

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

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

Erfassungsjahr 2027

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

Datum der Abgabe 17.04.2026

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

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

Anhang IV: Funktionen	31
-----------------------------	----

Impressum.....	32
----------------	----

Einleitung

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

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

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

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

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

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

Qualitätsziel

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

Hintergrund

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

Leitlinien

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

Literatur

Nach bildgestützter perkutaner Strahlentherapie (EB-IGRT) des lokal begrenzten Prostatakarzinoms traten in einer großen retrospektiven Analyse aus den USA bei 0,5 % der Patienten mit EB-IGRT urogenitale Strahlenschäden Grad ≥ 3 auf. Auf einzelne Diagnosen hin untersucht, zeigte sich für diese Studienpopulation, dass ca. 2 % der Patienten mit EB-IGRT eine urethrale Striktur, 11 % der Patienten der Gruppe mit EBRT plus HDR-Boost und 4 % der Patienten in der Gruppe mit Brachy-Monotherapie eine urethrale Striktur entwickelten (Mohammed et al. 2012). In der Analyse von Elliott et al. (2007) fanden sich Hinweise für das Auftreten von postinterventionellen Harnröhrenstrikturen und 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).

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

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

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

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

442310: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie

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

Hintergrund

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

Leitlinien

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

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

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

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	
--	--

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

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

Hintergrund

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

Literatur

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

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

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

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

Qualitätsziel

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

Hintergrund

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

Literatur

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

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

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

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

Qualitätsziel

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

Hintergrund

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

Literatur

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

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

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Literatur

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

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

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

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

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

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

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