

Protokoll zur Online-Sitzung der Zertifizierungskommission Prostatakrebszentren/Peniskarzinomzentren 29.04.2025, 10:00 – 16:00 Uhr

Vorsitz: Prof. Burchardt, Prof. Fichtner/PD Dr. Böhmer

TOP 1 Begrüßung und Vorstellungsrunde (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Die Vorsitzenden begrüßen alle Teilnehmenden zur Sitzung der Zertifizierungskommission der Prostatakrebs- / Peniskarzinomzentren. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Änderung der Geschäftsordnung

Die von den Vorsitzenden der Zert.-Kommissionen vorgeschlagenen Änderungen für die entitätsspezifischen Geschäftsordnungen werden von der Kommission angenommen. Diese beinhalten eine Regelung zur Einberufung von Sondersitzungen.

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems (Miller/OnkoZert)

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet: Ende 2024 gab es 172 zertifizierte Prostatakrebszentren (PZ) an 174 Standorten, davon 21 Zentren/Standorte im Ausland. 2024 wurden 11 Zertifikate neu erteilt, 1 Zertifikat wiedereingesetzt und 1 Zertifikat beendet. Im Jahr 2024 wurden erstmals 3 Peniskarzinomzentren (MPen) zertifiziert.

Im Auditjahr 2024 wurden 13 Zertifikate mit reduzierter Gültigkeit erteilt, 1 Zertifikat wurde beendet. 19 Prostatakrebszentren nutzten 2024 die Möglichkeit des regulären reduzierten Auditzyklus (REDZYK) und 10 Standorte den Sonder-REDZYK. Insgesamt wurden im Auditjahr 2024 8 Erstaudits für Peniskarzinomzentren durchgeführt. In 5 Zentren wurde das Zertifikat nach Abschluss des Auditprozesses im Kalenderjahr 2025 erteilt.

Aktuell stehen 52 aktive Fachexperten (FE) für die Zertifizierung der Prostatakrebszentren/Uroonkologischen Zentren zur Verfügung, wobei 5 FE die Beendigung der FE-Tätigkeit angekündigt haben. Für das kommende Auditjahr wird die Besetzung aller Audits mit dieser Anzahl an Fachexperten als etwas zu gering eingeschätzt. Dieses Jahr findet ein Fachexperten-Lehrgang u.a. für die Uroonkologischen Zentren vom 22.-24.05.2025 statt. Im Nachgang zur Sitzung ist im 4. Quartal 2025 ein Fachexperten-Update mit aktuellen Themen aus der Sitzung und den Änderungen der Zertifizierungsanforderungen geplant.

TOP 3 Vorstellung der Kennzahlenauswertung der Prostatakrebszentren (Utzig, Kowalski /DKG)

Die Ergebnisse der Basisdaten u. Kennzahlen des Auditjahres 2024 werden berichtet. Im Jahresbericht wurden 165 Zentren berücksichtigt, in denen 44.882 Primärfälle behandelt wurden.

Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

- Die positive Entwicklung der Primärfallzahlen hat sich auf gesamter Spannweite weiter fortgesetzt. Auf die Inzidenz 2022 bezogen (lt. Datenbank des RKI) wurden in Deutschland 54,6% der Pat. mit Neuerkrankung eines Prostatakarzinoms in zertifizierten Zentren behandelt. Auch die Zahl der operativen Behandlungen ist angestiegen (Gesamtzahl RPE/RZE: n= 28.058)
- Der Anteil der Pat. mit lokal begrenztem, low-risk-Karzinom (KeZa 4) in Aktiver Überwachung steigt stetig an und liegt aktuell bei 35,9% (Vorjahr 32,8%). Der Anteil der operativ behandelten Pat. beträgt bei diesem Risikoprofil 46,1% (KeZa 23, erstmals ausgewiesen). Auf die Zahl der RPE/RZE-bezogen haben 12,8% der Pat. ein lokal begrenztes Karzinom mit niedrigem Risikoprofil (KeZa 22, erstmals ausgewiesen).

- Die R1-Resektionsrate ist leicht angestiegen und liegt im Median erstmals über 10%. 20 von 24 Zentren mit auffälliger Kennzahl im Vorjahr haben ihre R1-Resektionsrate senken können; 4 dieser Zentren liegen aber weiter >15%.
- Die Zahl der Primärfälle mit definitiver Strahlentherapie (n= 7.864, + 16,9%) ist im Vgl. mit der Gesamtprimärfallzahl (+ 12,4%) überproportional angestiegen. Der Anteil der Pat. mit unerwünschten Nebenwirkungen nach definitiver Strahlentherapie (LL-QI) ist mit 0,5% weiterhin auf niedrigem Niveau (Vorjahr 0,4%).

Der Jahresbericht wird im Nachgang der Sitzung auf der Internetseite der DKG veröffentlicht.

Herr PD Dr. Kowalski berichtet über den Stand der PCO-Studie. Aktuell wurden in knapp 150 Zentren mehr als 80.000 Patienten mit Erfassung des prätherapeutischen Fragebogens in die Studie eingeschlossen. Die Studie ist mittlerweile Ausgangspunkt weiterer Studien, wie z.B. Pro-P, BE-PRO und ProKontinenz. Alle Zentren u. Mitglieder der Zert.-Kommissionen sind eingeladen, sich bei Studienideen an die Abt. Versorgungsforschung der DKG zu wenden.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben in Erhebungsbogen (EB) PZ/MPEN, EB Urologische Praxen, EB Radioonkologie und Datenblätter PZ u. MPEN (Vorsitzende, Utzig/DKG)

Erhebungsbogen Prostatakrebszentren

Allgemeine Anmerkungen: Während der Sitzung ist der im Vorfeld versendete Erhebungsbogen besprochen und konsentiert worden. Das Ergebnis der Sitzung ist der konsentierte EB inkl. der grün markierten Änderungen, die während der Sitzung abgestimmt wurden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

1.1.1b Kooperationspartner (UZ)

Die Kommission beschließt, dass die Disziplin Nuklearmedizin zukünftig im Zertifizierungssystem Prostatakrebszentren als Hauptkooperationspartner geführt wird. Die Regelungen für die Module Harnblase-, Hoden-, Nieren- und Peniskarzinomzentren bleiben hiervon unberührt.

1.1.1d Kooperationsmodelle (PZ)

Die Eingabe, bei Erfüllung der Primärfallzahlen/operativen Expertise die Zertifizierung von 3-standortigen PZ zu ermöglichen, wird diskutiert. Aktuell gibt es im System „Prostatakrebszentren“ nur 2 mehrstandortige (2-standortige) Zentren, in anderen Systemen (insbesondere Lungenkrebszentren (LZ)) ist die Zahl mehrstandortiger Zentren deutlich größer. Die DKG-Geschäftsstelle weist darauf hin, dass aufgrund der sich ändernden Rahmenbedingungen in der letzten Sitzung LZ für Lungenkrebszentren die Begrenzung der Kooperation von max. 3 Pneumologien/Thoraxchirurgien in einem Zentrum aufgehoben wurde. Die Kommission sieht überwiegend jedoch Schwierigkeiten bei der Überprüfung der Zertifizierungsanforderungen bei Mehrstandortigkeit (> 2 Standorte) und Ausweitung der Kooperationsmodelle und lehnt den Antrag ab. Unabhängig davon stellt das Gremium klar, dass bei Kooperation mehrerer Urologischer Standorte unabhängig voneinander an jedem Standort die Primärfallzahl und die Anforderungen an die operative Expertise erfüllt sein müssen.

1.1.7 Pat.pfade (UZ)

Die Bedeutsamkeit von Pat.-pfaden wird geprüft. Die Erfahrungen der FE zeigen, dass die Zentren in den Pat.-Pfaden häufig nur auf Leitlinien verweisen („copy & paste“). Das Gremium hebt hervor, dass Pat.-Pfad „unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien das Vorgehen vom Eintritt der Pat. in das Zentrum bis zum Abschluss der Betreuung abbilden.“

1.2.5a Tumorkonferenz (UZ)

Die Anwesenheit in der Tumorkonferenz wird in den Zentren, auch aufgrund der unterschiedlichen Formate (Präsenz, online, Hybrid), unterschiedlich dokumentiert. Die Kommission lehnt die Eingabe eines FE zur verbindlichen Vorgabe einer einheitlichen Dokumentation ab.

1.2.5b Teilnehmer (PZ) und 1.2.5f Teilnehmer (MPen)

Die Kommission konstatiert, dass die Disziplin „Hämatologie/internistische Onkologie“ als Hauptkooperationspartner regelhaft an der Tumorkonferenz (PZ/MPen) teilnehmen muss. Die Anwesenheit ist unabhängig von der Teilnahme von qualifizierten Vertretenden der Disziplin „Urologie“ obligatorisch.

Der Vorschlag, die Anzahl der in der Tumorkonferenz (PZ) vorzustellenden Patienten mit hormonrefraktärem Karzinom (CRPC) (n=10) an die für die Expertise „Organspezifische medikamentöse Therapie“ geforderte Mindestanzahl an Pat. mit metastasiertem Prostatakarzinom (n= 5/Jahr) anzupassen, wird vom Gremium nicht angenommen.

1.2.7 Metastasierte Tumoren

Die Kommission erläutert in einer redaktionellen Änderung die Abkürzung *MTB*, folgt aber nicht der Kommission HZ, dass dem zuweisenden Zentrum nicht nur die Empfehlung der molekularen Tumorboards, sondern auch d. molekulargenetische Untersuchungsbefund zur Verfügung gestellt wird.

1.2.8 Fertilitätserhalt (PZ)

Die Kommission sieht keine Erfordernis, in den EB einen Passus zur verbindlichen, prätherapeutischen Aufklärung über fertilitätserhaltende Maßnahmen aufzunehmen.

1.4.4b Psychoonkologie - Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen (UZ)

1.4.7c Psychoonkologie (UZ)

Das Gremium gleicht die Anforderungen an den EB OZ an. Es streicht die obligate Erfassung von Häufigkeit und Dauer der psychoonkologischen Gespräche und ermöglicht die Vorstellung der Arbeit der Psychoonkologen auch in Qualitätszirkeln (bisher ausschließlich in Tumorkonferenz).

1.4.8 Psychoonkologie – Dokumentation und Evaluation (UZ)

Die Anforderungen werden unverändert fortgeführt.

2.1.2 Sprechstunde – Wartezeiten nach Indikationsstellung (UZ)

Die Kommission greift die Diskussion der Wartezeiten aus der Sitzung in UZ (2024) auf. Sie sieht die aktuellen Höchstgrenzen als medizinisch nicht begründet an und setzt diese für Termine zu Sprechstunden bzw. zur sonographisch gesteuerten Stanzbiopsie auf max. 4 Wochen herauf. Die Vorstellung in der prätherapeutischen Konferenz bzw. Tumorkonferenz soll weiterhin innerhalb von 2 Wochen erfolgen; der Zeitraum bis zur Besprechung der Therapieempfehlung darf nicht länger als 10 Wochen (vormals 6) betragen.

2.1.3 Sprechstunde – Wartezeiten während der Sprechstunde (UZ)

Die Eingabe, die Relevanz dieser Anforderung in Bezug auf die Zertifizierung zu überprüfen, wird beraten. Die Kommission hält an dieser trotz der Unschärfe der Anforderung unverändert fest und hebt hervor, dass sich die Zentren durch die (stichprobenartige) Erfassung der Wartezeiten mit diesen auseinandersetzen und so Verbesserungspotential überhaupt nur aufgedeckt werden könne.

2.1.6 Sprechstunde – Fort-/Weiterbildung (UZ)

6.2.17 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie – Fort-/Weiterbildung (UZ)

Die Onkologievereinbarung sieht keine absolute Mindestzahl an besuchten Fortbildungsveranstaltungen mehr vor. Das Gremium passt daher die Anforderungen an die Onkologievereinbarung an.

2.2.1 Diagnostik (PZ)

Die Akkreditierung von Laboren erfolgt nicht mehr durch den DAR (Deutscher Akkreditierungsrat), sondern die DAkKS (Deutsche Akkreditierungsstelle). Die Kommission aktualisiert die Anforderung und nimmt gleichzeitig die geforderte DIN-ISO-Norm in den Passus mit auf.

2.2.4 Diagnostik - Parameter (PZ)

Die Kommission hält an der Entfernungsbegrenzung von <45 km (Sonderregelung <90 km) fest und fordert obligat die Möglichkeit der werktäglichen Bestimmung von Gesamt-PSA (tPSA), sowie zukünftig auch von freiem u. komplexiertem PSA (fPSA, cPSA) sowie des PSA-Quotienten (bei Indikation).

2.2.9a Diagnostik - Biopsien (PZ)

Die Anforderungen an die Anzahl und die Länge der Stanzbiopsien werden (nach Diskussion in der Sitzung 2023) erneut betrachtet. Die Anforderungen „korrekte Indikationsstellung“ und „Anteil der positiven Pat.“ bleiben unverändert. Auf Basis des LL-Updates (Konsultationsfassung 8.01) wird neu aufgenommen, dass in der MRT beschriebene Karzinom-suspekte Herde (PI-RADS 4 u. 5) durch die Entnahme von 2-3 Zylindern pro Herd gezielt biopsiert werden sollen. Bei systematischer Biopsie sollen (vormals *müssen*) mind. 10 Stanzbiopsiezylinder entnommen werden. Die Kommission räumt ein, dass „bei Tumorsicherungsbiopsien eine geringere Anzahl von Biopsien möglich ist.“

5.2.1a Operative Expertise Prostata (PZ)

5.2.8b Prostata-Operateure (PZ)

In PZ müssen erst bei ≥ 75 Prostatektomien/Jahr 2 Operateure benannt werden; bei 50 - 74 Prostatektomien/Jahr gilt bei Benennung eines einzelnen Operateurs eine Übergangsfrist bis zum nächsten Audit. Die Eingaben eines FE, dass PZ unabhängig von der Anzahl der durchgeführten Eingriffe mind. 2 qualifizierte Operateure benennen müssen und wie mit Zentren umzugehen ist, die beim nächsten Audit weiterhin nur 1 Operateur benannt haben, werden diskutiert. Es wird insbesondere als problematisch erachtet, dass aufgrund der Personal-Fluktuation in den Zentren die Operateure in Ausbildung nicht die geforderte Expertise erreichen, da die benannten Operateure die geforderte jährliche Mindestzahl an Eingriffen erzielen müssen, oder Operateure nach Erlangen der für die Zulassung (als benannter Operateur) geforderten 100 RPE das Zentrum verlassen. Die Kommission vereinbart, dass für die nächste Sitzung ein Konzept für die Benennung von Prostata-Operateuren von der DKG-GS erarbeitet werden soll; bis dahin werden die Anforderungen der Kap. 5.2.1a und 5.2.8b unverändert fortgeschrieben.

5.2.8a Operateure (UZ) - Assistenz

Die Kommission stellt klar, dass die Anerkennung einer OP-Assistenz für die operative Expertise benannter Operateure nur dann möglich ist, wenn diese im Rahmen der Ausbildung weiterer Operateure erfolgt. Eine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 *benannten* Operateure ist nicht möglich.

5.2.9 Nervenerhaltende Operation (PZ)

Die Bedenken, dass die S3-LL nicht definiert, welche Patienten zur Nervenerhaltung geeignet sind, und somit auch keine Anforderungen definiert werden können, werden von der Kommission nicht geteilt. Die Anforderung „Nervenerhaltende Operation“ wird unverändert weitergeführt.

6.2.5b Organspezifische medikamentöse onkolog. Therapie -Fallzahlen pro Behandlungseinheit/-partner

Die Kommission passt die Anforderung an die medikamentöse onkolog. Therapie an die anderen uroonkologischen Entitäten an: zukünftig werden für die Fallzahl nicht urologische Pat. mit „*Chemotherapie*“, sondern mit „*systemischer Therapie (nach Definition, Kap. 6.2.5a)*“ gezählt.

10.3 Anforderungen an die Tumordokumentation (UZ)

Der Onkologische Basisdatensatz („und seine Module“) wird von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) e.V., dem Deutschen Krebsregisters (DKR) e.V. (früher: Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland, GEKID) und der Plattform §65c geführt. Die Kommission passt die Anforderung den strukturellen Änderungen an.

Erhebungsbogen Urologische Praxen (s. eb_urp-FX_(250429) nach Sitz.docx)

A Ärztliche Expertise

Die Kommission berät die Eingaben, dass die Zahl der in Praxen durchgeführten Stanzbiopsien rückläufig ist und ob daher für die ärztliche Expertise alle Biopsien gezählt werden sollen. Eine Sollvorgabe für (Stanz-)Biopsien ist nicht definiert. Die Kommission sieht keinen zwingenden Handlungsbedarf und nimmt keine Änderungen an den Zertifizierungsanforderungen vor.

B.3 Indikation /Durchführung von TRUS

B.4 Wartezeiten

Die in der Sitzung angenommenen Änderungen in den Kapiteln 2.2.9a (EB PZ) bzw. 2.1.2 (EB PZ) gelten auch für die die Indikationsstellung u. Durchführung von (Stanz-)Biopsien in urologischen Praxen bzw. die Wartezeiten in urologischen Praxen und werden 1:1 übernommen.

Erhebungsbogen Radioonkologie (s. eb_str-NX_(250429) nach Sitz.docx)

7.3 Anzahl der Bestrahlungen – Expertise Strahlentherapie Prostatakarzinom (PZ)

Die Eingabe, dass es sich bei der Erfassung der Expertise Strahlentherapie um eine „versteckte Kennzahl“ handelt, wird besprochen. Die Vertretenden der Strahlentherapie versichern, dass die Erhebung der durchgeführten Strahlentherapien, auch für unterschiedliche Zuweiser, ohne großen Aufwand erfolgt. Die Kommission beschließt daher, die Anforderungen nicht zu ändern.

Datenblatt Prostatakrebszentren

(250429 Entwurf Basisdaten nach Sitzung.xlsx; eb_pz_QX_daten_(250429) nach Sitz.docx)

Basisdaten

In der Sitzung der Zert.-Kommission PZ 06/2023 wurde vereinbart, die Darstellung der Basisdaten zu überarbeiten. Die Kommission beschließt, die Aufnahme von zwei weiteren Spalten für interventionelle Therapieoptionen bei der lokalen Behandlung der Prostata (RPE mit Systemtherapie bzw. definitive Strahlentherapie mit Systemtherapie). Es wird klargestellt, dass die Therapieoptionen LDR- und HDR-Brachytherapie sowohl eine Mono-Therapie als auch eine Kombination aus Brachytherapie und perkutaner Strahlentherapie umfassen. Zur Erläuterung der Therapieoptionen „definitive Strahlentherapie“ und „andere Behandlung“ werden Infobuttons in das Datenblatt integriert:

definitive perkutane Strahlentherapie =

- *definitive Strahlentherapie bei Primärdiagnose lokal begrenzt / lokal fortgeschritten (Standardfraktionierung / Hypofraktionierung / extreme Hypofraktionierung)*
- *lokale Strahlentherapie bei (oligo)metastasiertem ProstataCa (Primärbehandlung)*
- *Salvage-Bestrahlung bei Rezidiv*

andere Behandlung = z.B.

- *ablative Bestrahlung von Lymphknoten- u./o. Fernmetastasen (SBRT) bei Oligometastasierung (MTD)*
- *palliative Bestrahlung von Lymphknoten u./o. Fernmetastasen*
- *best supportive care (BSC)*
- *sonstige (u.a. Radioliganden) / keine Behandlung*

Kennzahlen

KeZa 4: Aktive Überwachung bei lokalisiertem Prostatakarzinom u. niedrigem Risiko (LL QI)

Der Nenner der KeZa schließt aktuell auch Primärfälle mit Zufallsbefund eines lokal begrenzten low-risk Karzinoms nach Zystektomie ein. Da diese erst posttherapeutisch diagnostiziert werden und somit nicht einer Aktiven Überwachung zugeführt werden können, werden sie zukünftig aus dem Nenner ausgeschlossen. Auf Basis der Konsultationsfassung 8.01 der LL (03/2025) übernimmt die Kommission die Definition „niedriges Risiko“ als „Gruppe ISUP 1 und low-risk nach d’Amico-Kriterien“ (vormals: PSA ≤ 10 ng/ml und Gleason-Score ≤ 6 und cT-Kategorie ≤ 2a). Da das Update der LL für das niedrige Risikoprofil ausschließlich die Aktive Überwachung empfiehlt, beschließt die Kommission die untere Plausibilitätsgrenze (< 0,01%) in eine Sollvorgabe von ≥ 30% zu überführen.

KeZa 5: Strahlentherapie und hormonablativ Therapie bei lokal begrenztem PCa mit hohem Risiko (LL QI)

Die Eingaben, die Sollvorgabe zu überdenken bzw. auf ≥ 95% anzuheben, werden vom Gremium beraten. Das Gremium räumt der Argumentation, dass die (neo-)adjuvante ADT häufig durch Niedergerlassene erfolge bzw. nicht erfolge und die Zentren hierauf wenig/keinen Einfluss hätten, nicht so viel Gewicht ein, um die Sollvorgabe zu senken/streichen. Andererseits spricht sich das Gremium gegen eine Anhebung der Sollvorgabe aus.

KeZa 15: Befundbericht Lymphknoten (LL QI)

Bei bereits sehr guter Umsetzung des LL-QI in den Zentren hebt die Kommission die Sollvorgabe von ≥ 80 % auf ≥ 95% an.

KeZa 19: Zahnärztliche Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie (LL QI)

Die Eingabe, dass die osteoprotektive Therapie häufig durch Weiterbehandelnde durchgeführt bzw. veranlasst wird, wird besprochen. Da in den Zähler alle Pat. mit Empfehlung der zahnärztlichen Untersuchung und nicht ausschließlich Pat. mit tatsächlich erfolgter Untersuchung einfließen, führt die Kommission die Kennzahl mit unveränderter Definition u. Sollvorgabe fort.

KeZa 20: Keine Hormonablativ Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie (LL QI)

Das Gremium folgt nicht der Eingabe, den Nenner auf Primärfälle mit R0-Resektion zu beschränken, und beschließt, die Kennzahl auf Basis des LL-QI 5 (LL-Version 7.0) unverändert weiter zu erheben. In der Sitzung der AG QI des LL-Updates Prostatakarzinoms am 18.06.2025 wurde beschlossen, den der KeZa zugrunde liegenden Qualitätsindikator aus dem QI-Set zu streichen. Im Nachgang wird daher der Kommission empfohlen, auch die KeZa auszusetzen. Die Streichung der KeZa aus dem Zert.-System wird mit Genehmigung des Protokolls angenommen.

KeZa 21: Fokale Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom (LL QI)

In den Kennzahljahren 2021-2023 wurde bei nur 2 von 5.725 Primärfällen (= 0,035%) eine fokale Therapie durchgeführt. Das Gremium beschließt aufgrund der damit fast vollständigen Umsetzung des LL-QI in den Zentren, die Kennzahl nicht weiter zu erheben und streicht diese aus dem KeZa-Set.

KeZa 22: Anteil lokal begrenztes PCa u. niedriges Risiko bei RPE/RZE

Der Nenner der Kennzahl wird bereits auf Grundlage der Basisdaten aus der Zahl der Primärfälle mit RPE und der Primärfälle mit RZE aufgrund eines Prostatakarzinoms generiert. Dies ist aus der aktuellen Formulierung des Nenners nicht eindeutig ersichtlich. Die Kommission nimmt daher eine redaktionelle Änderung vor und stellt klar, dass Primärfälle mit RZE und Zufallsbefund eines PCa nicht in den Nenner einfließen, sondern nur Primärfälle mit RZE „aufgrund von PCa“.

KeZa 23: RPE/RZE bei Primärfällen mit lokal begrenztem PCa u. niedrigem Risiko

Der Zähler der Kennzahl wird bereits auf Grundlage der Basisdaten aus der Zahl der Primärfälle mit lokal begrenztem PCa (niedriges Risiko) und RPE oder RZE aufgrund von PCa generiert. Dies ist aus der aktuellen Formulierung des Nenners nicht eindeutig ersichtlich. Die Kommission nimmt eine entsprechende redaktionelle Änderung des Zählers vor und schließt Primärfälle mit Zufallsbefund eines PCa nach Zystektomie aus dem Nenner aus.

Das Update der S3-LL befindet sich aktuell in der Konsultationsphase. Es werden die strukturierten Überarbeitungen der bestehenden QI u. die Definition neuer QI vorbereitet. Die Kommission prüft, ob starke Empfehlungen zur genetischen Beratung (bei M1 o. Hinweis auf familiäres Tumorrisikosyndrom), PSMA-PET/CT oder hormonablativen Therapie mit GnRH-Analogen plus Abirateron bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom mit ≥ 2 Risikofaktoren als Kennzahl aufgenommen werden. Das Gremium entschließt sich u.a. aufgrund fehlender Regelleistung durch die GKV bzw. schwer zu erfassender Nenner gegen die Definition neuer Kennzahlen.

Matrix

Da das Überleben von Pat. mit Harnblasenkarzinom und Zufallsbefund eines simultanem Prostatakarzinoms nach RZE vornehmlich durch das Blasenkarzinom bestimmt wird, beschließt die Kommission, dass Pat. mit Zufallsbefund eines Prostatakarzinoms nach RZE nicht mehr in die Matrix „Follow-up“ einfließen.

Datenblatt Peniskarzinomzentren (eb_mpen_QX_daten_(250429) nach Sitz.docx)

KeZa 3 : Psychoonkologisches Distress-Screening

Die Darstellung von Kennzahlen als Prozentangabe wird vor dem Hintergrund großer Schwankungen bei kleinen Grundgesamtheiten, insbesondere bei „kleinen“ Entitäten, diskutiert. Da die Darstellung der Kennzahlen für alle Systeme und alle Kennzahlen einheitlich sein soll, wird die Eingabe durch die Kommission nicht angenommen.

TOP 5 Verschiedenes

- Wahl der Vorsitzenden (vorgezogen nach Punkt TOP 3)

Herr Prof. Burchardt (AUO) wird seitens der DGU/AUO als Vorsitzender vorgeschlagen und durch die Kommission mehrheitlich für weitere 4 Jahre gewählt.

Herr PD Dr. Böhmer (DEGRO) wird seitens der DEGRO als neuer Vorsitzender vorgeschlagen und durch die Kommission mehrheitlich für 4 Jahre für dieses Amt gewählt. Er tritt damit die Nachfolge von Herrn Prof. Fichtner an, der sich auf eigenen Wunsch aus der Kommissionsarbeit zurückzieht und für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung steht.

Herr Prof. Burchardt und Herr PD Dr. Böhmer bedanken sich für das Vertrauen und nehmen die Wahl an. Die Kommission und die DKG danken Herrn Prof. Fichtner für sein langjähriges Engagement und würdigen seine großen Verdienste im Zertifizierungssystem.

- Herr Dr. Utzig (Abt.-Leiter Zertifizierung/DKG) erläutert aktuelle gesundheitspolitische Themen.

Die Sitzung wird gegen 16:10 Uhr beendet.

Berlin, 29.04.2025

Protokoll: Utzig, Vogt

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
1.1.1.b - UZ	<p>Kooperationspartner</p> <p>Hauptkooperationspartner und Behandlungspartner können Teil eines Klinikums oder auch eigenständige Praxen sein.</p> <p>Hauptkooperationspartner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urologie • Strahlentherapie • Internistische Onkologie • Pathologie • Radiologie <p>Kooperationspartner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoonkologie • Sozialdienst • Stomatherapie (Harnblase) • Nuklearmedizin • Schmerztherapie • Selbsthilfegruppe • Palliativmedizin • [...] 	<p>Kooperationspartner</p> <p>Hauptkooperationspartner und Behandlungspartner können Teil eines Klinikums oder auch eigenständige Praxen sein.</p> <p>Hauptkooperationspartner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urologie • Strahlentherapie • Internistische Onkologie • Pathologie • Radiologie • Nuklearmedizin (für Prostata) <p>Kooperationspartner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoonkologie • Sozialdienst • Stomatherapie (Harnblase) • Nuklearmedizin (für Harnblase, Hoden, Niere, Penis) • Schmerztherapie • Selbsthilfegruppe • Palliativmedizin • [...]
1.1.7 - UZ	<p>Pat.pfade</p> <p>Es müssen übergeordnete Pat.pfade definiert sein, in denen sich die relevanten medizinischen Leitlinien abbilden. Die Pat.pfade berücksichtigen die Interdisziplinarität des Zentrums und die Vernetzung mit den Niedergelassenen. [...]</p>	<p>Pat.pfade</p> <p>Es müssen übergeordnete Pat.pfade definiert sein, die unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien das Vorgehen vom Eintritt der Pat. in das Zentrum bis zum Abschluss der Betreuung abbilden. Die Pat.pfade berücksichtigen die Interdisziplinarität des Zentrums und die Vernetzung mit den Niedergelassenen. [...]</p>
1.2.7 - UZ	<p>Metastasierte Tumoren</p> <p>[...]</p> <p>Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, • die nach Einschätzung der klinische Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, • die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, <p>sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organ-spezifischen Zentrum. Die Empfehlung MTB wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.</p>	<p>Metastasierte Tumoren</p> <p>[...]</p> <p>Für Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die die leitliniengerechte Therapie absehend durchlaufen haben, • die nach Einschätzung der klinische Parameter in der Lage sind, eine molekularbasierte Therapie zu erhalten, • die prinzipiell einer mgl. Therapie auf Basis der molekularen Befunde zustimmen, <p>sollte eine Vorstellung in einem Zentrum für Personalisierte Medizin angestrebt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Tumorkonferenzbeschlusses aus einem organ-spezifischen Zentrum. Die Empfehlung des molekularen Tumorboards (MTB) wird dem zuweisenden Zentrum zur Verfügung gestellt.</p>
1.4.4.b - UZ	Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen	Häufigkeit und Dauer der Gespräche ist zu erfassen
1.4.7.c - UZ	Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mindestens 2 x jährlich im Rahmen der Tumorkonferenz vorstellen.	Die Psychoonkologen sollten ihre Arbeit mind. 2 x jährlich im Zentrum (in der Qualitätszirkel/Tumorkonferenz) vorstellen.
2.1.2 - UZ	<p>Wartezeiten nach Indikationsstellung</p> <p>Termin zur Sprechstunde < 2 Wochen</p> <p>Termin zur sonographisch gesteuerten Stanzbiopsie < 2 Wochen</p> <p>Vorstellung prätherapeutische Konferenz bzw. Tumorkonferenz < 2 Wochen</p> <p>Insgesamt darf der Zeitraum bis zur Besprechung der Therapieempfehlung nicht länger als 6 Wochen betragen.</p>	<p>Wartezeiten nach Indikationsstellung</p> <p>Termin zur Sprechstunde < 2 4 Wochen</p> <p>Termin zur sonographisch gesteuerten Stanzbiopsie < 2 4 Wochen</p> <p>Vorstellung prätherapeutische Konferenz bzw. Tumorkonferenz < 2 Wochen</p> <p>Insgesamt darf der Zeitraum bis zur Besprechung der Therapieempfehlung nicht länger als 6 10 Wochen betragen.</p>
2.1.3 - UZ	<p>Wartezeiten während der Sprechstunde</p> <p>Anforderung: < 60 min</p> <p>Wartezeiten auf einen Termin</p> <p>Anforderung: < 4 Wochen</p> <p>Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).</p>	<p>Wartezeiten während der Sprechstunde</p> <p>AnforderungRichtwert: < 60 min</p> <p>Wartezeiten auf einen Termin</p> <p>AnforderungRichtwert: < 4 Wochen</p> <p>Die Wartezeiten sind stichprobenartig zu erfassen und statistisch auszuwerten (Empfehlung: Auswertungszeitraum 4 Wochen pro Jahr).</p>

Kap.	Auditjahr 2025	Auditjahr 2026
2.1.6 - UZ	Fort-/Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> [...] Sofern in den gemäß Onkologievereinbarung geforderten 6 Fortbildungen für die Uroonkologie relevante Inhalte abgedeckt werden, können diese hier (in Teilen) angerechnet werden. 	Fort-/Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> [...] Sofern in den gemäß Onkologievereinbarung geforderten 6 Fortbildungen für die Uroonkologie relevante Inhalte abgedeckt werden, können diese hier (in Teilen) angerechnet werden.
2.2.1 - PZ	<ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich sollte das Labor für die Parameter Gesamt-PSA und freies PSA akkreditiert sein und die entsprechende Urkunde des DAR (Deutscher Akkreditierungsrat) vorweisen können. Falls das Labor nicht akkreditiert ist, müssen die folgenden Voraussetzungen/Anforderungen erfüllt sein. 	<ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich sollte das Labor für die Parameter Gesamt-PSA und freies PSA nach DIN EN ISO 15189 akkreditiert sein und die entsprechende Urkunde der DAkkS (Deutschen Akkreditierungsstelle) des DAR (Deutscher Akkreditierungsrat) vorweisen können. Falls das Labor nicht akkreditiert ist, müssen die folgenden Voraussetzungen/Anforderungen erfüllt sein.
2.2.4 - PZ	Parameter: <ul style="list-style-type: none"> obligate werktägliche Bestimmung von Gesamt-PSA (tPSA) fakultative werktägliche Bestimmung von freiem PSA (fPSA) und Berechnung des PSA-Quotienten oder fakultative werktägliche Bestimmung des komplexierten PSA (cPSA). fakultative Bestimmung von ultrasensitivem PSA 	Parameter: <ul style="list-style-type: none"> obligate werktägliche Bestimmung von Gesamt-PSA (tPSA), von freiem PSA (fPSA) und Berechnung des PSA-Quotienten (bei Indikation) und des komplexierten PSA (cPSA) fakultative werktägliche Bestimmung von freiem PSA (fPSA) und Berechnung des PSA-Quotienten oder fakultative werktägliche Bestimmung des komplexierten PSA (cPSA) fakultative Bestimmung von ultrasensitivem PSA
2.2.9.a - PZ	Biopsien <ul style="list-style-type: none"> Die korrekte Indikation zur TRUS Biopsie der Prostata muss aufgezeigt werden. Mindestens 20% der Pat. mit Stanzbiopsien müssen positiv sein. Es müssen mindestens 10 Stanzbiopsiezylinder von je mind. 1 cm Länge entnommen werden. <p>Eine Auswertung muss vorgelegt werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>	Biopsien <ul style="list-style-type: none"> Die korrekte Indikation zur TRUS Biopsie der Prostata muss aufgezeigt werden. Mindestens 20% der Pat. mit Stanzbiopsien müssen positiv sein. in der MRT beschriebenen Karzinom-suspekten Herde (PI-RADS 4 und 5) sollen durch die Entnahme von 2-3 Zylindern pro Herd gezielt biopsiert werden; bei systematischer Biopsie Es müssen sollen mindestens 10 Stanzbiopsiezylinder von je mind. 1 cm Länge entnommen werden. Bei Tumorsicherungsbiopsien ist eine geringere Anzahl an Biopsien möglich. <p>Eine Auswertung muss vorgelegt werden. Weitere Erläuterungen siehe FAQ.</p>
5.2.8.a - UZ	Operateure <ul style="list-style-type: none"> Jeder Zentrumspat. muss von einem der benannten Operateure operiert werden (bzw. im Rahmen einer Lehrassistenz). <p>Assistenz Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 Operateuren).</p>	Operateure <ul style="list-style-type: none"> Jeder Zentrumspat. muss von einem der benannten Operateure operiert werden (bzw. im Rahmen einer Lehrassistenz). <p>Assistenz Anerkennung als Assistenz nur möglich, wenn diese im Rahmen der Ausbildung erfolgt (keine parallele Anerkennung der Fälle bei 2 benannten Operateuren).</p>
6.2.5.b - PZ	<ul style="list-style-type: none"> 20 urologische Pat. mit Chemotherapie/Jahr (einschließlich Docetaxel) 5 Pat. mit metastasiertem Prostatakarzinom/Jahr (können Teilmenge der 20 Pat. sein) 	<ul style="list-style-type: none"> 20 urologische Pat. mit systemischer Therapie Chemotherapie/Jahr (einschließlich Docetaxel) (s. Kap. 6.2.5.a) 5 Pat. mit metastasiertem Prostatakarzinom/Jahr (können Teilmenge der 20 Pat. sein)
6.2.17 - UZ	Fort-/ Weiterbildung <p>[...]</p> <p>Sofern in den gemäß Onkologievereinbarung geforderten 6 Fortbildungen für die Uroonkologie relevante Inhalte abgedeckt werden, können diese hier (in Teilen) angerechnet werden.</p>	Fort-/ Weiterbildung <p>[...]</p> <p>Sofern in den gemäß Onkologievereinbarung geforderten 6 Fortbildungen für die Uroonkologie relevante Inhalte abgedeckt werden, können diese hier (in Teilen) angerechnet werden.</p>
10.3 - UZ	Anforderungen an die Tumordokumentation <p>Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden.</p> <p>[...]</p>	Anforderungen an die Tumordokumentation <p>Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) e.V., des Deutschen Krebsregisters (DKR) e.V. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) und der Plattform §65c verwendet werden.</p> <p>[...]</p>