

URO-Cert Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.

Erhebungsbogen für Kompetenzzentrum Prostatakarzinom

Version 6.3
08.12.2025

Inhaltsverzeichnis

Inhalt

URO-Cert Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.	1
Zertifizierungsablauf:.....	3
Präambel.....	3
1. Strukturelle Voraussetzungen für ein Prostatazentrum.....	4
2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallzahlen	4
3. Behandlungsdokumentation	5
4. Anforderungen für das Prostatakarzinom	5

Erhebungsbogen für URO-Cert Kompetenzzentrum Prostatakarzinom

Zertifizierungsablauf:

Die empfohlene Vorgehensweise zur Bildung und Zertifizierung eines URO-Cert Kompetenzzentrums ist im **EB Generelle Anforderungen** beschrieben

Genutzte Quellen:

- S3-Leitlinie Prostatakarzinom, **Version 8.1 - August 2025**, AWMF-Registernummer 043 - 022OL
- 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/OnkoZert

Hinweis

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

Präambel

Die Zertifizierung als Kompetenzzentrum für das Prostatakarzinom (PCa) verfolgt das Ziel, die Qualität der Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Patienten mit PCa transparent und messbar zu gestalten. Das Zertifikat richtet sich an urologische Kliniken und Praxen, die auf der Grundlage strukturierter Qualitätskriterien und Leitlinienvorgaben eine qualitätsgesicherte Versorgung nachweisen möchten.

Diese Zertifizierung wurde von Urologen für Urologen entwickelt. Sie steht grundsätzlich allen urologischen Kliniken offen – auch solchen, die nicht über eine KTQ- oder ISO-Zertifizierung verfügen, sofern ein grundlegendes Qualitätsmanagement vorhanden ist. Sie dient der Abbildung der Versorgungsqualität mit Orientierung an der evidenzbasierten S3-Leitlinie „Prostatakarzinom“ (AWMF 043-022OL). Über die Etablierung gemeinsamer Standards soll die Zertifizierung den kontinuierlichen Ausbau der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fördern und einen Rahmen für die qualitative Weiterentwicklung der beteiligten Zentren schaffen.

1. Strukturelle Voraussetzungen für ein Prostatazentrum	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
1.1 Leitlinienumsetzung Anwendung der Leitlinien für PCA In der gültigen aktuellen Version	
1.2 Spezifische personelle Voraussetzungen Anzahl der Fachärzte in Tätigkeit für das Kompetenzzentrum Prostata - Anzahl der speziell ausgebildeten Operateure für die radikale Prostatektomie (RP): ≥ 2 25 RP/Facharzt/Jahr als Operateur bzw. Seniorassistent Beschreibung der speziellen Ausbildung dieser Operateure - 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:
2.2 Einweisung eines Patienten in Kompetenzzentrum - Anlegen eines Behandlungsplans auf Basis der Befunde (Biopsie, PSA, Therapievorschlag) - Pat.-Gespräch anbieten und durchführen (ggf. interdisziplinär) - Behandlungsplan ergänzen - Vergabe OP-Termin - Strahlentherapieplanung	Umsetzung beschreiben
2.3 Interdisziplinäre Indikationskonferenzen über PCa-Patienten - Obligatorisch für: - Alle Primärfälle mit diskussionswürdiger Histologie ($>pT3a$, R1, pN+); - alle Rezidive oder - metastasierte Patienten - Mind. 10 Pat. mit kastrationsresistentem PCa / Jahr	Nachweis führen

- Teilnehmer: Urologe, Strahlentherapeut, Onkologe/Facharzt mit Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthapie Pathologe sowie bedarfsweise weitere Fachdisziplinen (Radiologie, Nuklearmedizin Psychoonkologe, Sozialarbeit, Pflege) und in der Palliativsituation tätige Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie) - Zugang von Pat. zur prätherapeutischen Konferenz Ergänzende Anforderungen beachten, siehe Ziffer 2.2 in EB gA	Beschreiben, wie ein Pat. zur prätherapeutischen Konferenz, bzw. in einer Spezial-Sprechstunde vorgestellt wird (VA)
--	--

3. Behandlungsdokumentation

Kriterium	Bearbeitungshinweise
3.1 Tumordokumentation - Bei PCa: einheitlicher onkologischer Basisdatensatz von ADT und GEKID einschließlich des Moduls zum Prostatakarzinom - Benennung eines Dokumentationsbeauftragten mit Verantwortung für die Tumordokumentation sowie für die Meldung an das Landeskrebsregister - Die von URO-Cert empfohlene Datenbankplattform URO-Cert-Cloud bietet umfangreiche Selektionsoptionen und erlaubt über die Funktion „Generische Auswertungen“ die für die Auditierung erforderlichen Daten zu generieren - Erfassung der ICHOM Parameter und PROM erwünscht	Dokumentation der Basisdaten in der von URO-Cert empfohlenen cloud-basierten Datenbankplattform Namensangabe; VA für Aufgabenbereich erstellen
3.2 Umfang der Behandlungsdokumentation - Bei Erstzertifizierung müssen bereits ein Drittel der geforderten Fälle in der Dokumentation vorliegen - PCa-Patienten sollen nach Möglichkeit eingewiesen werden, ihre Krankheitsverläufe unter Verwendung spezifischer Nachsorgebögen eigenhändig zu dokumentieren	Dokumentation

4. Anforderungen für das Prostatakarzinom

Kriterium	Bearbeitungshinweise
4.1 Früherkennung PCa	
4.1.1 Indikationsstellung zur Biopsie (Empfehlungen zur Stanzbiopsie der Prostata beachten, S3 LL, Kap. 5.1, Kap. 5.2.1 und 5.2.2) Im Rahmen der Früherkennung soll eine Prostatabiopsie bei Vorliegen von mindestens einem der folgenden Kriterien empfohlen werden: - 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 Bitte orientieren an S3 LL, Empfehlungen Nr. 5.1 ff	

• 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 Chinolonselktivagar vor Biopsie bei Risikopatienten. (e.g. Chinolontherapie 6-12 Monate vorher, rez. Prostatabiopsien z.B. bei Active Surveillance, Reiseanamnese (bei Reisen in Länder mit hoher Fluorchinolonresistenz) • Alternativ perineale Biopsie • Alternativ MRT-Fusionsbiopsie • Qualitätsparameter Biopsie-Indikation: ▪ Mindestens 20% der Patienten mit Stanzbiopsien müssen positiv sein ▪ Eine Auswertung muss vorgelegt werden	Schnittstellenübergreifende Verfahrensanweisung im gemeinsamen Handbuch Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform
4.1.3 Biopsieversand • Versand in Transportmedien, in denen die Aufarbeitung der Zielparame-ter gewährleistet ist • Vorzugsweise sollen Histokassetten zum Einzelprobenversand ver-wandt werden	
4.1.4 Labordiagnostik • Das kooperierende Labor sollte nach Möglichkeit akkreditiert sein • Sofern es nicht akkreditiert ist, muss es von einem fachlich qualifizier-ten Laborleiter geführt werden • Das Labor muss komplexe Befundung ermöglichen • Grundsätzlich sollte das Labor für die Parameter Gesamt-PSA und freies PSA akkreditiert sein	
4.1.5 PSA-Diagnostik (S3- LL PCa, Kap. 4.1 und 5.3) • 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 < 1 ng/ml wird eine wei-tere 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	
4.1.6 Radiologie • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie, • Schriftliche Vertretungsregelung • Vorzuhalten sind:	Namentliche Benennung

▪ Konvent. Röntgengerät ▪ Spiral- CT (Staging von Fernmetastasen) ▪ Sonographie (auch transrektal) ▪ mp-MRT (1,5 oder 3 Tesla) zum Staging ▪ standardisierter Befundbericht – möglichst nach 48 h	VA zu Durchführung und Befundung
4.2 Therapie PCa	
4.2.1 Konservative Therapie	
4.2.1.1 Active Surveillance (S3-LL PCa, Kap. 6.2, s. auch Abbildung 1 Flussdiagramm Aktive Überwachung, S.44) • 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	Umsetzung beschreiben
4.2.1.2 Watchful Waiting (S3-LL PCa, Kap. 6.7, Empfehlungen Nr. 6.74, 6.75) • Anzubieten bei Lebenserwartung unter 10 Jahren bei lokal begrenztem PCa • Dokumentation der Fälle in WW	Umsetzung beschreiben
4.2.2 Operative Therapie	
4.2.2.1 Information des Patienten • Der Patienten ist im Rahmen eines Gesprächs hinreichend über Diagnose und die geplante Therapie zu informieren • Alternative Therapieoptionen sind aufzuzeigen • Einholen einer Zweit-Meinung ist anzubieten • Führen eines Entlassungsgesprächs obligatorisch • Nachweis führen durch Protokoll/Aufzeichnung	VA zur Beschreibung des Vorgehens erstellen
4.2.2.2 Beschreibung der vorgehaltenen OP-Verfahren (z.B. Roboter, Lap., offene RP, HiFu) im Handbuch des Zentrums • Zuordnung der Operateure bei mehreren Techniken • Abbildung der Verfahren im gem. Zentrumshandbuch bzw. Durchführung gemäß der gültigen Leitlinie • Wenn möglich soll eine nerverhaltende OP angeboten werden • mindestens 1 OP-Saal für Prostataoperationen regelmäßig verfügbar • Postoperative Versorgung • operative Notfallversorgung über 24h muss gegeben sein	Umsetzung beschreiben Post-operative Versorgung in VA beschreiben
4.2.2.3 Therapiefälle PCa-Operationen • Mindestens 25-Fälle/Jahr/Operateur oder Seniorassistenz 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	Dokumentation in gemeinsamer Datenbank-plattform

Alternativ kann die Erfahrung aus der operativen Lebensleistung herangezogen werden. Diese muss mindestens 500 rad. Prostatektomien beinhalten, bei akzeptablen Benchmark Parametern Voraussetzung: Die Mindestzahl von 25 Operationen kann nur bei einem positivem Audit-Ergebnis anerkannt werden	
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>	
4.2.3.1 Beschreibung der Bestrahlungstechniken - Strahlentherapie im kurativen definitiven Setting mindestens 74 bis ≤ 80 Gy (S3-LL PCa, Empfehlung Nr. 6.18 -6.24 sowie Nr. 6.51 - 6.56). Eine perkutane dosisesskalierte 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 Niedrigisiko PCa soll ebenfalls in IMRT/VMAT erfolgen. Modifikation der Therapie bei mittlerem und hohem Risiko (S3-LL PCa, Empfehlung 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, Kap. 6.3.3.1 und 6.3.3.2) - LDR-Brachytherapie soll die G-BA-Voraussetzungen erfüllen. - In einem Zentrum ist eine Kooperation von bis zu 2 Strahlentherapien zulässig, wenn jede Strahlentherapie ihre Expertise nachweist.	
4.2.3.2 Durchführung der Strahlentherapie - 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 % der Fälle) - Bei Strahlentherapie und hormonablativer Therapie eines lokal begrenzten PCa mit mittlerem und hohem Risiko sollte der Anteil der Patienten mit zusätzlicher adjuvanter Therapie bei 70 % liegen - 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.	Namentliche Nennung Namentliche Nennung Dokumentation

- Für alle Verfahren gilt: Durchführung nach Empfehlung der aktuellen S3-LL sowie der Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA, 10 - Die unerwünschten Nebenwirkungen ≥ 3 RTOG müssen dokumentiert werden. - Behandlungsbaum im Zentrumshandbuch	
4.2.3.3 Organisation der Aus- und Weiterbildung des medizinisch-technischen und des ärztlichen Personals - Qualitätszirkel: mindestens 4 Mal pro Jahr. Zwei davon können übergreifend auch in anderen Organkrebszentren erfolgen. - Regelmäßige fachbezogene Fortbildungen.	
4.2.3.4 Nachsorge nach Strahlentherapie - 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)	Dokumentation in
4.2.3.5 Palliative Strahlentherapie von Knochenmetastasen (S3-LL PCa, Empfehlung Nr. 7.61) Die Indikation zur Bestrahlung von Knochenmetastasen besteht bei: - Schmerzen - drohender Stabilitätsgefährdung - drohender Neurologie/Querschnittlähmung - drohender Neurologie/Querschnittlähmung - 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.	
4.2.4 Nuklearmedizin	
4.2.4.1 Durchführungsvoraussetzungen: - mind. 1 Facharzt oder Fachkundenachweis - Vertretungsregelung - Vorgehaltene Methoden: - Obligat: Knochenszintigrafie - Fakultativ: PET, PET-CT, stationäre Radionuklidtherapie	Namentliche Nennung Namentliche Nennung
4.2.4.2 Der schriftliche Befund sollte spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	Umsetzung beschreiben
4.3 Onkologie PCA	

Seite **10** von 13

4.3.2 Zusammenarbeit mit einer Palliativstation resp. Hospizeinrichtung • 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>	
4.4.1 Anzahl der Fachärzte • 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 • Prostatagewebsproben • Lymphknotenhistologie • Gewebsbeurteilung aus anderen Körperregionen	
4.4.3 Anforderungen an Biopsieberichte, s. auch S3 LL PCa Pathologieberichte von Stanzbiopsien müssen folgende festgelegte Parameter enthalten: • 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.	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform
4.4.4 Anforderungen an Aufarbeitung und Befundbericht zur radikalen Prostatovesikulektomie (entsprechend der aktuellen ISUP-Leitlinien) • 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: ▪ 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	
4.4.5 Organisation der Aus- und Weiterbildung für das ärztliche Personal • Qualitätszirkel: mind. 2 Mal pro Jahr • Regelmäßige fachbezogene Fortbildungen zum Thema Prostata sollten durchgeführt werden • Referenzpathologe sollte zur Verfügung stehen	
4.4.6 Anzahl der Prostatakarzinomfälle mind. 50 prä- und 50 posttherapeutische Fälle/Jahr	Nachweis aus Journal
4.5 Qualitätsparameter PCa	
4.5.1 Ergebnisqualität nach Active Surveillance • Dauer der AS • Grund für den Abbruch der Strategie • Erfassung des Behandlungs-Outcomes	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform
4.5.2 Ergebnisqualität nach RP • 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.	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform Dokumentation im follow-up

• nerverhaltende OP erwünscht bei geeigneten Patienten (IIEF>22) • Postoperative Wundinfektionen: max. 5%	
4.5.3 Ergebnisqualität nach Radiatio • 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	
4.5.4 Ergebnisqualität nach medikamentöser Tumorthherapie • Dauer und Art der Therapie • Zeit bis zum biochemischen Rezidiv • PCA-spezifische und Gesamtüberlebenszeit • Erfassung des Behandlungsauscomes nach ICHOM Parametern und PROM erwünscht	Dokumentation in gemeinsamer Datenbank-plattform
4.5.5 Ergebnisqualität allgemein • PSA-rezidiv freie 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 Datenbank-plattform