



URO-Cert Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.

Erhebungsbogen für Kompetenzzentrum Prostata

Version 6.1
24.11.2022



Inhaltsverzeichnis

URO-Cert Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.....	1
Zertifizierungsablauf:.....	3
1. Strukturelle Voraussetzungen für ein Prostatazentrum	4
2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallzahlen.....	4
3. Behandlungsdokumentation	5
4. Anforderungen für das Prostatakarzinom	5
5. Anforderung für das benigne Prostatasyndrom (BPS)	12
6. Anforderung für chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom (CP/CPPS)	13

Erhebungsbogen für URO-Cert Kompetenzzentrum Prostata

Zertifizierungsablauf:

Die empfohlene Vorgehensweise zur Bildung und Zertifizierung eines URO-Cert Kompetenzzentrums ist in den **Generellen Anforderungen** beschrieben

Genutzte Quellen:

- der Leitliniengruppen der AWMF
- Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms; Kurzversion 6.2, Oktober 2021; AWMF-Register-Nummer 043/022OL
- Evidenzbasierte S2e-Leitlinie Benignes Prostatasyndrom (BPS), Diagnostik und Differenzialdiagnostik. AWMF-Register 043 – 034
- Evidenzbasierte S2e-Leitlinie Benignes Prostatasyndrom (BPS), Therapie. Aktualisierung 19.11.2014 AWMF-Register 043 – 035; Zusammenlegung mit 043-34 angemeldet
- EAU Guidelines on "Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO)"
- EAU Guidelines on "Chronic Pelvic Pain"
- Male Lower Urinary Tract Dysfunction - Expertenkonsens der ICUD-Gruppe 2006
- Forderungen aus der „Arbeitsgruppe Zertifikatentwicklung“ des URO-Cert Verbandes der urologischen Kompetenzzentren e.V. und Anregungen zertifizierter URO-Cert-Prostatazentren
- Erhebungsbogen für Prostatakarzinomzentren der DKG

Hinweis

Grundsätzlich sind die Vorgaben/Empfehlungen der jeweils aktuellen Fassung der im Erhebungsbogen zitierten Leitlinien und Guidelines zu beachten.

1. Strukturelle Voraussetzungen für ein Prostatazentrum	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
1.1 Leitlinienumsetzung <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung der Leitlinien für PCA und BPS In den jeweils gültigen aktuellen Versionen sowie • Anwendung der Empfehlungen des Expertenconsenses für Prostatitis 	
1.2 Spezifische personelle Voraussetzungen Anzahl der Fachärzte in Tätigkeit für das Kompetenzzentrum Prostata <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der speziell ausgebildeten Operateure für die radikale Prostatektomie (RP) • 25 RP/Facharzt/Jahr als Operateur bzw. Seniorassistent (s. S3-LL PCa Nr. 6.17.) • 20 OPs/ Facharzt/ als Operateur bzw. Seniorassistenz für TUR-P/ Vaporisation/HoLEP u.a. Beschreibung der speziellen Ausbildung dieser Operateure <ul style="list-style-type: none"> • Die rad. Prostatektomie soll nur unter der Leitung eines erfahrenen Operateurs durchgeführt werden (s. S3-LL PCa Nr. 6.17.) • Als Grundvoraussetzung gelten 100 selbstständig durchgeführte Operationen 	Anzahl: Namentliche Nennung Anzahl: Namentliche Nennung

2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallzahlen	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
2.1 Nachweis der Anzahl betreuter Patienten mit Prostataerkrankungen / Jahr	
2.1.1 In einem Zentrum müssen mindestens 50 Erstdiagnosen PCa, lokalisiert oder metastasiert oder Rezidiv / Jahr erfasst und behandelt werden	Anzahl:
2.1.2 BPS: mind. 50 neu diagnostizierte BPS-Fälle (operativ oder konservativ) /Jahr	Anzahl:
2.1.3 Prostatitis/CPPS: mind.10 nach NIH klassifizierte Fälle / Jahr	Anzahl:
2.2 Interdisziplinäre Indikationskonferenzen über PCa-Patienten: <ul style="list-style-type: none"> • Obligatorisch für: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle Primärfälle mit diskussionswürdiger Histologie (>pT3a, R1, pN+); ○ alle Rezidive oder ○ metastasierte Patienten • Teilnehmer: Urologe, Strahlentherapeut, Onkologe/Facharzt mit Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie Pathologie sowie bedarfsweise weitere Fachdisziplinen (Radiologie, Nuklearmedizin) • <i>Ergänzende Anforderungen beachten, siehe Ziffer 2.2 in EB gA</i> 	Nachweis führen

3. Behandlungsdokumentation	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
3.1 Tumordokumentation <ul style="list-style-type: none"> Bei PCa: einheitlicher onkologischer Basisdatensatz von ADT und GEKID einschließlich des Moduls zum Prostatakarzinom Erfassung der ICHOM Parameter und PROM erwünscht 	Dokumentation der Basisdaten
3.2 Umfang der Behandlungsdokumentation <ul style="list-style-type: none"> Bei Erstzertifizierung müssen bereits ein Drittel der geforderten Fälle in der Dokumentation vorliegen PCa: Pt. mit Diagnose PCa sollen nach Möglichkeit eingewiesen werden, ihre Krankheitsverläufe unter Verwendung spezifischer Nachsorgebögen zu dokumentieren BPS: alle operativen Fälle Alle Prostatitisfälle Mindestmengen-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> Optiert das Zentrum für Mindestmengen-Dokumentation sind pro Praxis jährlich folgende Fallzahlen zu dokumentieren: <ul style="list-style-type: none"> 20 Patienten mit BPS unter medikamentöser Therapie 10 Patienten mit BPS nach instrumenteller Therapie 10 Patienten mit PCa nach definitiver Therapie (RPE, RT, AS,...) 10 Patienten mit PCa unter systemischer Therapie (LHRH, Chemo,...) 5 Patienten mit Prostatitis 	Dokumentation

4. Anforderungen für das Prostatakarzinom	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
4.1 Früherkennung PCa	
4.1.1 Indikationsstellung zur Biopsie Im Rahmen der Früherkennung soll eine Prostatabiopsie bei Vorliegen von mindestens einem der folgenden Kriterien empfohlen werden: <ul style="list-style-type: none"> kontrollierter PSA-Wert von ≥ 4 ng/ml bei der erstmaligen Früherkennungskonsultation unter Berücksichtigung von Einflussfaktoren; karzinomverdächtiges Ergebnis bei der digital-rektalen Untersuchung; auffälliger PSA-Anstieg (ohne Wechsel des Bestimmungsverfahrens) Bei jüngeren Patienten kann individuell auch bei niedrigeren PSA-Werten eine Biopsie-Indikation gestellt werden. 	
4.1.2 Biopsieschema <ul style="list-style-type: none"> Schnittstellenübergreifende Verfahrensanweisung im gemeinsamen Handbuch Es sollen in der Regel 10-12 Biopsiezylinder von je min. 1 cm Länge unter Antibiotikaschutz und transrektaler Ultraschallkontrolle entnommen werden (S3-LL PCa 5.1.) und einzeln archiviert werden Rektalabstriche auf Chinolonselektivagar vor Biopsie bei Risikopatienten. (e.g. Chinolontherapie 6-12 Monate vorher, rez. Prostatabiopsien z.B. bei 	

<p>Active Surveillance, Reiseanamnese (bei Reisen in Länder mit hoher Fluorchinolonresistenz))</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternativ perineale Biopsie • Alternativ MRT-Fusionsbiopsie • Qualitätsparameter Biopsie-Indikation: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mindestens 20% der Patienten mit Stanzbiopsien müssen positiv sein ○ Eine Auswertung muss vorgelegt werden 	<p>Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform</p>
<p>4.1.3 Biopsieversand</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versand in Transportmedien, in denen die Aufarbeitung der Zielparameter gewährleistet ist • Vorzugsweise sollen Histokassetten zum Einzelprobenversand verwandt werden 	
<p>4.1.4 PSA-Diagnostik (S3- LL PCa 5.2., 5.2.1, 5.3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kennzeichnung der im Zentrum verwendeten Assays • Ggf. Adaptation an normierte Verfahren (z.B. Abbott) • Beschreibung der Probenaufbereitung und des Probenversandes • Risikoadaptierte PSA-Diagnostik: Altersgruppe ab 45 Jahre und einer Lebenserwartung > 10 Jahre PSA < 1 ng/ml: Intervall alle 4 Jahre PSA 1-2 ng/ml: Intervall alle 2 Jahre PSA > 2 ng/ml: Intervall jedes Jahr Für Männer über 70 Jahre und einem PSA-Wert < 1ng/ml wird eine weitere PSA-gestützte Früherkennung nicht empfohlen. • obligate Bestimmung von Gesamt-PSA (tPSA) • fakultative Bestimmung von freiem PSA (fPSA) und Berechnung des PSA-Quotienten oder fakultative Bestimmung des komplexierten PSA (cPSA). • fakultative Bestimmung von ultrasensitivem PSA 	

<p>4.2 Therapie PCa</p>	
<p>4.2.1 Konservative Therapie</p>	
<p>4.2.1.1 Active Surveillance (S3-LL PCa Nr. 6.8.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzubieten bei lokal begrenztem Low Risk PCa und Möglichkeit zur kurativen Therapie entsprechend der Einschlusskriterien der S3 Leitlinie • andere AS-Programme nur unter Studienbedingungen • Dokumentation aller Fälle in AS 	<p>Umsetzung beschreiben</p>
<p>4.2.1.2 Watchful Waiting (S3-LL PCa Nr. 6.11.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzubieten bei Lebenserwartung unter 10 Jahren bei lokal begrenztem PCa • Dokumentation der Fälle in WW 	<p>Umsetzung beschreiben</p>
<p>4.2.2 Operative Therapie</p>	
<p>4.2.2.1 Indikation zur operativen Therapie nach S3-LL PCa 6.3.1., 6.4.1.</p>	

<p>4.2.2.2 Beschreibung der vorgehaltenen OP-Verfahren (z.B. Roboter, Lap., offene RP, HiFu) im Handbuch des Zentrums</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuordnung der Operateure bei mehreren Techniken • Abbildung der Verfahren im gem. Zentrumshandbuch • Wenn möglich soll eine Nerv erhaltende OP angeboten werden 	<p>Umsetzung beschreiben</p>
<p>4.2.2.3 Therapiefälle PCa-Operationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 25 Fälle/Jahr/Operateur oder Seniorassistent unabhängig von der OP-Technik (gezählt werden: RPX, Zystektomie mit und ohne PCa, Salvage OP) • Die Zahl der Operationen in der jeweiligen Technik muss aufgeführt werden • Alternativ kann die Erfahrung aus der operativen Lebensleistung herangezogen werden. Diese muss mindestens 500 rad. Prostatektomien beinhalten, bei akzeptablen Benchmark Parametern <p>Voraussetzung: Die Mindestzahl von 25 Operationen kann nur bei einem positivem Audit-Ergebnis anerkannt werden</p>	<p>Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform</p>

<p>4.2.3 Strahlentherapie <i>Bei Vorliegen einer QM-System- oder Joint Commission-Zertifizierung ist zu beschreiben, wie die Anforderungen der Fachgesellschaften erfüllt werden; die Beschreibung/Aufführung und Erfüllung der von den QM-Systemen geforderten Kriterien (4.2.3.1. bis 4.2.3.5) entfällt.</i></p>	
<p>Kriterium</p>	<p>Bearbeitungshinweise</p>
<p>4.2.3.1 Beschreibung der Bestrahlungstechniken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strahlentherapie im kurativen definitiven Setting mindestens 74 bis ≤ 80 Gy (S3-LL PCa Nr. 6.18.-6.24. sowie Nr. 6.43.-6.48.). Eine perkutane dosiseskalierte Bestrahlung soll in bildgeführter IMRT/VMAT-Technik erfolgen. (IMRT/IGRT: Cone-beam CT, Gold Seeds als Fiducial Marker) Radiatio der Lymphabflußwege ist optional • 3D percutane Radiotherapie mit >72 Gy bei Patienten mit Niedrigrisiko PCa soll ebenfalls in IMRT/VMAT erfolgen. Modifikation der Therapie bei mittlerem und hohem Risiko (S3-LL PCa Nr. 6.22.) • LDR-Brachytherapie bei niedrigen Risikoprofil des lokal begrenzten PCA oder HDR-Brachytherapie kann (auch in Kooperation möglich) angeboten werden nach S3-LL PCa Nr. 6.3.3) • LDR-Brachytherapie soll die G-BA-Voraussetzungen erfüllen. 	
<p>4.2.3.2 Durchführung der Strahlentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt oder entsprechend der Vorgabe der Fachgesellschaft pro Beschleuniger • Qualifizierte Vertretungsregelung • Insgesamt 50 Fälle pro Jahr (definitiv oder postoperativ; primär/ sekundär) incl. Metastasen-Bestrahlung. Die Anzahl der Prostatakarzinom-Fälle insgesamt ist relevant. 100 Fälle pro Prostatazentrum (keine Vorgaben zur Risikostratifizierung). Keine Vorgaben zur Anzahl der Primärfälle mit definitiver Strahlentherapie • Die Salvage-RT (SRT) sollte bei einem PSA < 0,5 ng/ml erfolgen (70 % d.F.) • Bei Strahlentherapie und hormonablativer Therapie eines lokal 	<p>Namentliche Nennung</p> <p>Namentliche Nennung</p> <p>Dokumentation</p>

<p>begrenzten PCa mit mittlerem und hohem Risiko sollte der Anteil der Patienten mit zusätzlicher adjuvanter Therapie bei 70 % liegen</p> <ul style="list-style-type: none"> • LDR-Brachytherapie: Die Durchführung dieser Therapieform ist optional. Wird die Technik durchgeführt, dann sollte die D 90 über 130 Gy liegen (> 90 % d. Fälle). Post-Interventionelle Kontrollen sind für den Fall der Durchführung verpflichtend. • HDR- Brachytherapie: Die Durchführung dieser Therapieform ist optional. • Für alle Verfahren gilt: Durchführung nach Empfehlung der aktuellen S3-LLs sowie der Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA • Die unerwünschten Nebenwirkungen ≥ 3 RTOG müssen dokumentiert werden. • Behandlungsbaum im Zentrumshandbuch 	
<p>4.2.3.3 Organisation der Aus- und Weiterbildung des medizinisch-technischen und des ärztlichen Personals</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel: mindestens 4 Mal pro Jahr. Zwei davon können übergreifend auch in anderen Organkrebszentren erfolgen. • Regelmäßige fachbezogene Fortbildungen. • Wissenschaftliche Fortbildungsveranstaltungen zur Prostata (Programm) 	
<p>4.2.3.4 Nachsorge nach Strahlentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der Nachsorge nach Vorgaben der deutschen Gesellschaft für Strahlentherapie (DEGRO). • Gewährleistung von regelmäßigen Toxizitätskontrollen beim Radioonkologen für mindestens 5 Jahre (Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin) 	<p>Dokumentation in</p>
<p>4.2.3.5 Palliative Strahlentherapie von Knochenmetastasen: (S3-LL PCa Nr. 7.47. - 7.52.)</p> <p>Die Indikation zur Bestrahlung von Knochenmetastasen besteht bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen • drohender Stabilitätsgefährdung • drohender Neurologie/Querschnittlähmung • drohender Neurologie/Querschnittlähmung <ul style="list-style-type: none"> ○ primäre chirurgische Dekompression mit anschließender Radiotherapie ○ Alternativ primär osteosynthetische Versorgung ○ oder Notfallstrahlentherapie mit erster Fraktion innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt der Symptome anstreben. • Oligometastasierte Fälle (1-5 Metastasen) sollten in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden. 	

<p>4.2.4 Nuklearmedizin</p>	
<p>Kriterium</p>	<p>Bearbeitungshinweise</p>
<p>4.2.4.1 Durchführungsvoraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1 Facharzt oder Fachkundenachweis • Vertretungsregelung • Vorgehaltene Methoden: <ul style="list-style-type: none"> ○ Obligat: Knochenszintigrafie 	<p>Namentliche Nennung Namentliche Nennung</p>

4.2.4 Nuklearmedizin	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
○ Fakultativ: PET, PET-CT, stationäre Radionuklidtherapie	
4.2.4.2 Der schriftliche Befund muss spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	Umsetzung beschreiben

4.3 Onkologie PCA	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
4.3.1 Durchführungsvoraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Urologie mit Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie • Alternativ 1 Facharzt Hämato-Onkologe • Qualifizierte Vertretungsregelung • Erfüllung der Voraussetzungen analog regional geltender Onkologievereinbarung • Die Einrichtung muss zur Aufrechterhaltung der Expertise jährlich Chemotherapien bei mindestens 20 urologischen Patienten, darunter 5 metastasierten durchführen. • Mitarbeit in Kernteams nach ASV erwünscht 	Namentliche Nennung Namentliche Nennung
4.3.2 Zusammenarbeit mit einer Palliativstation resp. Hospizeinrichtung <ul style="list-style-type: none"> • Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen • Die palliativmedizinische Versorgung muss dokumentiert werden • Anbindung an die SAPV sollte vorhanden sein 	Namentliche Nennung Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform

4.4 Pathologie PCA	
<i>Bei Vorliegen einer QM-System Zertifizierung oder einer DAkkS-Akkreditierung entfällt die Beschreibung der nachfolgenden Kriterien</i>	
Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
4.4.1 Anzahl der Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1 Facharzt • Vertretungsregelung • Beschreibung der speziellen Kenntnisse in der Befundung der Histologie von Prostatagewebe • Curriculum des verantwortlichen FA • Qualifizierte Vertretungsregelung • Möglichkeit der Schnellschnittdiagnostik innerhalb von 30 Min. 	Namentliche Nennung Namentliche Nennung
4.4.2 Histologische Beurteilung <ul style="list-style-type: none"> • Prostatagewebsproben • Lymphknotenhistologie • Gewebsbeurteilung aus anderen Körperregionen 	
4.4.3 Anforderungen an Biopsieberichte Pathologieberichte von Stanzbiopsien müssen folgende festgelegte Parameter enthalten:	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform

<ul style="list-style-type: none"> • Gleason für jede Biopsie einzeln (entsprechend des modifizierten Gleason-Gradings der aktuellen ISUP-Leitlinie (2005/2014/2017)) • Angaben zur Ausdehnung in der Biopsie (Vol%, mm) • Anzahl der pos. Biopsien • Lokalisation aller Biopsien • Möglichkeit zur Durchführung immunhistochemischer Untersuchungen (Basalzellkeratine, p63, PSA, Racemase) • Einteilung des Prostatakarzinoms und seiner Varianten gemäß der aktuellen WHO-Klassifikation. 	
<p>4.4.4 Anforderungen an Aufarbeitung und Befundbericht zur radikalen Prostatovesikulektomie (entsprechend der aktuellen ISUP-Leitlinien)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farbmarkierung der Absetzungsränder mit Tusche seitengetreunt mit mindestens 2 Farben • Getrennte sagittale Aufarbeitung der Absetzungsränder am Apex und Blasenboden • Aufarbeitung in 3-5 mm dicken Scheiben und Kompletteinbettung nach vollständiger Fixation • Pathologieberichte von Prostatapräparaten müssen folgende festgelegte Parameter enthalten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Angabe der Karzinomlokalisierung und der semiquantitativ geschätzten Tumorausdehnung (% des befallenen Parenchyms oder max. Tumorausdehnung in mm) ○ Angabe der pT-Kategorie ○ Angabe der Lokalisation der extraprostatatischen Ausdehnung ○ Angabe des R-Status mit Ort der Randbeteiligung sowie Ausdehnung des positiven Absetzungsrandes bei R1 und minimaler Abstand zum Rand bei R0 ○ Gleason Score ○ Angabe einer Lymphangiosis carcinomatosa (L1), Hämangiosis carcinomatosa (V1) und Perineuralscheideninfiltration (Pn1). • Bei Lymphadenektomie getrennte Beurteilung der Lymphknoten nach Regionen und vollständige Einbettung aller erkennbaren Lymphknoten • Angabe der Zahl befallener Lymphknoten und Zahl untersuchter Lymphknoten sowie Angabe des Durchmessers der größten Metastase 	
<p>4.4.5 Organisation der Aus- und Weiterbildung für das ärztliche Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel: mind. 2 Mal pro Jahr • Regelmäßige fachbezogene Fortbildungen zum Thema Prostata sollten durchgeführt werden • Referenzpathologie sollte zur Verfügung stehen 	
<p>4.4.6 Anzahl der Prostatakarzinomfälle mind. 50 prä- und 50 posttherapeutische Fälle/Jahr</p>	Nachweis aus Journal

<p>4.5 Qualitätsparameter PCA</p>	
<p>Kriterium in Verbindung mit EB gA Ziffer 6.ff</p>	<p>Erläuterungen/ Erfüllung</p>
<p>4.5.1 Ergebnisqualität nach Active Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dauer der AS 	<p>Dokumentation in gemeinsamer</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Grund für den Abbruch der Strategie • Erfassung des Behandlungs-Outcomes 	Datenbankplattform
<p>4.5.2 Ergebnisqualität nach RP</p> <ul style="list-style-type: none"> • R1 Resektionsraten bei pT2 c/pN0 oder Nx M0 Patienten sollten max. 10% betragen • Pelvine LA nach S3-LL PCa Nr. 6.31.-6.34. • Mindestens 10 LK (S3-LL PCa Nr. 6.34.) • Transfusionshäufigkeit < 5% • Erfassung des Behandlungs-Outcomes • Inkontinenzrate im Follow-up, Kriterium: ICIQ • Impotenzrate im follow-up, Kriterium: IIEF • Postoperative Morbidität: Bezugsgröße ist die Zahl der RPX /Jahr • Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen innerhalb der ersten 90 Tage postoperativ in der eigenen Einrichtung (maximal 5%). Die Revisionen müssen spezifiziert (Nachblutung, Darmverletzung, Harnleiterverletzung o.a.) sein. • Nerverhaltende OP erwünscht bei geeigneten Patienten (IIEF>22) • Postoperative Wundinfektionen: max. 5% 	<p>Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform</p> <p>Dokumentation im follow-up</p>
<p>4.5.3 Ergebnisqualität nach Radiatio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morbidität: <5% III/IV RTOG Spätfolgen an Blase und Rektum • „Lost to follow up“: <25% • Permanente Seedimplantation: D90 >130 Gy bei mehr als 90% der Patienten (Nachplanung erforderlich) • Erfassung des Behandlungs-Outcome nach ICHOM Parametern und PROM 	
<p>4.5.4 Ergebnisqualität nach medikamentöser Tumorthherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dauer und Art der Therapie • Zeit bis zum biochemischen Rezidiv • PCA-spezifische und Gesamtüberlebenszeit • Erfassung des Behandlungsauscomes nach ICHOM Parametern und PROM 	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform
<p>4.5.5 Ergebnisqualität allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA-rezidivfreie Überlebenszeit, DFS (Disease Free Survival) • Dokumentation der NICHT-Tumor bedingten Mortalität • Anteil und Zeitpunkt der Rezidive je Stadium und Therapieart • Zeitpunkt der Fernmetastasen • OAS (Overall Survival) • Lebensqualität (LQ) 	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform

5. Anforderung für das benigne Prostatasyndrom (BPS)

5.1 Diagnostik BPS	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
5.1.1 Vorhalten aller diagnostischen Standards <ul style="list-style-type: none"> Diagnostik gemäß Leitlinie zur Diagnostik und Differentialdiagnostik des BPS Ausschluss einer signifikanten Obstruktion Uroflowmetrie ist fester Bestandteil der Diagnostik, Nachweis der Dokumentation Vorhalten eines urodynamischen Arbeitsplatzes 	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform
5.1.2 PSA-Diagnostik <ul style="list-style-type: none"> Kennzeichnung der im Zentrum verwendeten Assays Ggf. Adaptation an normierte Verfahren (z.B. Abbott) Beschreibung der Probenaufbereitung und des Probenversandes obligate Bestimmung von Gesamt-PSA (tPSA) fakultative Bestimmung von freiem PSA (fPSA) und Berechnung des PSA-Quotienten oder fakultative Bestimmung des komplexierten PSA (cPSA) 	

5.2 Operative Therapie BPS	
Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
5.2.1 Indikationsstellung nach S2e-LL BPS-Therapie (in Überarbeitung) <ul style="list-style-type: none"> Dokumentation der Indikationsstellung Neben der TUR-P muss mind. eine alternative nichtmedikamentöse Therapie angeboten werden 	Umsetzung in VA beschreiben Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform
5.2.2 Operative Techniken <ul style="list-style-type: none"> Auflistung der im Zentrum angebotenen OP-Techniken Therapiefälle >20 /Jahr/Operateur inklusive Seniorassistenz Fallzahl der operativen Therapie getrennt nach OP-Technik/Jahr/ Operateur 	
5.2.3 Dokumentation Alle operativen BPS-Fälle	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform

5.3 Qualitätsparameter BPS	
Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
5.3.1 Ergebnisqualität (stationär bzw. poststationär) <ul style="list-style-type: none"> Therapieendpunkte nach operativer Therapie (IPSS, IIEF, Qmax, Prostata-Vol., Restharn) Inkontinenz nach Therapie, objektiviert durch 24h Pad-Test nach ICS-Kriterien Impotenz nach Therapie gemäß der Einteilung nach Porst Transfusionsraten bei operativer Therapie <10% Re-Interventionsrate <10% nach 6 Mo, 1, 2 und 5 Jahren und Grund der Re-Intervention 	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform

<ul style="list-style-type: none"> • Re-Therapie (Art und Dauer) 	
5.3.2 Dokumentation der Ergebnisse (siehe 3.2 und 6.3 EB gA)	

6. Anforderung für chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom (CP/CPPS)	
6.1 Diagnostik CP/CPPS	
Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
6.1.1 Einhaltung der diagnostischen Standards <ul style="list-style-type: none"> • Gebrauch der NIH-Klassifikation der Prostatitis • Anwendung der 2-Gläser-Probe (Prä- und Post-Massagetest) • Gebrauch des NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) • Gebrauch einer Phänotypisierungsstrategie ist zu empfehlen (z.B. UPOINTS-Typisierung) 	Umsetzung in VA beschreiben
6.2 Therapie CP/CPPS	
6.2.1 Behandlung entsprechend der NIH-Klassifikation der Prostatitis <ul style="list-style-type: none"> • Therapie nach den EAU-Empfehlungen 2015 • Individualisierte, Phänotyp orientierte Therapie 	Umsetzung beschreiben
6.2.2 Behandlungsergebnis Auf Basis der Diagnose z.B. <ul style="list-style-type: none"> • Geheilt • Gebessert • Übergang Chronisch • Rezidivierend • Unverändert zum Initialstatus 	Anzahl Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform
6.3 Qualitätsparameter Prostatitis	
6.3.1 Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationsverfahren /-Beauftragter • Anzahl der CP/CPPS-Fälle nach NIH-Klassifikation pro Zentrum: • >10 (Gesamtzentrumszahl) bei Erstzertifizierung • >50 (Gesamtzentrumszahl) bei Re-Zertifizierung • 5 bei Mindestmengenentscheidung (siehe 3.2) 	Anzahl Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform
6.3.2 Vorhalten eines CP/CPPS-Beauftragten im Zentrum (Facharzt) <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der Kooperation mit einem schmerztherapeutisch kundigen Arzt 	Namentliche Nennung