



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen für das Verfahren 17: Lokal begrenztes Prostatakarzinom

Vom 16. Juli 2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2026 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. In Teil 2 der Richtlinie wird nach Verfahren 16 das folgende Verfahren 17 eingefügt:

„Verfahren 17: Lokal begrenztes Prostatakarzinom (QS Prostata-Ca)“

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens ist die Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms bei Patienten ab 18 Jahren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Erfasst werden die nachfolgend genannten Leistungen („Indexleistungen“):

- a) Prostatastanzbiopsie
- b) Radikale Prostatektomie
- c) Perkutane Strahlentherapie
- d) Interstitielle Brachytherapie als Monotherapie
- e) Aktive Überwachung

(2) Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“. Das Verfahren wird nachfolgend „QS Prostata-Ca“ genannt.

(3) Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte im Bereich

- a) Durchführung der Diagnostik mittels Prostatastanzbiopsie
- b) Indikationsstellung zur adjuvanten hormonablativen Therapie
- c) Durchführung und Ergebnisse der radikalen Prostatektomie
- d) Durchführung und Ergebnisse der perkutanen Strahlentherapie / interstitiellen Brachytherapie als Monotherapie

messen, vergleichend darstellen und soweit diese durch Qualitätsindikatoren erfasst sind bewerten. Der qualitätsrelevante Aspekt „Aktive Überwachung“ wird vorerst als die Kennzahl

„Aktive Überwachung mehr als 9 Monate“ dargestellt. Die entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen sind in Anlage I aufgeführt. Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Durchführung der Diagnostik mittels Prostatastanzbiopsie
- b) Förderung der leitliniengerechten Durchführung der radikalen Prostatektomie und perkutanen Strahlentherapie / interstitiellen Brachytherapie zur Erhöhung der Patientensicherheit
- c) Verringerung der Komplikationsraten und der Sterblichkeit während und nach der radikalen Prostatektomie und perkutanen Strahlentherapie / interstitiellen Brachytherapie als Monotherapie
- d) Transparenz über das Versorgungsgeschehen zur Aktiven Überwachung

Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

(4) Das Verfahren adressiert den ambulanten und stationären Sektor und bezieht sich auf Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie deren SV-Leistungen gemäß Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 4 der Richtlinie. Bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten werden zwei Facharztgruppen einbezogen: Urologinnen und Urologen sowie Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten. Die Qualitätsindikator- und Kennzahlsergebnisse werden

- bei Prostatektomie den Krankenhäusern
- bei Prostatastanzbiopsie den Krankenhäusern und den vertragsärztlichen sowie selektivvertragsärztlichen Urologinnen und Urologen
- bei perkutaner Strahlentherapie den Krankenhäusern und den vertragsärztlichen sowie selektivvertragsärztlichen Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten und
- bei interstitieller Brachytherapie als Monotherapie den Krankenhäusern und den vertragsärztlichen sowie selektivvertragsärztlichen Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten sowie Urologinnen und Urologen

zugeordnet.

(5) Die zu verarbeitenden Daten gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a werden bei Krankenhäusern sowie bei kollektiv- oder selektivvertraglich tätigen Ärztinnen und Ärzten der Facharztgruppen Urologie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pathologie, Viszeralchirurgie, Allgemeinchirurgie, Strahlentherapie, Hämatologie/Onkologie erhoben.

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der ambulant oder stationär erbrachten Indexleistungen gemäß § 1.

(2) Belegärztlich durchgeführte Behandlungen werden der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 der Richtlinie zugeordnet.

(3) Die Beurteilung der im Verfahren einbezogenen Indexleistungen basiert überwiegend auf den mit ihnen assoziierten Folgeereignissen (Follow-up). Dies sind im Einzelnen unerwünschte schwerwiegende Komplikationen und Sterblichkeit.

(4) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von

länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum einer Indexleistung gemäß § 1 Absatz 1.

(6) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Zum 30. Juni 2037 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele nach § 1 des QS-Verfahrens unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie sowie unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus der wissenschaftlich begleiteten Erprobung nach § 19 und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2038 außer Kraft zu setzen ist.

(7) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser und der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte paritätisch zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patienten erbringen. Das Verfahren wird auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchgeführt. Dies ist erforderlich, da die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 48 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem die zugehörige Indexleistung stattfand, gelöscht.

(2) Die Tumorreferenznummer ist bei dem klinischen Krebsregister spätestens 48 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem die letzte zugehörige Indexleistung stattfand, zu löschen.

(3) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 4 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie in der Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

- a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und
- b) den Krankenkassen.

Die jeweiligen Daten nach Satz 1 Buchstaben a und b sind der Anlage II zu entnehmen. Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. Bei den in

Anlage II Buchstabe a aufgeführten Datenfeldern handelt es sich um eine Auswahl von Datenfeldern aus dem onkologischen Basisdatensatz inklusive des organspezifischen Moduls Prostatakarzinom gemäß § 65c Absatz 1 SGB V. Wenn eine Aktualisierung des onkologischen Basisdatensatzes oder des organspezifischen Moduls Prostatakarzinom gemäß § 65c Absatz 1 SGB V erfolgt, ist die Auswahl der Datenfelder in Anlage II Buchstabe a zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen, sodass stets Übereinstimmung mit der Definition der Datenfelder in Anlage II Buchstabe a besteht.

(2) Die Daten gemäß Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a werden von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern auf dem nach den landesrechtlichen Vorgaben für das jeweilige klinische Krebsregister etablierten Meldeweg an die klinischen Krebsregister in ihrer Funktion als Datenannahmestelle gemäß Teil 1 § 9 Absatz 3 übermittelt. Auf Grundlage der gemäß Absatz 3 zur Verfügung gestellten Spezifikation stellen die klinischen Krebsregister die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern übermittelten Daten, die zu einer Tumordiagnose patientenindividuell vorliegen, zu einem tumorfallbezogenen Datensatz mit den in Anlage III festgelegten Datenfeldern zusammen. Wenn für einen Tumorfall in einem Datenfeld mehrere unterschiedliche Werte vorliegen erfolgt zudem eine Auswahl des plausibelsten Wertes, der dann in den tumorfallbezogenen Datensatz eingeht.

(3) Zum Zwecke der Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen und die klinischen Krebsregister erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen sowie die von den klinischen Krebsregistern anzuwendenden Regeln zur Erstellung des tumorfallbezogenen Datensatzes gemäß Anlage III zu spezifizieren. Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums, vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

§ 6 Datenflussverfahren

(1) Die Daten werden vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie verarbeitet.

(2) Die klinischen Krebsregister generieren gemäß den Vorgaben der Spezifikation nach Teil 1 § 4 Absatz 4 bezogen auf jede Tumordiagnose eine Tumorreferenznummer. Die Tumorreferenznummer besteht aus einem für die automatisierte elektronische Verarbeitung etablierten Universally Unique Identifier (UUID) und wird gemeinsam mit den von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern übermittelten Daten an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet.

(3) Für die Identifizierung der in die Qualitätssicherung einbezogenen Tumorfälle stellen die klinischen Krebsregister den gemäß § 1 Absatz 4 Satz 3 einbezogenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ein Mapping zwischen der eGK-Versichertennummer, der Tumordiagnose und der Tumorreferenznummer zur Nutzung der Rückmeldeberichte zur Verfügung. Die elektronische Datenübermittlung des Mappings erfolgt zeitgleich mit der Übermittlung der Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und ausschließlich über gesicherte Übertragungskanäle. Dies setzt eine Authentifizierung des Absenders und eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung der Daten voraus.

§ 7 Datenprüfung

Es kommen die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und das Datenprüfprogramm beziehungsweise inhaltsgleiche vom IQTIG vorgegebene Prüfregeln gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie zur Anwendung, die als Bestandteil der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 3 regelmäßig veröffentlicht werden.

§ 8 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten aus dem tumorfallbezogenen Datensatz gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen

Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Bei Krankenhäusern werden die Auswertungen und Berichte dem entlassenden Standort zugeordnet. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen: Auswertungen zu Indikatoren werden auf Basis der Verknüpfung von Qualitätssicherungsdaten der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und der Sozialdaten bei den Krankenkassen erstellt. Bei Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ohne Follow-up oder mit Kurzzeit-Follow-up (bis 30 Tage) erfolgt die Auswertung auf Basis der Daten des Vorvorjahres, bei Langzeit-Follow-up (31 Tage bis 15 Monate) auf Basis des dritten vorangegangenen Jahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

- (1) Einen jährlichen Rückmeldebericht erhalten
 - a) nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
 - b) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für ihre kollektivvertraglichen Leistungen sowie
 - c) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für ihre selektivvertraglichen Leistungen (SV-LE),

die mindestens eine der einbezogenen Leistungen erbracht haben. Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

- (2) Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer enthalten neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der Richtlinie mindestens folgende Informationen:

- a) Angaben zur Anzahl Meldungen sowie deren Vollständigkeit und Plausibilität differenziert nach den eigenen Meldungen der Leistungserbringerin beziehungsweise des Leistungserbringers und den Meldungen anderer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer
- b) Angaben zur Anzahl Tumorfälle sowie deren Vollständigkeit und Plausibilität
- c) Angaben zur Vollzähligkeit, zunächst den Schätzwert auf Landesebene für die Vollzähligkeit des tumorfallbezogenen Datensatzes gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2; Grundlage für die Schätzung bildet das Verfahren, wie es vom Zentrum für

Krebsregisterdaten des Robert Koch-Institutes (Stand: 17. Dezember 2019) vorgenommen wird

- d) Verknüpfungsrate der Sozialdaten bei den Krankenkassen mit den Daten aus dem tumorfallbezogenen Datensatz gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2
- e) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- f) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem die Indexleistung stattfand
- g) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- h) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- i) Auflistung der Tumorreferenznummern nach § 6 Absatz 2, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird
- j) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- k) Belegärztlich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erhalten zusätzlich Auswertungen mit einer Darstellung der Ergebnisse für ihre belegärztlichen Leistungen, die auch nach Belegabteilungen beziehungsweise Belegkrankenhaus anhand der Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) differenziert werden; diese Auswertungen sollen den Krankenhäusern durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegärztin oder Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

§ 11 Länderbezogene Auswertungen nach Teil 1 § 6 Absatz 2 der Anlage der Richtlinie

(1) Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (zum Beispiel pdf-Format) vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch, sofern vorhanden, je Leistungserbringerin und Leistungserbringer:

- a) Angaben zur Anzahl Meldungen sowie deren Vollständigkeit und Plausibilität
- b) Angaben zur Anzahl Tumorfälle sowie deren Vollständigkeit und Plausibilität
- c) Angaben zur Vollzähligkeit, zunächst den Schätzwert für die Vollzähligkeit des tumorfallbezogenen Datensatzes gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2; Grundlage für die Schätzung bildet das Verfahren, wie es vom Zentrum für Krebsregisterdaten des Robert Koch-Institutes (Stand: 17. Dezember 2019) vorgenommen wird
- d) Verknüpfungsrate der Sozialdaten bei den Krankenkassen mit den Daten aus dem tumorfallbezogenen Datensatz gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2

- e) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- f) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem die Indexleistung stattfand
- g) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- h) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen)
- i) eine Auflistung der Tumorreferenznummern nach § 6 Absatz 2 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

- (1) Den methodischen Eigenschaften des tumorfallbezogenen Datensatzes gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2, die sich durch die Zusammenführung von Daten unterschiedlicher Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ergeben, muss bei der Bewertung von Auffälligkeiten Rechnung getragen werden.
- (2) Bei den Follow-up-Indikatoren zur Sterblichkeit („Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie“, „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie“) hat die Fachkommission bei ihrer Empfehlung an die Landesarbeitsgemeinschaft eine möglicherweise eingeschränkte Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Dies ist für das Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 6 der Richtlinie zu beachten. Das Verfahren zur Aufklärung von Auffälligkeiten und Einleitung von QS-Maßnahmen wird durch den G-BA innerhalb der Erprobungszeit festgelegt.

§ 13 Datenvalidierung

- (1) Abweichend von Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie erfolgt aus methodischen Gründen keine statistische Basisprüfung der gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1 von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern an die klinischen Krebsregister übermittelten Daten.
- (2) Die Validierung der Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgt gemäß Teil 1 § 16 der Richtlinie.
- (3) Die Validierung der Daten in dem tumorfallbezogenen Datensatz gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 erfolgt anhand festgelegter Prüfkriterien, die durch das Institut nach § 137a SGB V entwickelt und einmalig durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen werden. Wesentliche Änderungen der Prüfkriterien sind vom Unterausschuss Qualitätssicherung zu beschließen. Die Prüfkriterien sind bundesweit einheitlich anzuwenden. Die Bundesauswertungsstelle führt die Berechnung der festgelegten Prüfkriterien auf Basis der Daten in dem tumorfallbezogenen Datensatz gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 durch. Bestehen keine Auffälligkeiten, ist die Prüfung an dieser Stelle abgeschlossen. Bei Auffälligkeiten erfolgt unverzüglich eine detaillierte Information und Darstellung der konkreten Auffälligkeiten durch die Bundesauswertungsstelle gegenüber dem klinischen Krebsregister. Eine Korrektur oder Nachlieferung durch das klinische Krebsregister erfolgen schnellstmöglich, aber spätestens bis zum Ablauf von sechs Wochen nach Mitteilung der Auffälligkeit an das klinische Krebsregister.

Klinischen Krebsregistern, die ihrer Pflicht zur Datenübermittlung, bezogen auf das vom Institut nach § 137a SGB V festgelegte gesamte Verfahrensjahr, nicht nachkommen, wird die Gelegenheit zur Stellungnahme gegenüber der Bundesstelle gegeben. Über eine nicht erfolgte, unvollständige oder nicht vollzählige Übermittlung der Daten der klinischen Krebsregister, bezogen auf das vom Institut nach § 137a SGB V festgelegte gesamte Verfahrensjahr, ist der G-BA umgehend vom Institut nach § 137a SGB V zusammen mit einer fachlichen Bewertung der Auswirkungen auf das QS-Verfahren zu informieren. Der G-BA bewertet auf dieser Basis die Auswirkungen auf das QS-Verfahren und entscheidet über das weitere Vorgehen und die zu veranlassenden Schritte. Das Institut nach § 137a SGB V richtet für die fachliche Begleitung zur Verarbeitung von Krebsregisterdaten ein Expertengremium gemäß Teil 1 § 26 der Richtlinie ein.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus

- je eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte mit der Facharztbezeichnung Urologie und eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte mit der Facharztbezeichnung Strahlentherapie und
- je eine Vertreterin oder ein Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung Urologie und je eine Vertreterin oder ein Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung Strahlentherapie sowie
- einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Urologie oder Strahlentherapie.

Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Fachkommission muss persönlich Indexleistungen nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Buchstabe b und mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Fachkommission muss persönlich Indexleistungen nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Buchstabe c oder d durchführen. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten insbesondere der klinischen Krebsregister mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene

- (1) Das Institut nach § 137a SGB V soll ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie einrichten.
- (2) Die Zusammensetzung soll sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14 orientieren.

§ 16 Datenlieferfristen

- (1) Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II Buchstabe b jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle. Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

(2) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten gemäß Anlage II Buchstabe a an das zuständige klinische Krebsregister. Die Fristen zur Datenübermittlung richten sich nach den landesrechtlichen Vorgaben für das jeweilige klinische Krebsregister.

(3) Die klinischen Krebsregister übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten eines Erfassungsjahres gemäß Anlage III jeweils vom 1. – 31. Januar (Erfassungsjahr X+1) sowie eine finale Lieferung vom 1. – 31. Januar (Erfassungsjahr X+2).

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen, den Datenannahmestellen gemäß Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, 3, 6 und 7 der Richtlinie für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. Darin enthalten sind Auswertungen der Verknüpfung der Daten aus dem tumorfallbezogenen Datensatz gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 und der Sozialdaten bei den Krankenkassen für Zwecke der Qualitätssicherung zu den Indexleistungen des Vorvorjahres inklusive deren Follow-up-Ereignisse bis zu 30 Tagen. Weiterhin enthalten sind die Auswertungen zu den Follow-up-Ereignissen bis zu 15 Monate für Indexleistungen des dritten vorangegangenen Jahres.

(2) Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der Landesarbeitsgemeinschaft zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die Landesarbeitsgemeinschaft übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften erstellt und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der Verknüpfung aus dem tumorfallbezogenen Datensatz gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 und der Sozialdaten bei den Krankenkassen für Zwecke der Qualitätssicherung zu den Indexleistungen des Vorvorjahres inklusive deren Follow-up-Ereignisse bis zu 30 Tagen. Weiterhin enthalten sind die Auswertungen zu den Follow-up-Ereignissen bis zu 15 Monate für Indexleistungen des dritten vorangegangenen Jahres sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Für die Dauer des Erprobungszeitraumes werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Erprobung und wissenschaftliche Begleitung

(1) Für einen Zeitraum von sechs Jahren wird das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren QS Prostata-Ca erprobt. Eine Erprobung mit wissenschaftlicher Begleitung ist notwendig, um die Methoden des Verfahrens insbesondere hinsichtlich der Datenübermittlung durch die klinischen Krebsregister, der Datenzusammenführung, der Bewertung der Auffälligkeiten und der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens zu optimieren.

(2) Die Erprobung dient der gestuften Implementierung des Verfahrens und hat insbesondere die Überprüfung auf Optimierungsbedarf der

1. Funktionalität und Praktikabilität

- a) der Datenzusammenstellung und -übermittlung durch die klinischen Krebsregister in ihrer Funktion als Datenannahmestelle und
 - b) der bei der Bundesauswertungsstelle stattfindenden Zusammenführung der Sozialdaten bei den Krankenkassen mit den von den klinischen Krebsregistern übermittelten Daten aus dem tumorfallbezogenen Datensatz gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2
2. Vollständigkeit, Vollständigkeit und Plausibilität der erhobenen Daten und der Validität der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse
 3. Rückmeldeberichte nach § 10 und der länderbezogenen Auswertungen nach § 11 insbesondere auch im Vergleich mit den bestehenden Rückmeldeberichten der klinischen Krebsregister
 4. Zuschreibbarkeit der Einzelergebnisse innerhalb eines tumordiagnosebasierten Patienten- oder Behandlungsfalls auf die unterschiedlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unter Beachtung externer Einflüsse bei Kurz- und Langzeit-Follow-up-Ergebnissen
 5. Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten
 6. Entwicklung und Festlegung von einheitlichen Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern

zum Ziel.

(3) Die Erprobung beginnt mit der Verpflichtung der klinischen Krebsregister und der Krankenkassen zur Datenübermittlung nach § 5 Absatz 1 am 1. Januar 2027 für Indexleistungen ab dem Erfassungsjahr 2027.

(4) Für den Zeitraum der Erprobung gelten Teil 1 § 17 Absatz 8 bis 10 der Richtlinie nicht. Werden im Zeitraum der Erprobung bei der Bewertung der Auswertungen Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, können abweichend von Satz 1 von den Fachkommissionen auch Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie empfohlen werden. Das Stimmnahmeverfahren soll vorrangig der Erprobung nach Absatz 2 dienen und selbst Gegenstand der Erprobung sein.

(5) Im ersten Jahr der Erprobung entwickelt das Institut nach § 137a SGB V gemeinsam mit den klinischen Krebsregistern einheitliche Regeln zur Erstellung des tumorfallbezogenen Datensatzes gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 und dokumentiert diese Regeln in der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 3 Satz 2. Ab dem dritten Jahr der Erprobung sind die klinischen Krebsregister verpflichtet, den tumorfallbezogenen Datensatz einheitlich gemäß der Spezifikation zu erstellen. Über Verzug bei der Weiterentwicklung und Umsetzung der Spezifikation ist der G-BA umgehend vom Institut nach § 137a SGB V zusammen mit einer fachlichen Bewertung der Auswirkungen auf das QS-Verfahren zu informieren. Der G-BA bewertet auf dieser Basis die Auswirkungen auf das QS-Verfahren und entscheidet über das weitere Vorgehen und die zu veranlassenden Schritte.

(6) Die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Ergebnissen erfolgt frühestens nach dem dritten Erfassungsjahr.

(7) Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. Die Bewertungen der Fachkommissionen im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaften dienen vorrangig der Überprüfung der in Absatz 2 genannten Ziele. Das Institut nach § 137a SGB V erhebt die für die wissenschaftliche Begleitung notwendigen Informationen von den Landesarbeitsgemeinschaften jeweils bis zum 31. Oktober der Jahre 2029, 2030 und 2031 und erstellt für den G-BA auf Basis der Informationen jeweils bis zum 31. Januar des Folgejahres Berichte.

(8) Der G-BA entscheidet auf Basis der Berichte nach Absatz 7 jeweils bis zum 30. April im Jahr der Vorlage des Berichts über notwendige Anpassungen der Richtlinie und der Spezifikationen. Sofern der G-BA keine andere Entscheidung trifft, endet die Erprobung mit Ablauf des sechsten Jahres.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS Prostata-Ca) nach Facharztgruppen

a) Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten – ambulant/stationär

Indikatorenliste

1	Adjuvante hormonablativ Therapie bei perkutaner Strahlentherapie bei Patienten mit hohem Risikoprofil
ID	442307
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils und perkutaner Strahlentherapie, die bei Beginn der perkutanen Strahlentherapie eine adjuvante hormonablativ Therapie erhalten.
Qualitätsziel	Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils und einer perkutanen Strahlentherapie sollen möglichst häufig eine adjuvante hormonablativ Therapie erhalten
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie
ID	442308
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn der primären perkutanen Strahlentherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostrukturen vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten von Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostrukturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie
ID	442314
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie die Diagnose einer Harninkontinenz vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer Harninkontinenz nach primärer perkutaner Strahlentherapie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

2	Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie
ID	442315
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie eine Diagnose zur erektilen Dysfunktion vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach primärer perkutaner Strahlentherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie
ID	442316
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer primären perkutanen Strahlentherapie die Diagnose einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis nach primärer perkutaner Strahlentherapie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Verifizierung im Bundesanzeiger gem. § 9 SGB V

b) Urologinnen und Urologen – ambulant/stationär

Indikatorenliste

1	Ambulant behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom
ID	442301
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an ambulant behandelter Prostatitis und/oder Infektion der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom.
Qualitätsziel	Möglichst wenig ambulant behandlungsbedürftige Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Stationär behandlungsbedürftige Infektionen 30 Tage nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom
ID	442302
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an stationär behandelter Sepsis und/oder Prostatitis und/oder Infektion der Harnwege innerhalb von 30 Tagen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom.
Qualitätsziel	Möglichst wenig stationär behandlungsbedürftige Infektionen nach transrektaler Prostatastanzbiopsie
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Aktive Überwachung mehr als 9 Monate
ID	442311
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, die die Kriterien der Aktiven Überwachung erfüllen und mindestens 9 Monate unter Aktiver Überwachung stehen.
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil von Patienten, die die Kriterien einer Aktiven Überwachung erfüllen und mindestens 9 Monate unter Aktiver Überwachung stehen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

c) Urologinnen und Urologen – stationär

Indikatorenliste

1	Allgemeine postoperative Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie
ID	442303
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an allgemeinen postoperativen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst selten allgemeine postoperative Komplikationen nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Chirurgisch-urologische Komplikationen 30 Tage nach radikaler Prostatektomie
ID	442304
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an chirurgisch-urologischen Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach einer radikalen Prostatektomie bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst selten chirurgisch-urologische Komplikationen nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie
ID	442305
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten von Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie
ID	442306

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, die innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach radikaler Prostatektomie
ID	442312
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach radikaler Prostatektomie die Diagnose einer Harninkontinenz vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach nervschonender radikaler Prostatektomie
ID	442313
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach nervschonender radikaler Prostatektomie eine Diagnose zur erektilen Dysfunktion vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach nervschonender radikaler Prostatektomie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

d) Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten bzw. Urologinnen und Urologen – ambulant/stationär

Indikatorenliste

1	Harnröhrenstrikturen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie
ID	442309
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie die Diagnose einer Harnröhrenstriktur oder Blasenhalsostruktion vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten von Harnröhrenstrikturen oder Blasenhalsostruktionen innerhalb von 1 Jahr nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach primärer Strahlentherapie
ID	442310
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, die innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss einer primären Strahlentherapie verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss einer primären Strahlentherapie
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Diagnostizierte Harninkontinenz 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie
ID	442317
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie die Diagnose einer Harninkontinenz vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer Harninkontinenz nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Diagnostizierte erektile Dysfunktion 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie

ID	442318
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie eine Diagnose zur erektilen Dysfunktion vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer erektilen Dysfunktion nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie ohne adjuvante hormonablativ Therapie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Diagnostizierte strahlenbedingte Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis 13 bis 15 Monate nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie
ID	442319
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, bei denen 13 bis 15 Monate (5. Quartal) nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie die Diagnose einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer strahlenbedingten Enteritis, Kolitis und/oder Proktitis nach Beginn einer interstitiellen Brachy-Monotherapie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger Gem. § 94 SGB V

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Prostata-Ca)

- a) Auswahl von Datenfeldern aus dem onkologischen Basisdatensatz inklusive dem organspezifischen Modul Prostatakarzinom gemäß § 65c Absatz 1 SGB V, welche die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1 übermitteln

Unbesetzt. Die Tabelle wird ergänzt, sobald gemäß § 19 Absatz 5 die einheitlichen Regeln zur Erstellung des tumorfallbezogenen Datensatzes entwickelt wurden.

- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbegleitende Gründe	5 Follow-up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr				X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfidnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Versichertenanzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Dienstleisterkennung				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikation oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-up-Information
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X				
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹	Stamm@versicherungsdatum				X	
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ²	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ³	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des				X	

¹ Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

² Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

³ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikat or- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-up-Information
	(Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁴	Absenders)@bundesland					
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer				X	
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X				X
17	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X				X
18	Letzter (endgültiger)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassu			X		X

⁴ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	ngs-/Verlegungsgrund@entlgrund					
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)	inpatient_interrupt (301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		
20	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhauses	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
21	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation: OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
22	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
23	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikation oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern						
24	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär - Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
25	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern						
26	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
§ 301 (AMBO)							
27	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X	
28	Art der Identifikationsnummer des	cp_type(kh_ambo. Ambulante Operation.FKT.IK				X	

⁵ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-up-Information
	Leistungserbringer (IKNR/BSNR) ⁶	des Absenders)@art					
29	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_amb o.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X	
30	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
31	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X	X	X		X
32	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ',-'); immer gemeinsam mit vorhandener	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose .Diagnoseschlüssel @icd	X	X	X		X

⁶ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁷ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikat or- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-up-Information
	Sekundärdiagnose zu liefern						
33	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose .Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
34	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ',-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
35	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X		X
36	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X		X
37	Datum der Leistung (OP/Behandlung);	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag	X	X	X		X

⁸ Die Entgeltart wird nur dann exportiert, wenn es sich um eine EBM-Ziffer handelt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikat or- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-up-Information
	falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	der Behandlung@datum					
38	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
39	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X			X
§ 295 (kollektivvertraglich)							
40	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X	
41	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
42	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X	X			

⁹ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

¹⁰ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikat or- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-up-Information
	ng (falls ungleich BSNR)						
43	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion				X	
44	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
45	Behandlungsart	295k.INF.2/2.3.3@behandlungsart		X	X		
46	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295k.LED.5/5.2.2)@fachgruppe	X	X			
47	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X		X		X
48	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X		X		X
49	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X		X
50	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X

¹¹ Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikat or- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-up-Information
51	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X		X
52	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X	X		X
53	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹²	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X	
54	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR ¹³	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion				X	
55	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X		X
§ 295 (selektivvertraglich)							
56	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295s)@quelle				X	

¹² Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der NBSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

¹³ Die KV-Region ergibt sich aus der NBSNR des Ortes der Leistungserbringung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
57	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
58	Bundesland aus der IKNR des Leistungserbringers (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁴	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@bundesland				X	
59	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion				X	
60	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer@fachgruppe	X	X			
61	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
62	Art der Inanspruchnahme	295s.Erbrachte Leistungen /	X			X	

¹⁴ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikation oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	e des niedergelassenen Arztes	Einzelfallrechnung. INF.Zusatzinformationen.4/4.4.2 Art der Inanspruchnahme @inanspruchnahme					
63	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. RGI.Abrechnungszeitraum.11/11 .2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X				X
64	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. RGI.Abrechnungszeitraum.11/11 .2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				X
65	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295s.Erbrachte Leistungen.OPS.Operationsschlüssel.7 /7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X			X
66	Operationsdatum	295s.Erbrachte Leistungen.OPS.Operationsschlüssel.7	X	X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikat or- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		/7.2.3 OPS-Datum@datum					
67	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6.2 .1 Diagnose, codiert@icd	X	X	X		X
68	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6.2 .2 Diagnosesicherheit @sicherheit		X	X		X
69	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6.2 .4 Diagnosedatum@datum	X	X			X
70	EBM-Entsprechung der selektivvertraglichen Abrechnungsnummer, falls bestimmbar	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. ABR.8/8.3 Gebührennummer @ebm	X	X	X		X
71	Datum der GO-Nr.	date_gop(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. ABR.8/8.3 Gebührennummer)@datum	X	X			X

Anlage III: Erforderlichkeit der Daten (QS Prostata-Ca) in dem tumorfallbezogenen Datensatz bei den klinischen Krebsregistern (gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Daten der Krebsregister)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR des Krebsregisters	admin@krebsregister_ik				X	
2	Tumorreferenznummer (GUID – Globally Unique Identifier)	GUID(Admin)@tumorreferenznr	X			X	
OBDS							
3	Versicherungsnummer (Elektronische Gesundheitskarte)	oBDS.3.1.Patienten Stammdaten. Krankenversicherungsnummer@V	X	X	X		
4	Geburtsdatum des Patienten ohne Tagesangabe JJJJ-MM	oBDS.3.10.Patienten Stammdaten.Patienten Geburtsdatum@gebdatum	X	X	X		
5	Datum der	oBDS.P3.Organspezifisches Modul		X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Daten der Krebsregister)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Stanze in JJJJ-MM-TT	Prostatakarzinom.Datum der Stanzen@stanzdatum					
6	Anzahl der Stanzen als natürliche Zahl	oBDS.P4.Organspezifisches Modul Prostatakarzinom.Anzahl der Stanzen@anzahl		X			X
7	Art der systemischen oder abwartenden Therapie HO = Hormontherapie AS = Active Surveillance	oBDS.16.3.Systemische Therapie.Art der systemischen oder abwartenden Therapie@artsysttherapie		X			X
8	Systemische Therapie Beginn in JJJJ-MM-TT	oBDS.16.5.Systemische Therapie Therapie Beginn@syst_beginn		X			X
9	Systemische Therapie Ende in JJJJ-MM-TT	oBDS.16.8.Systemische Therapie Therapie Ende@syst_ende		X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Daten der Krebsregister)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
10	TNM c_p_Praefix_T	oBDS.8.6.TNM-Klassifikation.TNM_c_p_Praefix_T@c_p_praefix_t		X			X
11	TNM T-Kategorie	oBDS.8.9.TNM-Klassifikation.TNM T-Kategorie@tnm_t-kategorie	X	X			X
12	TNM N-Kategorie	oBDS.8.11.TNM-Klassifikation. TNM N-Kategorie@ tnm_n-kategorie		X			X
13	TNM c_p_Praefix_N	oBDS.8.7.TNM-Klassifikation.TNM c_p_Praefix_N@c_p_praefix_n		X			X
14	TNM M-Kategorie	oBDS.8.12.TNM-Klassifikation. TNM M-Kategorie@tnm_m-kategorie		X			X
15	TNM c_p_Praefix_M	oBDS.8.8.TNM-Klassifikation TNM c_p_Praefix_M@c_p_praefix_m		X			X
16	Primärtumor Tumordiagnose ICD Code	oBDS.5.1.Diagnose.Primärtumor Tumordiagnose_ICD_Code@icd	X	X			X
17	Primärtumor Diagnose datum	oBDS.5.6.Diagnose.Primärtumor Diagnosedatum@diagdatum	X	X			X
18	PSA-Wert	oBDS.P7. Organspezifisches		X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Daten der Krebsregister)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		Modul Prostatakarzinom.PSA-Wert@psa_wert					
19	Gleason-Score	oBDS.P1. Organspezifisches Modul Prostatakarzinom.PSA-Wert@gleason_score		X			X
20	Anzahl der positiven Stenzen	oBDS.P5. Organspezifisches Modul Prostatakarzinom.Anzahl der positiven Stenzen@anzahl_pos_stenzen		X			X
21	OP Datum	oBDS.13.2.OP.OP Datum@opdatum				X	
22	Meldebe- gründun- g	oBDS.1.1.Meldung.Meld- ebegründung@meldebe- gruendung	X			X	
23	Standort-ID (Kranken- haus) ¹	oBDS.4.2.Melder Stammdaten.Melder Krankenhaus/Abteilung/ Station/Praxis@std_id	X			X	
24	Instituts- kennzeich- en des Kranken- hauses (IKNR) ²	oBDS.4.2.Melder Stammdaten.Melder Krankenhaus/Abteilung/ Station/Praxis@iknr	X			X	

¹Die Standort-ID ist zu jedem medizinischen Datenfeld (5-22), das von einem Krankenhaus dokumentiert wurde, anzugeben.

²Die IKNR ist zu jedem medizinischen Datenfeld (5-22), das von einem Krankenhaus dokumentiert wurde, anzugeben.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Daten der Krebsregister)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-up-Information
25	Betriebsstättennummer ³	oBDS.4.2.Melder Stammdaten.Melder Krankenhaus/Abteilung/Station/Praxis@bsnr	X			X	

“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 16. Juli 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk

³Die BSNR ist zu jedem medizinischen Datenfeld (5-22), das von jeder ambulanten Betriebsstätte dokumentiert wurde, anzugeben.