatensatz:

| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ adjuvante hormonablativ Therapie in einem Zeitraum 2 Monate vor bis 15 Monate nach Beginn der perkutanen Strahlentherapie | |
|---------------------------|--|---------------------|
| | Feldbezeichnung | Ausprägung |
| | Art der systemischen oder abwartenden Therapie | HO = Hormontherapie |
| | Systemische Therapie Beginn | Datum TT.MM.JJJJ |
| Systemische Therapie Ende | Datum TT.MM.JJJJ | |

Literatur

Adam, S; Koch-Gallenkamp, L; Bertram, H; Eberle, A; Hollecsek, B; Pritzkeleit, 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.

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. *The Oncology Nursing Forum* 43(2): 199-218. DOI: 10.1188/16.ONF.199-218.

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.

2.6 Zusatzparameter „Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie“

| | |
|---|---|
| Bezeichnung | Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie |
| Ziel | Möglichst seltenes Auftreten einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis nach primärer perkutaner Strahlentherapie. |
| 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 |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und primärer perkutaner Strahlentherapie |
| Ausschlusskriterien des Zusatzparameters | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, bei denen vor Beginn der perkutanen Strahlentherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine strahlenbedingte Enteritis/Kolitis oder Proktitis vorlag |
| Hintergrund | <p>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.</p> <p>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 retrospektive 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).</p> |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Primäre Strahlentherapie“ bezieht sich auf Strahlentherapien, die nach der Erstdiagnose des lokal begrenzten Prostatakarzinoms begonnen werden. Dies umfasst keine Strahlentherapie die z. B. nach einer vorausgehenden radikalen Prostatektomie erfolgt |

| | |
|--|--|
| | <p>(sog. Salvage-Strahlentherapie) oder zur Bestrahlung von Lymphknoten- oder Fernmetastasen durchgeführt wird. Diese muss anhand der Sozialdaten bzw. Daten der klinischen Krebsregister ausgeschlossen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Zusatzparameter soll zusätzlich stratifiziert nach alleiniger perkutaner Strahlentherapie und kombinierter Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) ausgewiesen werden |
| Berechnung des Zusatzparameters | |
| Rechenregeln | <p>Die Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise</p> |
| Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters | |
| | <p>Zähler: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn der perkutanen Strahlentherapie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ K52.0 Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung ▪ K62.7 Strahlenproktitis <p>Nenner: <u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Perkutane Strahlentherapie</i> <i>stationär/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-522.0 Telekobaltgerät bis zu 2 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.1 Telekobaltgerät 3 bis 4 Bestrahlungsfelder ▪ 8-522.2 Telekobaltgerät mehr als 4 Bestrahlungsfelder oder 3D-geplante Bestrahlung ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .30 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .31 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .60 Ohne bildgestützte Einstellung |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ .61 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ .90 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .91 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .a0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .a1 Mit bildgestützter Einstellung, Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .b0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .b1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ .c0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .c1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-522.- Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> ▫ .d0 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ .d1 Mit bildgestützter Einstellung; Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-52a.0 Protonentherapie Bis zu 2 Bestrahlungsfelder <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-52a.00 Ohne bildgestützte Einstellung ▫ 8-52a.01 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT) ▪ 8-52a.1 Protonentherapie Mehr als 2 Bestrahlungsfelder |
|--|--|

- 8-52a.10 Ohne bildgestützte Einstellung
- 8-52a.11 Mit bildgestützter Einstellung Inkl.: Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)

ambulant (§ 295(a) SGB V)

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020)
(ODER-Verknüpfung):

- **25320** Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen (je Fraktion)
- **25321** Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems (je Fraktion)

Brachytherapie-Boost:

stationär/belegärztlich/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)

Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021)
(ODER-Verknüpfung):

- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von entfernbaren Strahlern in einer Ebene
 - .00 Niedrige Dosisleistung
 - .01 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .02 Hohe Dosisleistung
 - .0x Sonstige
- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen
 - .10 Niedrige Dosisleistung
 - .11 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .12 Hohe Dosisleistung
 - .1x Sonstige

ambulant (§ 295(a) SGB V)

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020)
(ODER-Verknüpfung):

- **25333** Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren

Ausschlüsse:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

ambulant (§ 295(a) SGB V):

- jeweils **90 Tage (Quartal) vor** Beginn der perkutanen Strahlentherapie (ODER-Verknüpfung):
 - K52.0 Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung

▫ K62.7 Strahlenproktitis

Literatur

Lesperance, RN; Kjorstadt, RJ; Halligan, JB; Steele, SR (2008): Colorectal complications of external beam radiation versus brachytherapy for prostate cancer. *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.

2.7 Zusatzparameter „Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie“

| | |
|--|---|
| Bezeichnung | Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie |
| Ziel | Möglichst seltenes Auftreten einer Harninkontinenz nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie. |
| Zähler | Patienten, die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachytherapie die Diagnose einer Harninkontinenz aufweisen |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und interstitieller Brachy-Monotherapie |
| Ausschlusskriterien des Zusatzparameters | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, die eine kombinierte Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) erhalten ▪ Patienten, bei denen vor Beginn der interstitiellen Brachy-Monotherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harninkontinenz vorlag |
| Hintergrund | <p>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.</p> <p>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).</p> |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |
| Berechnung des Zusatzparameters | |
| Rechenregeln | Die Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise |
| Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachytherapie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] ▪ N39.4 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz <ul style="list-style-type: none"> ▫ N39.40 Reflexinkontinenz |

- N39.41 Überlaufinkontinenz
- N39.42 Dranginkontinenz
- N39.43 Extraurethrale Harninkontinenz
- N39.48 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
- R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz

Nenner:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

stationär/belegärztlich/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)

Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021)

(ODER-Verknüpfung):

- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von entfernbaren Strahlern in einer Ebene
 - -.00 Niedrige Dosisleistung
 - -.01 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - -.02 Hohe Dosisleistung
 - -.0x Sonstige
- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen
 - -.10 Niedrige Dosisleistung
 - -.11 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - -.12 Hohe Dosisleistung
 - -.1x Sonstige
- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von permanenten Strahlern
 - -.20 Bis zu 10 Quellen
 - -.21 Mehr als 10 Quellen

ambulant (§ 295(a) SGB V)

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020/2021):

- **25333** Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren
- **25335** Interstitielle LDR-Brachytherapie

Ausschlüsse für Nenner:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

stationär/ belegärztlich /ambulant am Krankenhaus/ambulant (§ 301 SGB V/§ 295(a) SGB V)

Patienten mit Prozeduren/Gebührenordnungspositionen zur perkutanen Strahlentherapie **UND** interstitiellen HDR-Brachytherapie im gleichen Behandlungszeitraum

Ausschlüsse für Zähler:

| | |
|--|--|
| | <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V):</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ jeweils 90 Tage (Quartal) vor Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie:<ul style="list-style-type: none">▫ N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]▫ N39.4 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz<ul style="list-style-type: none">– N39.40 Reflexinkontinenz– N39.41 Überlaufinkontinenz– N39.42 Dranginkontinenz– N39.43 Extraurethrale Harninkontinenz– N39.48 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz▫ R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz |
|--|--|

Literatur

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.

2.8 Zusatzparameter „Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablative Therapie“

| | |
|---|---|
| Bezeichnung | Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablative Therapie |
| Ziel | Möglichst seltenes Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablative Therapie. |
| Zähler | Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie eine erektilen Dysfunktion entsprechend der Diagnosenliste vorliegt |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und interstitieller Brachy-Monotherapie |
| Ausschlusskriterien des Zusatzparameters | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, die eine kombinierte Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) erhalten ▪ Patienten, bei denen vor Beginn interstitieller Brachy-Monotherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine erektile Dysfunktion vorlag ▪ Patienten mit adjuvanter hormonablativer Therapie |
| Hintergrund | <p>Das Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie bei Patienten ohne adjuvante hormonablative Therapie ist eine postinterventionelle Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.</p> <p>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</p> |

| | |
|--|--|
| | 38,5 % (n = 61) der Patienten nach durchschnittlich 7 Jahren eine anhaltende erektile Dysfunktion Grad 0 bis 1 an (Stone et al. 2007). |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |
| Berechnung des Zusatzparameters | |
| Rechenregeln | Die Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise |
| Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters | |
| | <p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N48.4 Impotenz organischen Ursprungs ▪ F52.2 Versagen genitaler Reaktion: Erektionsstörung, Impotenz ▪ F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellen Verlangen <p>Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär/belegärztlich/ambulant am Krankenhaus (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021) (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von entfernbaren Strahlern in einer Ebene <ul style="list-style-type: none"> ▫ .00 Niedrige Dosisleistung ▫ .01 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate) ▫ .02 Hohe Dosisleistung ▫ .0x Sonstige ▪ 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen <ul style="list-style-type: none"> ▫ .10 Niedrige Dosisleistung ▫ .11 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate) ▫ .12 Hohe Dosisleistung ▫ .1x Sonstige ▪ 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von permanenten Strahlern |

| | <ul style="list-style-type: none"> ▫ .20 Bis zu 10 Quellen ▫ .21 Mehr als 10 Quellen <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V)</i></p> <p>Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020/2021):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 25333 Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren ▪ 25335 Interstitielle LDR-Brachytherapie <p>Ausschlüsse für Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>stationär/ belegärztlich /ambulant am Krankenhaus/ambulant (§ 301 SGB V/§ 295(a) SGB V)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit Prozeduren/Gebührenordnungspositionen zur perkutanen Strahlentherapie UND interstitiellen HDR-Brachytherapie im gleichen Behandlungszeitraum <p>Ausschlüsse für Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ jeweils 90 Tage (Quartal) vor Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▫ N48.4 Impotenz organischen Ursprungs ▫ F52.2 Versagen genitaler Reaktion: Erektionsstörung, Impotenz ▫ F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellen Verlangen <p><u>Daten der klinischen Krebsregister</u></p> <p><i>ADT/GEKID-Basisdatensatz:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ adjuvante hormonablativ Therapie in einem Zeitraum 2 Monate vor bis 15 Monate nach Beginn der interstitiellen Brachy-Monotherapie <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Feldbezeichnung</th> <th style="text-align: left;">Ausprägung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Art der systemischen oder abwartenden Therapie</td> <td>HO = Hormontherapie</td> </tr> <tr> <td>Systemische Therapie Beginn</td> <td>Datum TT.MM.JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Systemische Therapie Ende</td> <td>Datum TT.MM.JJJJ</td> </tr> </tbody> </table> | Feldbezeichnung | Ausprägung | Art der systemischen oder abwartenden Therapie | HO = Hormontherapie | Systemische Therapie Beginn | Datum TT.MM.JJJJ | Systemische Therapie Ende | Datum TT.MM.JJJJ |
|--|---|-----------------|------------|--|---------------------|-----------------------------|------------------|---------------------------|------------------|
| Feldbezeichnung | Ausprägung | | | | | | | | |
| Art der systemischen oder abwartenden Therapie | HO = Hormontherapie | | | | | | | | |
| Systemische Therapie Beginn | Datum TT.MM.JJJJ | | | | | | | | |
| Systemische Therapie Ende | Datum TT.MM.JJJJ | | | | | | | | |

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.

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.

2.9 Zusatzparameter „Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie“

| Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie | |
|--|---|
| Bezeichnung | Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie |
| Ziel | Möglichst seltenes Auftreten einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie. |
| 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 |
| Nenner | Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und interstitieller Brachy-Monotherapie |
| Ausschlusskriterien des Zusatzparameters | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten, die eine kombinierte Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie mit Brachytherapie-Boost) erhalten ▪ Patienten, bei denen vor Beginn der interstitiellen Brachy-Monotherapie (vorausgehendes Quartal) bereits eine strahlenbedingte Enteritis/Kolitis oder Proktitis vorlag |
| Hintergrund | <p>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.</p> <p>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 II und 0 % an einer Proktitis Grad III leiden (Mohammed et al. 2012).</p> |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister ▪ Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Anmerkungen | - |
| Berechnung des Zusatzparameters | |
| Rechenregeln | <p>Die Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.</p> <p>Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise</p> |

Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters

Zähler:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

*ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/
§ 301 SGB V)*

Diagnosen (gemäß ICD-10-GM Version 2021), die 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie erfasst werden (ODER-Verknüpfung):

- K52.0 Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung
- K62.7 Strahlenproktitis

Nenner:

Sozialdaten bei den Krankenkassen

stationär/belegärztlich/ambulant am Krankenhaus/ambulant (§ 301 SGB V/§ 295 SGB V)

Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation Version 2021)
(ODER-Verknüpfung):

- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von entfernbaren Strahlern in einer Ebene
 - .00 Niedrige Dosisleistung
 - .01 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .02 Hohe Dosisleistung
 - .0x Sonstige
- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen
 - .10 Niedrige Dosisleistung
 - .11 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)
 - .12 Hohe Dosisleistung
 - .1x Sonstige
- 8-525.- Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von permanenten Strahlern
 - .20 Bis zu 10 Quellen
 - .21 Mehr als 10 Quellen

ambulant (§ 295(a) SGB V)

Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM-Katalog 2020/2021)

- **25333** Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren
- **25335** Interstitielle LDR-Brachytherapie

| | |
|--|---|
| | <p>Ausschlüsse für Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>stationär/ belegärztlich /ambulant am Krankenhaus/ambulant (§ 301 SGB V/§ 295(a) SGB V)</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Patienten mit Prozeduren/Gebührenordnungspositionen zur perkutanen Strahlentherapie UND interstitiellen HDR-Brachytherapie im gleichen Behandlungszeitraum <p>Ausschlüsse für Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant (§ 295(a) SGB V):</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ jeweils 90 Tage (Quartal) vor Beginn der interstitiellen Brachytherapie (ODER-Verknüpfung):<ul style="list-style-type: none">▫ K52.0 Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung▫ K62.7 Strahlenproktitis |
|--|---|

Literatur

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.

2.10 Zusatzparameter „Durchführung einer psychoonkologischen Beratung im Rahmen der Erstbehandlung“

| Bezeichnung | Durchführung einer psychoonkologischen Beratung im Rahmen der Erstbehandlung |
|---|---|
| Ziel | Möglichst häufig Durchführung einer psychoonkologischen Beratung bei Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom im Rahmen der Erstbehandlung. |
| Zähler | Patienten, bei denen eine erste psychoonkologische Beratung innerhalb von 6 Monaten nach Diagnosestellung durchgeführt wurde |
| Nenner | Alle Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom |
| Ausschlusskriterien des Zusatzparameters | - |
| Hintergrund | <p>Die deutsche S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ empfiehlt, dass bei Patienten mit Prostatakarzinom der Bedarf einer psychoonkologischen Betreuung zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung geprüft und entsprechende Maßnahmen ggf. angeboten werden sollen (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019).</p> <p>Ergebnisse aus zertifizierten Prostatakrebszentren der DKG geben Hinweis darauf, dass nur etwa ein Fünftel (21,5 %) der Patienten in zertifizierten Prostatakrebszentren des Kennzahlenjahrs 2018 stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden. Die Ergebnisse weisen eine hohe Spannweite zwischen den verschiedenen Zentren auf (0,52 % bis 84,73 %) (Burchardt et al. 2020).</p> |
| Erhebungsinstrument | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADT/GEKID-Basisdatensatz bzw. prostataspezifisches Modul der klinischen Krebsregister |
| Anmerkungen | Der Zusatzparameter kann erst nach Einführung der entsprechenden Datenfelder im ADT/GEKID-Basisdatensatz umgesetzt werden. |
| Berechnung des Zusatzparameters | |
| Rechenregeln | Die Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt. Berechnungsart Follow-up: Kohortensichtweise |

Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters**Zähler:**Daten der klinischen Krebsregister

ADT/GEKID-Basisdatensatz:

| Feldbezeichnung | Ausprägung |
|-----------------|----------------------------------|
| Kontakt Art | PS = psychoonkologische Beratung |
| Kontakt Status | J = ja |
| Kontakt Datum | Datum TT.MM.JJJJ |

Nenner:Daten der klinischen Krebsregister

ADT/GEKID-Basisdatensatz:

| Feldbezeichnung | Ausprägung |
|------------------------------------|---|
| Primärtumor Tumordiagnose ICD Code | ICD-Code gemäß aktueller ICD-GM Version |
| Primärtumor Diagnosedatum | TT.MM.JJJJ |
| TNM c/p/u-Präfix T | <ul style="list-style-type: none"> ▪ c oder leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht ▪ p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können |
| TNM T-Kategorie | - |

Literatur

Burchardt, M; Fichtner, J; Wesselmann, S; Mensah, J; Rückher, J; Durm, V; et al. (2020): Kennzahlenauswertung 2020. Jahresbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren. Auditjahr 2019 / Kennzahlenjahr 2018. Version e-A1-de. Stand: 25.06.2020. Berlin: DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]. ISBN: 978-3-948226-16-9. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html?file=files/dkg/deutsche->

[krebsgesellschaft/content/pdf](#) [Download: Prostatakrebszentren > Jahresbericht 2020 (2,3 MB)] (abgerufen am: 14.09.2020).

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2019): AWMF-Registernummer 043-022OL. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms [*Langversion*]. Version 5.1. [Stand:] Mai 2019. Berlin [u. a.]: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2019-06.pdf (abgerufen am: 29.04.2020).