

Lokal begrenztes Prostatakarzinom: Urologinnen und Urologen – stationär

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

Erfassungsjahr 2027

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

Datum der Abgabe 17.04.2026

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
442303: Allgemeine postoperative Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie.....	6
Hintergrund	6
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	8
Eigenschaften und Berechnung	9
442304: Chirurgisch-urologische Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie	12
Hintergrund	12
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	14
Eigenschaften und Berechnung	15
442305: Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie	19
Hintergrund	19
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	20
Eigenschaften und Berechnung	21
442306: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie.....	24
Hintergrund	24
Verwendete Datenfelder	25
Eigenschaften und Berechnung	26
442312: Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach radikaler Prostatektomie	27
Hintergrund	27
Verwendete Datenfelder	28
Eigenschaften und Berechnung	29
442313: Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach nervschonender radikaler Prostatektomie	31
Hintergrund	31
Verwendete Datenfelder	32
Eigenschaften und Berechnung	33
Literatur	35
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	38

Anhang II: Listen	39
Anhang III: Vorberechnungen	40
Anhang IV: Funktionen	41
Impressum.....	42

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.

Die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen dieses Teilbereichs richten sich auf solche, die den Urologinnen und Urologen ausschließlich im stationären Bereich verantwortlich zugeschrieben werden. Diese umfassen allgemeine postoperative und chirurgisch-urologische Komplikationen, Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen sowie Sterblichkeit und diagnostizierte Harninkontinenz und erektile Dysfunktion im zeitlichen Umfeld nach radikaler Prostatektomie.

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.

442303: Allgemeine postoperative Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel

Möglichst selten allgemeine postoperative Komplikationen nach radikaler Prostatektomie

Hintergrund

Das Auftreten von postoperativen Komplikationen nach radikaler Prostatektomie ist ein klinischer Endpunkt, der unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

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

Literatur

Für die Erfassung von postoperativen Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen wird häufig die Klassifikation nach Clavien-Dindo verwendet (Hiess et al. 2014). Eine weitere typische Klassifikation ist die Einteilung in „allgemeine postoperative“ und „spezifische“, in diesem Fall „chirurgisch-urologische“ Komplikationen nach radikaler Prostatektomie. Allgemeine postoperative Komplikationen sind:

- tiefe Venenthrombose
- Lungenembolie
- Pneumonie
- Lungenödem/Linksherzinsuffizienz
- Myokardinfarkt
- Delir
- Schlaganfall
- Ileus

Die Ergebnisse mehrerer internationaler Studien geben Hinweise darauf, dass nach einer radikalen Prostatektomie eine tiefe Venenthrombose, wenngleich auch selten, auftreten kann (Johnson et al. 2018, Pompe et al. 2018, Laird et al. 2015). In den Arbeiten von Johnson et al. (2018), Laird et al. (2015) und Pompe et al. (2018) lag die Rate an tiefen Venenthrombosen bei < 0,5 % bis 0,6 %. Hinweise auf weitere allgemeine postoperative Komplikationen gibt die Studie von Johnson et al. (2018), in der Komplikationsraten nach insgesamt 1.625 Prostatektomien untersucht wurden. Innerhalb von 90 Tagen trat bei ca. 0,5 % der Patienten eine Pneumonie und bei etwa 1,4 % der Patienten eine Lungenembolie auf. Weitere Studien zeigen Komplikationsraten für die Lungenembolie von < 0,5 % (Johnson et al. 2018, Pompe et al. 2018, Wallerstedt et al. 2019). Die quantitative Primäranalyse von Pompe et al. (2018) mit

4.973 Patienten gibt ebenfalls Anhaltspunkte für das Auftreten von Komplikationen nach einer radikalen Prostatektomie und weist für die Komplikationen Myokardinfarkt, Apoplex sowie Ileus Raten $< 0,5\%$ der Patienten auf. Ein Delir bei einem Patienten nach radikaler Prostatektomie wurde in der Studie von Cheng et al. (2014) bei ca. $0,3\%$ der Patienten erfasst.

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	442303
Bezeichnung	Allgemeine postoperative Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	≤ 2,00
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellanahme- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	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 Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Sozialdaten bei den Krankenkassen: Alter (Geburtsdatum) Diabetes mellitus - E10.- Diabetes mellitus, Typ 1 - E11.- Diabetes mellitus, Typ 2 - E12.- Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] - E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus - E14.- Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus Radikale Prostatovesikulektomie mit regionaler Lymphadenektomie - 5-604.02 - 5-604.12 - 5-604.22 - 5-604.32 - 5-604.42 - 5-604.52 Voroperationen im Abdominal- und Beckenbereich innerhalb von 5 Jahren vor radikaler Prostatektomie Daten bei den klinischen Krebsregistern:

	Art der systemischen oder abwartenden Therapie Zeitraum der systemischen Therapie	
Rechenregeln	Zähler Alle allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie aufgetreten sind Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie O (observed) Beobachtete Anzahl an Patienten mit allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie aufgetreten sind E (expected) Erwartete Anzahl an Patienten mit allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie aufgetreten sind	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	PCAS:P	
Zähler (Formel)	O_442303	
Nenner (Formel)	E_442303	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_442303
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442303
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patienten mit allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie aufgetreten sind
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl

	ID	E_442303
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442303
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patienten mit allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie aufgetreten sind
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen		-
Darstellung		-
Grafik		-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

442304: Chirurgisch-urologische Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel

Möglichst selten chirurgisch-urologische Komplikationen nach radikaler Prostatektomie

Hintergrund

Das Auftreten von chirurgisch-urologischen Komplikationen nach radikaler Prostatektomie ist ein klinischer Endpunkt, der unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Leitlinien

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

Literatur

Für die Erfassung von postoperativen Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen wird häufig die Klassifikation nach Clavien-Dindo verwendet (Hiess et al. 2014). Eine weitere typische Klassifikation ist die Einteilung in „allgemeine postoperative“ und „spezifische“, in diesem Fall „chirurgisch-urologische“ Komplikationen nach radikaler Prostatektomie. Chirurgisch-urologische postoperative Komplikationen sind:

- Infektionen
- Komplikationen, die das Lymphsystem betreffen
- Verletzungen, Fisteln, Abszesse, Stenosen
- Wunddehiszenz
- Verletzungen von Nerven, Gefäßen
- Verletzungen des Harn- oder Beckenorgane
- Verletzungen des Darmtraktes
- Blutungen / Hypovolämischer Schock infolge eines Eingriffs
- Notwendigkeit der Gabe von Bluttransfusionen

Verschiedene internationale Studien geben Hinweise darauf, dass Wundinfektionen als Folge einer radikalen Prostatektomie auftreten können und berichten von einer Rate von etwa 1,1 % und 5,4 % (Cheng et al. 2014, Pompe et al. 2018, Johnson et al. 2018). Auch für eine erforderliche Wiederaufnahme aufgrund einer Infektion oder das Auftreten einer Urosepsis nach radikaler Prostatektomie gibt es in Studien Hinweise. In der Studie von Wallerstedt et al. (2019) wurde ermittelt, dass 0,67 % der Patienten wegen einer Infektion sowie 0,19 % der Patienten nach einer radikalen Prostatektomie wegen einer Sepsis nach Entlassung aus dem Krankenhaus wiederaufgenommen werden mussten. Bei Johnson et al.

(2018) trat 90 Tage nach radikaler Prostatektomie eine Urosepsis bei 0,9 % der Patienten auf. Auch Hinweise für das Auftreten von Komplikationen, die das Lymphsystem betreffen, finden sich in der Literatur, wie z. B. die Entstehung einer Lymphozele (bei circa 1,2-1,4 % der Patienten (Löppenberg et al. 2010, Gandaglia et al. 2018)) sowie eine verzögerte Lymphsekretion (2,2 % der Patienten) (Cheng et al. 2014). Auch für intraoperative sowie postoperative Blutungen fanden sich Hinweise in verschiedenen Studien, dass diese als postoperative Komplikationen bei etwa 0,3 % bis 0,7 % der Patienten auftraten (Cheng et al. 2014, Laird et al. 2015, Wallerstedt et al. 2019). Mehrere internationale Studien geben Anhalt für die Notwendigkeit der Gabe einer Bluttransfusion für Patienten nach einer radikalen Prostatektomie in etwa 0,5 % bis 9,1 % der Fälle (Laird et al. 2015, Cheng et al. 2014, Johnson et al. 2018, Pompe et al. 2018, Gandaglia et al. 2018). Auch die Analyse von Cheng et al. (2014) gibt Hinweise auf postoperative Komplikationen. Nach radikaler Prostatektomie bildete sich postoperativ ein Abszess bei ca. 1,1 % der Patienten, eine Stenose in 3,9 % der Fälle (Cheng et al. 2014) und eine Wunddehiszenz in 2,2 % der Fälle aus (Cheng et al. 2014). Im systematischen Review von Alder et al. (2020) wurde eine Inzidenzrate für das Auftreten einer Inguinalhernie von 13,7 % (95 % KI 12,0-15,4) bei offener retropubischer Prostatektomie, 7,5 % (95 % KI 5,2-9,8) bei laparoskopisch retropubischer Prostatektomie sowie 7,9 % (95 % KI 5,0-10,9) bei roboter-assoziiierter Prostatektomie festgestellt. Wenngleich selten, gibt es auch Hinweise für die intraoperative Verletzung von Nerven (insbesondere des Nervus obturatorius) oder Verletzung von Gefäßen bei einer radikalen Prostatektomie wie z. B. bei 0,2 % (Johnson et al. 2018) sowie < 0,1 % (Laird et al. 2015) der dort betrachteten Patienten. Hinweise auf die Verletzung umliegender Organe im Rahmen einer radikalen Prostatektomie fanden sich als Komplikation mit Raten < 1 % in einigen Studien: Verletzungen der Harnorgane/Beckenorgane z. B. in Form einer distalen Uretherverletzung trat in der Studie von Cheng et al. (2014) bei 0,3 % und in der Studie von Laird et al. (2015) bei < 0,1 % der Patienten auf. Verletzungen des Darmtraktes bei einer radikalen Prostatektomie z. B. des Rektums trat in der Studie von Laird et al. (2015) bei 0,6 % der Patienten auf.

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	442304
Bezeichnung	Chirurgisch-urologische Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Daten bei den klinischen Krebsregistern und Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	≤ 2,00
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellanahme- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	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 Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Sozialdaten bei den Krankenkassen: Alter (Geburtsdatum) Diabetes mellitus - E10.- Diabetes mellitus, Typ 1 - E11.- Diabetes mellitus, Typ 2 - E12.- Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] - E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus - E14.- Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus Radikale Prostatovesikulektomie mit regionaler Lymphadenektomie - 5-604.02 - 5-604.12 - 5-604.22 - 5-604.32 - 5-604.42 - 5-604.52 Voroperationen im Abdominal- und Beckenbereich innerhalb von 5 Jahren vor radikaler Prostatektomie Daten bei den klinischen Krebsregistern:

	Art der systemischen oder abwartenden Therapie Zeitraum der systemischen Therapie	
Rechenregeln	Zähler Alle chirurgisch-urologischen Komplikationen die innerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind unter Ausschluss von Patienten, bei denen bereits im Quartal (90 Tage) vor der radikalen Prostatektomie folgende Diagnosen vorlagen: - Vesikorektal-, Harnblasen-, Harnröhrenfistel - sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane (u. a. Urethroskrotalfistel, Striktur, Chylozele, Atrophie, Hypertrophie, Ödem, Ulkus) - Anal-, Rektal-, Anorektalfistel - Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en) (Stadium II bzw. III) - Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II bzw. III - Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert - Lymphödem, nicht näher bezeichnet (inkl. Lymphozele) Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie O (observed) Beobachtete Anzahl an Patienten mit chirurgisch-urologischen Komplikationen die innerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind unter Ausschluss von Patienten, bei denen bereits im Quartal (90 Tage) vor der radikalen Prostatektomie folgende Diagnosen vorlagen: - Vesikorektal-, Harnblasen-, Harnröhrenfistel - sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane (u. a. Urethroskrotalfistel, Striktur, Chylozele, Atrophie, Hypertrophie, Ödem, Ulkus) - Anal-, Rektal-, Anorektalfistel - Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en) (Stadium II bzw. III) - Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II bzw. III - Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert - Lymphödem, nicht näher bezeichnet (inkl. Lymphozele) E (expected) Erwartete Anzahl an Patienten mit chirurgisch-urologischen Komplikationen die innerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	PCAS:P	
Zähler (Formel)	O_442304	
Nenner (Formel)	E_442304	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl

	ID	O_442304
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442304
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patienten mit chirurgisch-urologischen Komplikationen die innerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind unter Ausschluss von Patienten, bei denen bereits im Quartal (90 Tage) vor der radikalen Prostatektomie folgende Diagnosen vorlagen: - Vesikorektal-, Harnblasen-, Harnröhrenfistel - sonstige näher bezeichnete Krankheiten der männlichen Genitalorgane (u. a. Urethroskrotalfistel, Striktur, Chylozele, Atrophie, Hypertrophie, Ödem, Ulkus) - Anal-, Rektal-, Anorektalfistel - Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en) (Stadium II bzw. III) - Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II bzw. III - Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert - Lymphödem, nicht näher bezeichnet (inkl. Lymphozele)
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_442304
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442304
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patienten mit chirurgisch-urologischen Komplikationen die in-

		nerhalb von 30 Tagen nach einer stationären radikalen Prostatektomie aufgetreten sind
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCAS:P
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

442305: Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalso- strukturen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten von Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie

Hintergrund

Das Auftreten einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostrukturen nach radikaler Prostatektomie ist eine postoperative 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

In der Analyse von Elliott et al. (2007) fanden sich Hinweise für das Auftreten von postinterventionellen Harnröhrenstrikturen und Blasenhalsostrukturen/-sklerosen deren Inzidenz über alle Behandlungsoptionen hinweg (radikale Prostatektomie, perkutane Strahlentherapie, Brachytherapie) bei etwa 5,2 % (Range 1,1 %–8,4 %) und nach einer radikalen Prostatektomie bei 8,4 % lag (Elliott et al. 2007). Die meisten Harnröhrenstrikturen und Blasenhalsostrukturen/-sklerosen nach radikaler Prostatektomie entwickelten sich bei der in dieser Studie betrachteten Population innerhalb der ersten 6 Monate nach Therapie (Elliott et al. 2007). In einer anderen Studie war eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus aufgrund einer Harnröhrenstriktur bei 0,11 % der Patienten nach radikaler Prostatektomie erforderlich (Wallerstedt et al. 2019).

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	442305
Bezeichnung	Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie
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 Stellanahme- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung ver- wendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Sozialdaten bei den Krankenkassen: Alter (Geburtsdatum)
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor radikaler Prostatektomie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie unter Ausschluss von Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach der radikalen Prostatektomie eine perkutane Strahlentherapie erhalten haben O (observed) Beobachtete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten,

	bei denen vor radikaler Prostatektomie (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorlag E (expected) Erwartete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	PCAS:P	
Zähler (Formel)	O_442305	
Nenner (Formel)	E_442305	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_442305
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442305
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen vor radikaler Prostatektomie (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_442305
	Bezug zu QS-Ergebnissen	442305
	Sortierung	-

	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie 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		

442306: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie
----------------------	--

Hintergrund

Das Versterben direkt nach einer radikalen Prostatektomie ist ein klinischer 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.

Literatur

Die 30-Tage-Mortalität nach radikaler Prostatektomie liegt in der vorliegenden Literatur im Bereich unter 1 % (Ortelli et al. 2018, WIdO 2016, Löppenberg et al. 2010).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	442306
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie
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 radikaler Prostatektomie verstorben sind Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

442312: Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten einer Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie

Hintergrund

Das Auftreten einer Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie ist eine postoperative Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Literatur

Die Harninkontinenz zählt zu einer häufigen Komplikation nach einer radikalen Prostatektomie, die oft noch 12 Monate nach Therapiebeendigung persistiert (Baker et al. 2016, Whiting et al. 2016, Sanda et al. 2008, Lardas et al. 2017).

In der Studie von Sanda et al. (2008) finden sich Hinweise darauf, dass innerhalb der ersten zwei Monate nach einer radikalen Prostatektomie etwa 20 % bis 67 % der Patienten eine Harninkontinenz entwickeln, die sich im zeitlichen Verlauf verbessert: nach 6 Monaten (6–34 %), nach 12 Monaten (4–24 %) sowie nach 24 Monaten (5–20 %) (Sanda et al. 2008). Auch in der Studie von Chen et al. (2017) berichten noch 15,8 % (n = 288; 95 % KI 15,4–16,3) der Männer zwei Jahre nach radikaler Prostatektomie über eine Harninkontinenz. Mehrere weitere quantitative Primäranalysen geben Anhaltspunkte dafür, dass eine radikale Prostatektomie zu einer hohen Komplikationsrate in Form einer Harninkontinenz führen kann (Hoffman et al. 2020, Kyrдалen et al. 2013, Johansson et al. 2011, Potosky et al. 2004). Berücksichtigt werden muss jedoch, dass ein relevanter Anteil der Patienten bereits vor der radikalen Prostatektomie eine Harninkontinenz anderer Ätiologie aufweisen. Die berichteten Prävalenzen hierzu variieren zwischen 1–11 % (Sanda et al. (2008) und ca. 30 % Lane et al. (2016)).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	442312
Bezeichnung	Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach radikaler Prostatektomie
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 radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harninkontinenz vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen präoperativ (vorausgehendes Quartal) bereits eine Harninkontinenz vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie unter Ausschluss von Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach der radikalen Prostatektomie eine perkutane Strahlentherapie erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	

442313: Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach nervschonender radikaler Prostatektomie

Qualitätsziel

Möglichst seltenes Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach nervschonender radikaler Prostatektomie

Hintergrund

Das Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie ist eine postoperative Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patienten hat und deren Vermeidung dementsprechend als patientenrelevantes Ziel formuliert werden kann.

Literatur

Im systematischen Review von Baker et al. (2016) sowie in mehreren quantitativen Primäranalysen (u. a. Chen et al. (2017), Kyrдалen et al. (2013), Sanda et al. (2008)) finden sich Hinweise, dass die radikale Prostatektomie signifikant mit einer erektilen Dysfunktion assoziiert ist.

Sexuelle Funktionsstörungen in Form einer schwachen Erektionsfähigkeit, der fehlenden Fähigkeit eine Erektion aufrechtzuerhalten oder einer gänzlich fehlenden Erektionsfähigkeit, treten in der Studie von Sanda et al. (2008) vor der radikalen Prostatektomie bei etwa 10 % bis 17 % (n = 603) der Patienten auf. Innerhalb der ersten 2 Monate nach Durchführung der radikalen Prostatektomie konnte für diese Studienpopulation gezeigt werden, dass dagegen bei 83 % bis 90 % (n = 571) der Patienten eine erektile Dysfunktion (Sanda et al. 2008) besteht. Auch ein bzw. zwei Jahre nach der radikalen Prostatektomie leiden noch etwa 60 % bis 75 % (n = 557) bzw. 51 % bis 64 % (n = 372) der Patienten unter einer erektilen Dysfunktion (Sanda et al. 2008). Auch in der Studie von Chen et al. (2017) finden sich Hinweise auf eine über einen längeren Zeitraum bestehende erektile Dysfunktion: in deren Studienpopulation berichten 57 % der Patienten zwei Jahre nach radikaler Prostatektomie über eine erektile Dysfunktion. Mehrere internationale quantitative Primäranalysen zeigen ähnliche Ergebnisse (u. a. Johansson et al. (2011), Potosky et al. (2004), Hoffman et al. (2020), Ferrer et al. (2013), Kyrдалen et al. (2013)).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	442313
Bezeichnung	Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach nervscho- nender radikaler Prostatektomie
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 Stellungnahmever- fahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach nervscho- nender radikaler Prostatektomie eine erektile Dysfunktion vorliegt unter Ausschluss von Patienten, bei denen präoperativ (vorausgehendes Quartal) bereits eine erektile Dysfunktion vorlag Nenner Alle Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und nerv- schonender radikaler Prostatektomie unter Ausschluss von Patien- ten, die innerhalb von 365 Tagen nach der radikalen Prostatektomie eine perkutane Strahlentherapie erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCAS:P
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	

Literatur

- Alder, R; Zetner, D; Rosenberg, J (2020): Incidence of Inguinal Hernia after Radical Prostatectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Urology* 203(2): 265-274. DOI: 10.1097/JU.0000000000000313.
- Baker, H; Wellman, S; Lavender, V (2016): Functional Quality-of-Life Outcomes Reported by Men Treated for Localized Prostate Cancer: A Systematic Literature Review. *Oncology Nursing Forum* 43(2): 199-218. DOI: 10.1188/16.ONF.199-218.
- Chen, RC; Basak, R; Meyer, A-M; Kuo, T-M; Carpenter, WR; Agans, RP; et al. (2017): Association Between Choice of Radical Prostatectomy, External Beam Radiotherapy, Brachytherapy, or Active Surveillance and Patient-Reported Quality of Life Among Men With Localized Prostate Cancer. *JAMA* 317(11): 1141-1150. DOI: 10.1001/jama.2017.1652.
- Cheng, W-M; Lin, T-P; Lin, C-C; Huang, EY-H; Chung, H-J; Kuo, J-Y; et al. (2014): Standardized report for early complications of radical prostatectomy. *Journal of the Chinese Medical Association* 77(5): 234-241. DOI: 10.1016/j.jcma.2014.02.008.
- 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.
- Ferrer, M; Guedea, F; Suárez, JF; de Paula, B; Macías, V; Mariño, A; et al. (2013): Quality of life impact of treatments for localized prostate cancer: Cohort study with a 5year follow-up. *Radiotherapy and Oncology* 108(2): 306-313. DOI: 10.1016/j.radonc.2013.05.038
- Gandaglia, G; Bravi, CA; Dell'Oglio, P; Mazzone, E; Fossati, N; Scuderi, S; et al. (2018): The Impact of Implementation of the European Association of Urology Guidelines Panel Recommendations on Reporting and Grading Complications on Perioperative Outcomes after Robot-assisted Radical Prostatectomy. *European Urology* 74(1): 4-7. DOI: 10.1016/j.eururo.2018.02.025.
- Hiess, M; Ponholzer, A; Lamche, M; Schramek, P; Seitz, C (2014): Die Komplikationsklassifikation nach Clavien-Dindo am Beispiel der radikalen Prostatektomie. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 164(15-16): 297-301. DOI: 10.1007/s10354-014-0264-2.

- Hoffman, KE; Penson, DF; Zhao, Z; Huang, L-C; Conwill, R; Laviana, AA; et al. (2020): Patient-Reported Outcomes Through 5 Years for Active Surveillance, Surgery, Brachytherapy, or External Beam Radiation With or Without Androgen Deprivation Therapy for Localized Prostate Cancer. JAMA 323(2): 149-163. DOI: 10.1001/jama.2019.20675.
- Johansson, E; Steineck, G; Holmberg, L; Johansson, J-E; Nyberg, T; Ruutu, M; et al. (2011): Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. The Lancet: Oncology 12(9): 891-899. DOI: 10.1016/s1470-2045(11)70162-0.
- Johnson, I; Ottosson, F; Diep, LM; Berg, RE; Hoff, J-R; Wessel, N; et al. (2018): Switching from laparoscopic radical prostatectomy to robot assisted laparoscopic prostatectomy: comparing oncological outcomes and complications. Scandinavian Journal of Urology 52(2): 116-121. DOI: 10.1080/21681805.2017.1420099.
- Kyrdalen, AE; Dahl, AA; Hernes, E; Småstuen, MC; Fosså, SD (2013): A national study of adverse effects and global quality of life among candidates for curative treatment for prostate cancer. BJU International 111(2): 221-232. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11198.x.
- Laird, A; Fowler, S; Good, DW; Stewart, GD; Srinivasan, V; Cahill, D; et al. (2015): Contemporary practice and technique-related outcomes for radical prostatectomy in the UK: a report of national outcomes. BJU International 115(5): 753-763. DOI: 10.1111/bju.12866.
- Lane, A; Metcalfe, C; Young, GJ; Peters, TJ; Blazeby, J; Avery, KN; et al. (2016): Patient-reported outcomes in the ProtecT randomized trial of clinically localized prostate cancer treatments: study design, and baseline urinary, bowel and sexual function and quality of life. BJU International 118(6): 869-879. DOI: 10.1111/bju.13582.
- Lardas, M; Liew, M; van den Bergh, RC; De Santis, M; Bellmunt, J; Van den Broeck, T; et al. (2017): Quality of Life Outcomes after Primary Treatment for Clinically Localised Prostate Cancer: A Systematic Review. European Urology 72(6): 869-885. DOI: 10.1016/j.eururo.2017.06.035.

- Löppenberg, B; Noldus, J; Holz, A; Palisaar, RJ (2010): Reporting Complications After Open Radical Retropubic Prostatectomy Using the Martin Criteria. *The Journal of Urology* 184(3): 944–948. DOI: 10.1016/j.juro.2010.05.032.
- Ortelli, L; Spitale, A; Mazzucchelli, L; Bordoni, A (2018): Quality indicators of clinical cancer care for prostate cancer: a population-based study in southern Switzerland. *BMC: Cancer* 18: 733. DOI: 10.1186/s12885-018-4604-2.
- Pompe, RS; Beyer, B; Haese, A; Preisser, F; Michl, U; Steuber, T; et al. (2018): Postoperative complications of contemporary open and robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy using standardised reporting systems. *BJU International* 122(5): 801–807. DOI: 10.1111/bju.14369.
- Potosky, AL; Davis, WW; Hoffman, RM; Stanford, JL; Stephenson, RA; Penson, DF; et al. (2004): Five-Year Outcomes After Prostatectomy or Radiotherapy for Prostate Cancer: The Prostate Cancer Outcomes Study. *Journal of the National Cancer Institute* 96(18): 1358–1367. DOI: 10.1093/jnci/djh259.
- Sanda, MG; Dunn, RL; Michalski, J; Sandler, HM; Northouse, L; Hembroff, L; et al. (2008): Quality of Life and Satisfaction with Outcome among Prostate-Cancer Survivors. *The New England Journal of Medicine* 358(12): 1250–1261. DOI: 10.1056/NEJMoa074311.
- Wallerstedt Lantz, A; Stranne, J; Tyritzis, SI; Bock, D; Wallin, D; Nilsson, H; et al. (2019): 90-Day readmission after radical prostatectomy—a prospective comparison between robot-assisted and open surgery. *Scandinavian Journal of Urology* 53(1): 26–33. DOI: 10.1080/21681805.2018.1556729.
- Whiting, PF; Moore, THM; Jameson, CM; Davies, P; Rowlands, M-A; Burke, M; et al. (2016): Symptomatic and quality-of-life outcomes after treatment for clinically localised prostate cancer: a systematic review. *BJU International* 118(2): 193–204. DOI: 10.1111/bju.13499.
- WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2016): QSR-Bundeswerte 2016. Berichtszeitraum 2012–2014 mit Nachbeobachtung bis Ende 2015. Stand: Oktober 2016. [Berlin]: WIdO. URL: https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/bundeswerte_2016_final.pdf (abgerufen am: 19.02.2026)

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