

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

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

Erfassungsjahr 2027

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

Datum der Abgabe 17.04.2026

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

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

Einleitung

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

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

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

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

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

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

Qualitätsziel

Möglichst wenig ambulant behandlungsbedürftige Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie

Hintergrund

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

Leitlinien

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

Literatur

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

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

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

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

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

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

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

Qualitätsziel

Möglichst wenig stationär behandlungsbedürftige Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie

Hintergrund

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

Leitlinien

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

Literatur

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

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

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

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

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

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

442311: Aktive Überwachung mehr als 9 Monate

Qualitätsziel

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

Hintergrund

Leitlinien

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

Literatur

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

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

Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	
--	--

Literatur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org