



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Berichts des Instituts nach § 137a SGB V über die Eignung der Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung für eine öffentliche Berichterstattung: Erfassungsjahr 2020

Vom 16. September 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. September 2021 beschlossen, den Bericht „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Erfassungsjahr 2020“ des Instituts nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 14. Juli 2021 gemäß **Anlage** zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des Instituts nach § 137a SGB V freizugeben.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 16. September 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2020

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 14. Juli 2021

Impressum

Thema:

Öffentliche Berichterstattung von Resultaten der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2020

Ansprechpartnerin:

Martina Dost

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

30. März 2021, aktualisierte Versionen am 4. Mai 2021, 2. Juni 2021, 1. Juli 2021 und am 14. Juli 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	5
1.1 Hintergrund.....	5
1.2 Beauftragung.....	6
2 Methodik.....	7
2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“.....	7
2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung.....	9
3 Ergebnisse.....	10
4 Fazit.....	49
Literatur.....	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund erheblicher Bedenken nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	14
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund der erstmaligen Anwendung für das Erfassungsjahr 2020 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	25
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse aufgrund umfassender Änderungen noch nicht mit hinreichender Sicherheit möglich ist und die daher nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	27
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse empfohlen wird, obwohl eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist	27
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden können und bei denen noch keine Empfehlung für eine standortbezogene Veröffentlichung vorgenommen werden kann	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Indikatoren bzw. Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen / nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (EJ 2012–2020)	12
Abbildung 2: Indikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2020	13

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. Abs. 6 SGB V sind die Krankenhäuser verpflichtet, jährlich anhand von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen.

§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V:

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über [...]

3. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, [...].

§ 136 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 bis 5 zu beteiligen; bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 und 3 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.

§ 136b Abs. 6 SGB V:

(6) In dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a sowie der Umsetzung der Regelungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie Informationen zu Nebendiagnosen, die mit wesentlichen Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, zu enthalten. Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. Der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

Die Festlegung der Inhalte erfolgt anhand der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)¹ des G-BA. Neben Informationen zu Struktur- und Leistungsdaten des jeweiligen Krankenhauses sind im Berichtsteil C-1.2 die Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) des G-BA nach §§ 136 ff. SGB V zu publizieren.

1.2 Beauftragung

Das IQTIG hat für den oben genannten Zweck der verpflichtenden standortbezogenen Veröffentlichung von Indikatorergebnissen den Auftrag, jährlich eine Empfehlung an den G-BA auszusprechen, für welche Qualitätsindikatoren gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² und der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)³ die Indikatorwerte, die Referenzbereiche und die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog veröffentlicht werden sollen (G-BA 2015). Mit der Einführung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen wird seit dem EJ 2018 auch für Kennzahlen eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen (IQTIG 2018). Gemäß der stufenweisen Umsetzung dieses Konzepts wurden für das Erfassungsjahr 2018 erstmals Transparenzkennzahlen in die Qualitätsindikatorendatenbank aufgenommen. Die Aufnahme von verfahrensspezifischen Kennzahlen war ebenfalls erstmals für das Erfassungsjahr 2018 vorgesehen, allerdings wurden solche bisher noch nicht entwickelt und sind somit für das Erfassungsjahr 2020 nicht in der Qualitätsindikatorendatenbank enthalten. Für das Erfassungsjahr 2020 erfolgt die Aufnahme von kalkulatorischen und ergänzenden Kennzahlen und der risikoadjustierten Rate. Dieser Bericht umfasst neben Empfehlungen zu den Qualitätsindikatoren auch Empfehlungen zu den Kennzahlen. Eine Übersicht zu den Empfehlungen ist im Anhang enthalten.

¹ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 23. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am: 22.03.2021).

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 20. Juli 2019, in Kraft getreten am 1. Januar 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am: 04.03.2020).

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, in der Fassung vom 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019, zuletzt geändert am 17. Dezember 2020, in Kraft getreten am 1. Januar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 22.03.2021).

2 Methodik

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden für ein QS-Verfahren erst zugelassen, wenn sie die Versorgungsqualität angemessen darstellen. Die dabei angewandten Kriterien sind in den Methodischen Grundlagen des IQTIG beschrieben. Alle Ergebnisse der routinemäßig in der externen Qualitätssicherung genutzten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sollen und können grundsätzlich standortbezogen veröffentlicht werden, um Qualitätstransparenz zu schaffen und um die damit verbundenen Ziele zu realisieren (vgl. die Begründung zum Gesetz der Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung: BR-Drucksache 151/14 vom 11.04.2014). Ziele sind u. a. die Ermöglichung von Auswahlentscheidungen für Patientinnen und Patienten, die Unterstützung der Leistungserbringer bei der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung sowie die patienten- und qualitätsorientierte Steuerung des Gesundheitswesens (Totten et al. 2012, Schwenk und Schmidt-Kaehler 2016, Geraedts et al. 2009, IQTIG 2017).

Die Methodik für die Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung von Indikator- und Kennzahlergebnissen zum Erfassungsjahr 2020 sowie die Empfehlungen für die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2020 werden im vorliegenden Bericht zusammenfassend dargestellt. Für eine weitergehende Darstellung der Methodik verweisen wir auf die „Methodischen Grundlagen V1.1“ des IQTIG (IQTIG 2019).

2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“

In der externen Qualitätssicherung werden auch Qualitätsindikatoren und Kennzahlen verwendet, die Limitationen hinsichtlich der Methodik oder der Verständlichkeit aufweisen oder durch andere fachliche Besonderheiten gekennzeichnet sind. Für diese Indikatoren und Kennzahlen empfiehlt das IQTIG unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Bundesfachgruppen die Veröffentlichung von ergänzenden „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“. Dadurch soll eine sachgerechte und kritische Interpretation der veröffentlichten Ergebnisse durch die Öffentlichkeit unabhängig vom Publikationsmedium ermöglicht werden. Neben individuellen Hinweisen wurden folgende Erläuterungen aufgenommen:

- **für alle risikoadjustierten Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen**

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

▪ **für alle Qualitätsindikatoren mit festgelegtem Referenzbereich**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Strukturierten Dialogs bzw. mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog bzw. im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

▪ **für alle Kennzahlen**

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

▪ **für alle Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen mit eingeschränkter Vergleichbarkeit**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Um das genannte Ziel der Ermöglichung einer sachgerechten und kritischen Interpretation der Ergebnisse unabhängig vom Publikationsmedium für die Qualitätsindikator- und Kennzahlresultate zu erreichen, ist es aus Sicht des IQTIG unbedingt geboten, dass die standortbezogene Veröffentlichung von Ergebnissen eine begleitende Darstellung in Form dieser Erläuterungen enthalten. Die Zuordnung der „Fachlichen Hinweise des IQTIG“ zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen kann dem Anhang zu diesem Bericht entnommen werden.

2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung

Indikatoren und Kennzahlen, bei denen bezüglich ihrer Eignung für eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse erhebliche Bedenken bestehen, z. B. aufgrund mangelnder Datenvalidität, werden nicht für eine Veröffentlichung empfohlen. Diese Bedenken werden im Einzelfall begründet (siehe Tabelle 1, , und Anhang).

Darüber hinaus werden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich im ersten Jahr der Anwendung befinden, nicht für die standortbezogene Veröffentlichung ihrer Ergebnisse empfohlen. Hintergrund ist, dass die Aussagekraft von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen erst anhand der Erfahrungen aus dem Regelbetrieb beurteilt werden kann. Bei erstmals angewendeten Indikatoren bzw. Kennzahlen ist eine solche Beurteilung nicht mit hinreichender Sicherheit möglich (siehe Tabelle 2).

Da die Beurteilung von Indikatoren- bzw. Kennzahlresultaten nach umfassender Änderung ebenfalls nicht hinreichend sichergestellt ist, werden diese in der Regel ebenfalls nicht für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen (siehe Tabelle 3). Im Einzelfall kann es gute Gründe geben, einige dieser Indikatoren- bzw. Kennzahlresultate dennoch zu veröffentlichen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der betrachtete Qualitätsaspekt unverändert bleibt oder die Änderungen wenig Auswirkungen auf die Aussagekraft der Indikatoren bzw. Kennzahlen haben. Zum Erfassungsjahr 2020 werden 55 Indikatoren bzw. Kennzahlen zur Veröffentlichung empfohlen, obwohl diese nicht mit den Vorjahrsergebnissen vergleichbar sind. Jede Einzelfallentscheidung, die zu einer Veröffentlichung der Indikatoren bzw. Kennzahlen geführt hat, ist begründet (siehe Tabelle 4 und Anhang).

Aus verschiedenen Gründen kann eine Auswertung nicht möglich sein. So können Sozialdaten erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung stehen, Daten für einen bestimmten Zeitraum nicht erhoben werden oder die Zuordnung von Follow-up-Daten zum Indexereignis nicht möglich sein. In diesen Fällen kann keine Empfehlung zur Veröffentlichung von Indikatoren oder Kennzahlen gegeben werden (siehe Tabelle 5 und Anhang).

Für diesen Bericht wurde eine Einschätzung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen durch das IQTIG unter Einbezug der entsprechenden Bundesfachgruppen vorgenommen. Wurden hier Bedenken gesehen, so wurde im Einzelfall entschieden, ob eine standortbezogene Veröffentlichung mit einem „Fachlichen Hinweis des IQTIG“ empfohlen wird (siehe Abschnitt 2.1) oder ob die Bedenken so erheblich sind, dass das IQTIG keine standortbezogene Veröffentlichung empfiehlt.

3 Ergebnisse

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es insgesamt 428 Qualitätsindikatoren und 129 Kennzahlen in den QS-Verfahren der QSKH-RL und erstmals auch der DeQS-RL. Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse von 155 Indikatoren und 53 Kennzahlen (insgesamt 208 Ergebnisse) für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen.

Die Ergebnisse von 349 Indikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2020 werden nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen, da

- die Indikatoren bzw. Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020 das erste Mal angewendet werden (n = 235, davon neu n = 94, neu und keine Auswertung möglich n = 141) oder
- die Indikatoren bzw. Kennzahlen umfangreich überarbeitet wurden (n=0) oder
- erhebliche Bedenken bezüglich der standortbezogenen Veröffentlichung der jeweiligen Ergebnisse bestehen (n= 49) oder
- keine Auswertung für das Erfassungsjahr 2020 erfolgt (n = 65).

Welche Indikatoren und Kennzahlen dies im Einzelnen sind und wie die jeweilige Begründung für diese Empfehlung lautet, ist Tabelle 1, Tabelle 2, Tabelle 3 und Tabelle 5 sowie dem Anhang zu entnehmen.

Unter Einbezug der jeweiligen Bundesfachgruppen wurden für alle 198 Indikatoren bzw. Kennzahlen des Erfassungsjahres 2020, deren Ergebnisse für eine Veröffentlichung empfohlen werden, ergänzende „Fachliche Hinweise des IQTIG“ (siehe Abschnitt 2.1) formuliert. Das IQTIG empfiehlt dem G-BA, die verpflichtende Veröffentlichung dieser Hinweise in seine Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufzunehmen. Die Zuordnung der „Fachlichen Hinweise des IQTIG“ zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ist dem Anhang zu entnehmen.

Folgende QS-Verfahren sind zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführt worden; auch alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen wurden neu entwickelt und sind nicht zur Veröffentlichung zu empfehlen:

- Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen – Dialyse (NET-DIAL) (30 QI bzw. Kez)
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Kombinierte Herzklappenchirurgie (KCHK-HK-CHIR) (17 QI bzw. Kez)
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe (KCHK-HK-KATH) (17 QI bzw. Kez)
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB) (22 QI bzw. Kez)
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR) (15 QI bzw. Kez)
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH) (15 QI bzw. Kez).

(Gesamt 116 QI und Kez, davon bei 60 keine Auswertung möglich)

Für folgende QS-Verfahren werden nach der Überführung in die DeQS-Richtlinie die Follow-up-Indikatoren weiter nach QSKH-Richtlinie betrachtet, zum Erfassungsjahr 2020 aber nicht ausgewertet und damit nicht zur Veröffentlichung empfohlen:

- Herztransplantation (HTX) (6 QI bzw. Kez)
- Leberlebendspende (LLS) (12 QI bzw. Kez)
- Lebertransplantation (LTX) (6 QI bzw. Kez)
- Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation (LUTX) (6 QI bzw. Kez)
- Nierenlebendspende (NLS) (12 QI bzw. Kez)
- Nierentransplantation (NTX) (12 QI bzw. Kez)
- Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (PNTX) (9 QI bzw. Kez).

(Gesamt: 63 QI bzw. Kez)

Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden bzw. bei allen gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten durch ein Pseudonym der Versichertennummer ersetzt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und das Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit, die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.

Für das QS-Verfahren *Cholezystektomie* (CHE) (7 QI bzw. Kez) ist für alle Qualitätsindikatoren die erstmalige Auswertung im Jahr 2021 zum Erfassungsjahr 2019 geplant. Die Auswertung der Qualitätsindikatoren befindet sich noch in der Weiterentwicklung bzw. Überarbeitung. Es wurde empfohlen, Stellungnahmeverfahren für 2021 auszusetzen, sodass eine Veröffentlichung frühestens ab dem nächsten Berichtsjahr empfohlen werden kann.

Für die QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant)* (WI-A) (4 QI bzw. Kez) und *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär)* (WI-S) (6 QI bzw. Kez) wurden im Jahr 2020 keine Daten erhoben, sodass die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden können.

Weiterhin werden in verschiedenen QS-Verfahren sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren bzw. Follow-up-Indikatoren erst zu einem späteren Zeitpunkt ausgewertet, sodass hier zur Veröffentlichungsfähigkeit noch keine Empfehlung abgegeben werden kann. Gleichzeitig können diese ebenfalls aufgrund der erstmaligen Anwendung für das Erfassungsjahr 2020 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden. Diese werden in der Tabelle 5 dargestellt.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Gesamtzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit 557 mehr als verdoppelt (EJ 2019: 277). Ursache ist die Aufnahme weiterer Kennzahlen und vor

allein die Erweiterung auf die QS-Verfahren der DeQS-Richtlinie. Ein Vergleich dieser beiden Erfassungsjahre kann nicht gezogen werden. Durch neu eingeführte QS-Verfahren gibt es eine hohe Zahl neu entwickelter Indikatoren. Weiterhin können viele Indikatoren nicht ausgewertet werden, da es sich um Follow-up-Indikatoren handelt, deren Auswertung erst in den Folgejahren erfolgt. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung seit 2012.

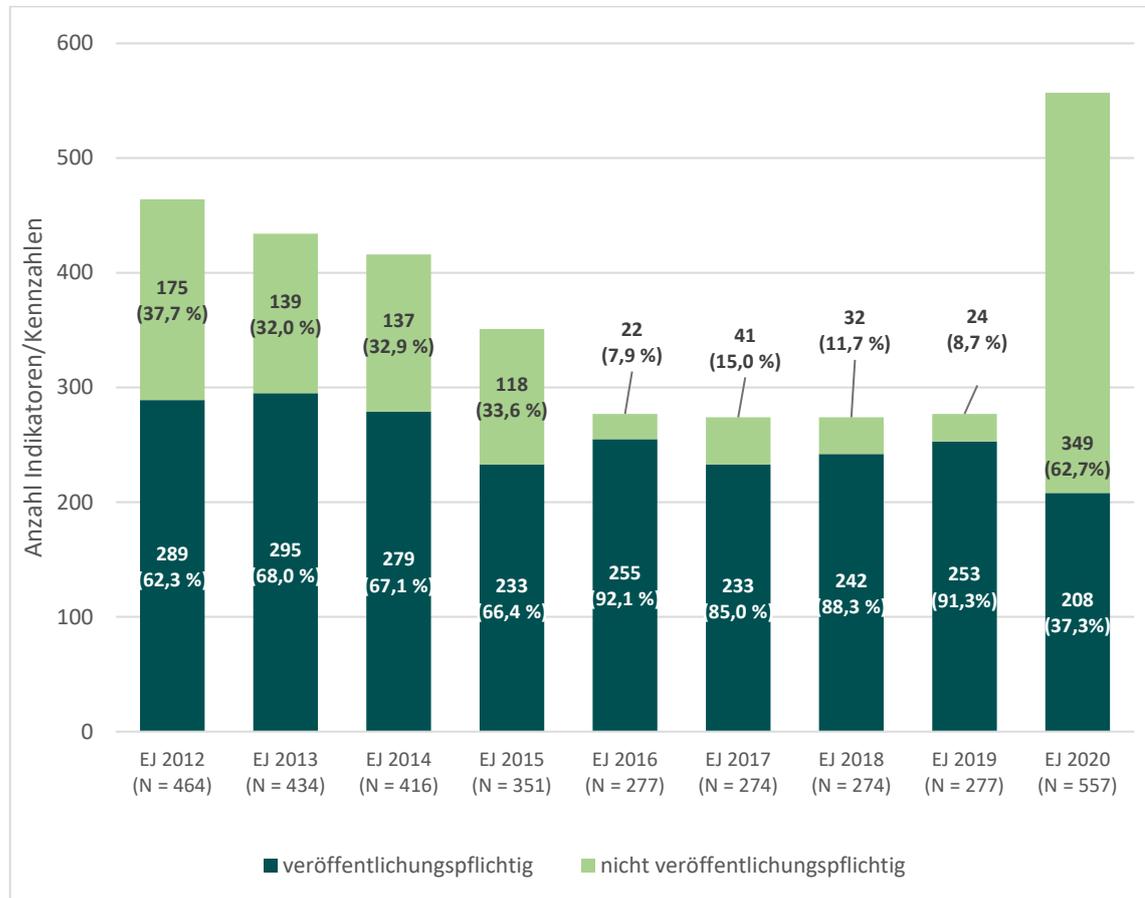


Abbildung 1: Indikatoren bzw. Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen / nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (EJ 2012–2020)

Abbildung 2 veranschaulicht, wie sich die Anzahl an Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden, zusammensetzt.

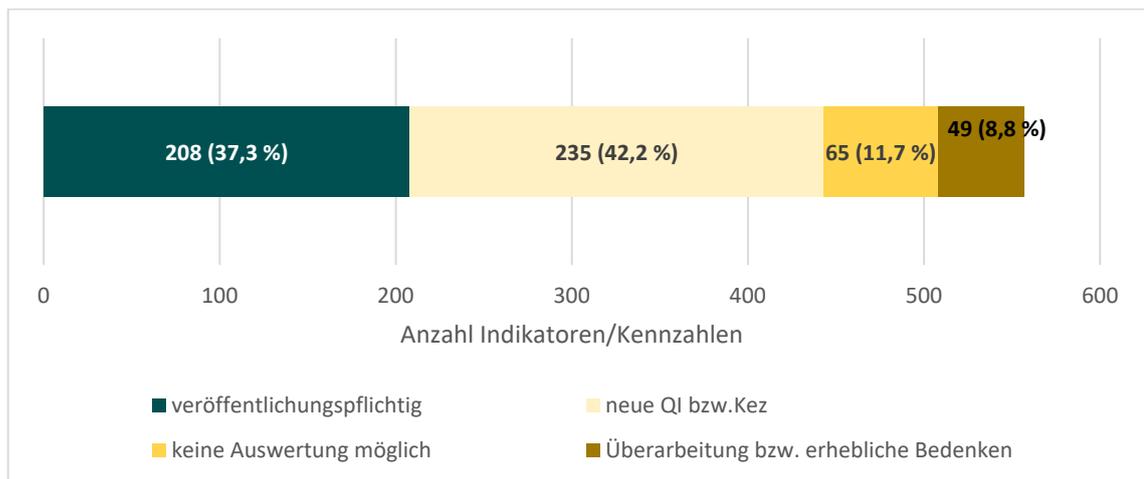


Abbildung 2: Indikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2020

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund erheblicher Bedenken nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Herzschritt- macher- Implantation (09n1-HSM- IMPL)	52312_ 52307	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/1	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52307) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
	52336_ 52305	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/1	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52305) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
	61519_ 52139	Eingriffsdauer in 09/1	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ (ID 52139) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Herzschritt- macher- Aggregat- wechsel (09n2-HSM- AGGW)	52313_ 52307	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/2	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52307) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
	61520_ 52139	Eingriffsdauer in 09/2	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ (ID 52139) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
Herzschritt- macher- Revision/ -System- wechsel/ -Explantation (09n3-HSM- REV)	52314_ 52307	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/3	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52307) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
	52337_ 52305	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/3	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52305) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09n4-DEFI-IMPL)	52318_52321	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/4	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52321) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
	61537_52131	Eingriffsdauer in 09/4	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ (ID 52131) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
	52317_52316	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/4	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52316) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
	50001_52328	09n4_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für Q11 in 09/6 bereitzustellen	KKez	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.
	50003_52001	09n4_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für Q12 in 09/6 bereitzustellen	KKez	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	50000_52002	09n4_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für Q13 in 09/6 bereitzustellen	KKez	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW)	61538_52131	Eingriffsdauer in 09/5	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ (ID 52131) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
	52320_52321	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/5	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52321) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
	52322_52328	09n5_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für Q11 in 09/6 bereitzustellen	KKez	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.
	52308_52001	09n5_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für Q12 in 09/6 bereitzustellen	KKez	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	52309_52002	09n5_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI3 in 09/6 bereitzustellen	KKez	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n6-DEFI-REV)	52319_52321	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/6	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52321) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
	52323_52316	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/6	KKez	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52316) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.
Geburtshilfe (16n1-GEBH)	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	TKez	Da dies eine Kennzahl mit geringer Fallzahl ist und es sich um ein seltenes, häufig schicksalhaftes Ereignis handelt, wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen.
	51808_51803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51813_51803, 51818_51803 und 51823_51803 in den QI 51803 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	51813_51803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51808_51803, 51818_51803 und 51823_51803 in den QI 51803 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.
	51818_51803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51808_51803, 51813_51803 und 51823_51803 in den QI 51803 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.
	51823_51803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51808_51803, 51813_51803 und 51818_51803 in den QI 51803 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.
	181801_181800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit der kalkulatorischen Kennzahl 181802_181800 in den QI 181800 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.
	181802_181800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit der kalkulatorischen Kennzahl 181801_181800 in den QI 181800 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	54040	Wundhämatome/Nachblutungen	QI	Die Ereignisse „Wundhämatome und Nachblutungen“ werden ab dem Erfassungsjahr 2019 in dem aggregierten Indikator zu „Spezifische(n) Komplikationen“ erfasst. Es soll eine Doppelbewertung der Outcome-Fälle im strukturierten Dialog vermieden werden. Der QI ist im Erfassungsjahr 2019 und folgend ab dem Erfassungsjahr 2021 gestrichen.
Hüftendoprothesenversorgung	54010	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	Das Qualitätsziel der Kennzahl entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts. Diese Entwicklungen hängen eng mit den Innovationen im Bereich der Prothesen zusammen.
	191800_54120	Implantatassoziierte Komplikationen	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit der kalkulatorischen Kennzahl 191801_54120 in den QI 54120 ein. Somit wird auf QI-Ebene das Leistungserbringer-Ergebnis zusammengefasst.
	191801_54120	Weichteilkomplikationen	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit der kalkulatorischen Kennzahl 191800_54120 in den QI 54120 ein. Somit wird auf QI-Ebene das Leistungserbringer-Ergebnis zusammengefasst.
Knieendoprothesenversorgung	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	Das Qualitätsziel der Kennzahl entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts. Diese Entwicklungen hängen eng mit den Innovationen im Bereich der Prothesen zusammen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Mamma- chirurgie	52267	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	Der Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2017 eingeführt und wird hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit und seiner Referenzbereiche noch überprüft: Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch den Strukturierten Dialog konkret identifizierbar gemacht werden können. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatoregebnisse wird daher noch nicht empfohlen.
	52278	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	Der Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2017 eingeführt und wird hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit und seiner Referenzbereiche noch überprüft: Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch den Strukturierten Dialog konkret identifizierbar gemacht werden können. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatoregebnisse wird daher noch nicht empfohlen.
Neonatologie	51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	Für diese Kennzahl wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation einer PVL bestehen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	50051	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an zystischen periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	Für diese Kennzahl wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation einer PVL bestehen.
	51136_51901	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51141_51901, 51146_51901, 51156_51901 und 51161_51901 in den QI 51901 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.
	51141_51901	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51136_51901, 51146_51901, 51156_51901 und 51161_51901 in den QI 51901 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.
	51146_51901	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51136_51901, 51141_51901, 51156_51901 und 51161_51901 in den QI 51901 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.
	51156_51901	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51136_51901, 51141_51901, 51146_51901 und 51161_51901 in den QI 51901 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	51161_51901	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	KKez	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51136_51901, 51141_51901, 51146_51901 und 51156_51901 in den QI 51901 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI)	56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	QI	Indikator wird ab EJ 2021 gestrichen, sodass keine Veröffentlichung mehr empfohlen wird.
	56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QI	Sozialdatenbasierter QI, keine Risikoadjustierung. Erstmalige Berichterstattung 2021 zu EJ 2019 geplant. Auswertung der QI noch in Entwicklung. Kein Stellungnahmeverfahren für 2021 vorgesehen.
	56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QI	Sozialdatenbasierter QI, keine Risikoadjustierung. Erstmalige Auswertung 2021 zu EJ 2019 geplant. Auswertung der QI noch in Entwicklung. Kein Stellungnahmeverfahren für 2021 vorgesehen.
	56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QI	Sozialdatenbasierter QI, keine Risikoadjustierung. Erstmalige Auswertung 2021 zu EJ 2019 geplant. Auswertung der QI noch in Entwicklung. Kein Stellungnahmeverfahren für 2021 vorgesehen.
	56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QI	Sozialdatenbasierter QI, keine Risikoadjustierung. Erstmalige Auswertung 2021 zu EJ 2019 geplant. Auswertung der QI noch in Entwicklung. Kein Stellungnahmeverfahren für 2021 vorgesehen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	QI	Sozialdatenbasierter QI, keine Risikoadjustierung. Erstmalige Auswertung 2021 zu EJ 2019 geplant. Auswertung der QI noch in Entwicklung. Kein Stellungnahmeverfahren für 2021 vorgesehen.
	56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	QI	Sozialdatenbasierter QI, keine Risikoadjustierung. Erstmalige Auswertung 2019 zu EJ 2019. Auswertung der QI noch in Entwicklung. Kein Referenzbereich ausgegeben, kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt bzw. vorgesehen.
Pflege: Dekubitusprophylaxe	521800	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	TKez	Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“, die nicht mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen. Somit kann es vorkommen, dass diese über einen Dekubitus nicht näher bezeichnet abgerechnet werden. Daher wird für diese Kennzahl eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen.

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund der erstmaligen Anwendung für das Erfassungsjahr 2020 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungsmodul	ID	Art des Wertes	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl
Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)	102001	QI	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09n4-DEFI-IMPL)	132003	QI	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Geburtshilfe (16n1-GEBH)	182000_52249	EKez	Robson Klassifikation – Ebene 1
	182001_52249	EKez	Robson Klassifikation – Ebene 2
	182002_52249	EKez	Robson Klassifikation – Ebene 3
	182003_52249	EKez	Robson Klassifikation – Ebene 4
	182004_52249	EKez	Robson Klassifikation – Ebene 5
	182005_52249	EKez	Robson Klassifikation – Ebene 6
	182006_52249	EKez	Robson Klassifikation – Ebene 7
	182007_52249	EKez	Robson Klassifikation – Ebene 8
	182008_52249	EKez	Robson Klassifikation – Ebene 9
	182009_52249	EKez	Robson Klassifikation – Ebene 10
Mammachirurgie (18n1-MAMMA)	212000	QI	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk
	212001	QI	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk

Auswertungsmodul	ID	Art des Wertes	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl
Neonatologie (NEO)	222000_50062	EKez	keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax
	222001_50062	EKez	Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion
	222002_50062	EKez	Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage
Nierentransplantation (NET-NTX)	572016	QI	Komplikationen während oder nach der Operation
	572024	QI	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)
	572025	QI	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)
	572030	QI	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse aufgrund umfassender Änderungen noch nicht mit hinreichender Sicherheit möglich ist und die daher nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungsmodul	ID	Art des Wertes	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl
Keine Indikatoren bzw. Kennzahlen			

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, bei denen eine Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse empfohlen wird, obwohl eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	232000_2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.
	232001_2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.
	232002_2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	232003_2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle eingeschlossen wurden.
	232004_2013	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.
	232005_2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.
	232006_2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.
	232008_231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle eingeschlossen wurden.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	232007_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlenergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle eingeschlossen wurden.
	232010_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlenergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle eingeschlossen wurden.
	232009_50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlenergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Offenchirurgische isolierte Aortenklappen-chirurgie (KCHK-AK-CHIR)	382000	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 52006 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	382009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2282 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei offen-chirurgischem, isoliertem Aortenklappeneingriff	TKez	Die Berechnung dieser TKez im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der TKez341 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 12092 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie (KCHK-AK-KATH)	372000	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 51916 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 52007 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kathetergestütztem, isoliertem Aortenklappeneingriff	TKez	Die Berechnung dieser TKez im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der TKez 11995 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 12168 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	372009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 12001 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)	352010	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2259 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	352000	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QI	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 332 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei isolierter Koronarchirurgie	TKez	Die Berechnung dieser TKez im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der TKez 349 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 11617 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
Nierentransplantation (NET-NTX)	572017	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2171 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2184 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2185 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)	572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2143 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2145 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	572047	Entfernung des Pankreastransplantats	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2146 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
Nierenlebenspenden (TX-NLS)	51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2145 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
	2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2146 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2146 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.
Leberlebendspenden (TX-LLS)	2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.
	2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.
	2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.
Lebertransplantationen (TX-LTX)	2097	Tod durch operative Komplikationen	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.
	2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	2133	Postoperative Verweildauer	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.
Herztransplantationen (TX-HTX)	2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU)	251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.
	251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.
	52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.
	252000_52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	TKez	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52386 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die ID.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QI	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52386 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die ID.
	252001_52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	TKez	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52387 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die ID.
	252002_52388	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	TKez	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52389 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die ID.
	252003_52388	Sepsis bei Implantation eines TAH	TKez	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52390 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die ID.
	52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QI	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52390 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die ID.
	252004_52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	TKez	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52392 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die ID.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	252005_52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	TKez	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52393 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die ID.
Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX)	2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.
Neonatologie (NEO)	50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QI	Der QI soll, trotz Nicht-Vergleichbarkeit des QI-Ergebnisses zu den Vorjahren, auch für das EJ 2020 zur Veröffentlichung empfohlen werden, da durch Anpassungen der Datenfelder die Abfrage zu einem Pneumothorax klarer definiert und präzisiert wurde.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP)	172000_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	Diese Kennzahl wurde im Vorjahr als TKeZ 60683 berechnet und veröffentlicht und wird daher zur Veröffentlichung empfohlen.
	172001_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	Diese Kennzahl wurde im Vorjahr als TKeZ 60684 berechnet und veröffentlicht und wird daher zur Veröffentlichung empfohlen.

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden können und bei denen noch keine Empfehlung für eine standortbezogene Veröffentlichung vorgenommen werden kann

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)	2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	QI	Dieser Indikator kann weiterhin nicht berechnet werden, da noch keine Daten zu Implantationen mit einem vollständigen Follow-up-Zeitraum von acht Jahren vorliegen. Eine Veröffentlichung des Indikatorergebnisses ist somit derzeit nicht möglich.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09n4-DEFI-IMPL)	132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	QI	Dieser Indikator kann nicht berechnet werden, da noch keine Daten zu Implantationen mit einem vollständigen Follow-up-Zeitraum von sechs Jahren vorliegen. Eine Veröffentlichung des Indikatorergebnisses ist somit derzeit nicht möglich.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Die folgenden QI bzw. Kez können ebenfalls aufgrund der erstmaligen Anwendung für das Erfassungsjahr 2020 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden				
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Offenchirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie (KCHK-AK-CHIR)	382003	Reintervention innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	382004	Reintervention innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie (KCHK-AK-KATH)	372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	372003	Reintervention innerhalb von 30 Tagen an der Aortenklappe	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	372004	Reintervention innerhalb eines Jahres an der Aortenklappe	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen – Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)	352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	352003	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	352004	PCI innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	352005	PCI innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
	352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	QI	Dieser QI kann im EJ 2020 noch nicht berechnet werden, da er auf Sozialdaten der Krankenkassen basiert, die voraussichtlich in den nachfolgenden Kalenderjahren geliefert werden
Nierentransplantation (NET-NTX)	572018	1-Jahres-Überleben	QI	Der Indikator wird erstmal zum Erfassungsjahr 2021 ausgewertet.
	572019	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2022 ausgewertet.
	572020	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2023 ausgewertet.
	572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2021 ausgewertet.
	572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2022 ausgewertet.
	572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2023 ausgewertet.
	572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2021 ausgewertet.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2022 ausgewertet.
	572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2023 ausgewertet.
	572021	5-Jahres-Überleben	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2025 ausgewertet.
	572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2025 ausgewertet.
	572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation	QI	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2025 ausgewertet.
Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)	572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	572040	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status		Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	572042	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
	572044	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	QI	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	572045	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	QI	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	572046	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	QI	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
Herztransplantationen (TX-HTX)	12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	51629	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	51631	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
	51633	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Leberlebendspenden (TX-LLS)	12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	51604	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
	51605	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
	12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021	

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
	51603	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
Lebertransplantationen (TX-LTX)	12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	51596	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	51599	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
	51602	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX)	12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	51636	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	51639	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
	51641	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
Nierenlebendspenden (TX-NLS)	12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	51568	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	51569	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
	51570	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
	12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023
	51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021
	51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022
	51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023

4 Fazit

Der Anteil der Indikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden, ist für das Erfassungsjahr 2020 mit 37,3 % im Vergleich zum Erfassungsjahr 2019 (91,7 %) stark verändert. Betrachtet man den Anteil der Indikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse bisher veröffentlichungspflichtig waren, ist im Verlauf bis zum Erfassungsjahr 2019 ein steigender Trend zu erkennen (EJ 2012: 62,3 %). Durch erhebliche Änderungen im Verfahren hat sich diese Entwicklung nicht fortgesetzt. Hauptursachen hierfür sind insbesondere:

- die Einführung von neuen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowie der Einbezug mehrerer neuer DeQS-Verfahren (QIs im Erfassungsjahr 2019 n = 3 versus n = 235 zum Erfassungsjahr 2020), die im ersten Regelbetriebsjahr grundsätzlich noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden,
- Der Wegfall der Follow-up-Indikatoren in den Transplantationsverfahren, da die ET-Nummer als Basis der Verknüpfung unter der QSKH-RL nicht mehr nutzbar ist und unter der DeQS-RL erst sukzessive die Auswertung in den Folgejahren wieder möglich ist.

Nach dem nunmehr erfolgten Neustart gemäß DeQS-RL sollte jedoch bereits zum Erfassungsjahr 2021 wieder eine deutliche Steigerung der zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen gegeben sein.

Literatur

- BR-Drucksache 151/14 vom 11.04.2014. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). 11.04.2014. URL: http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0101-0200/151-14.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 20.03.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG zur Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen. [Stand:] 27.11.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2408/2015-11-27_IQTIG-Beauftragung_Beteiligung-Qesue.pdf (abgerufen am: 19.03.2019).
- Geraedts, M; Auras, S; Hermeling, P; de Cruppé, W (2009): Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134(Suppl. 6): S232-S233. DOI: 10.1055/s-0029-1241920.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Krankenhausbezogene öffentliche Berichterstattung von Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung. Empfehlungen des IQTIG zum Erfassungsjahr 2016. Stand: 20.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://www.iqtig.org/downloads/sqb/2016/IQTIG_Krankenhausbezogene-%C3%B6ffentliche-Berichterstattung-von-Qualit%C3%A4tsindikatoren_EJ-2016_Bericht_2017-04-20.pdf (abgerufen am: 09.03.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen [*Anlage zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Berichts des Instituts nach § 137a SGB V über die Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen*]. Stand: 22.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf (abgerufen am: 12.03.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 18.04.2019).
- Schwenk, U; Schmidt-Kaehler, S (2016): Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. [Stand:] Januar 2016. (Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven, Nr. 1). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue_Publikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf (abgerufen am: 20.03.2019).

Totten, AM; Wagner, J; Tiwari, A; O’Haire, C; Griffin, J; Walker, M (2012): Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I.). [Stand:] July 2012. (Evidence Report No. 208, 5.). Rockville, US-MD: AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality]. AHRQ Publication No. 12-E011-EF. URL: <https://archive.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/public-reporting-gis.pdf> (abgerufen am: 20.03.2019).



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Anhang: Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2020

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 1. Juli 2021

Impressum

Thema:

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsbereichen der Krankenhäuser. Anhang: Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2020

Ansprechpartnerin:

Martina Dost

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

4. Mai 2021, aktualisierte Version am 2. Juni 2021, aktualisierte Version am 1. Juli 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

1	Cholezystektomie (CHE).....	5
2	Herztransplantationen (TX-HTX).....	7
3	Herzunterstützungssysteme/Kunsterzen (TX-MKU).....	10
4	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie (KCHK-AK-CHIR).....	17
5	Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie (KCHK-AK-KATH).....	23
6	Kombinierte Herzklappenchirurgie (KCHK-HK-CHIR).....	29
7	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe (KCHK-HK-KATH).....	32
8	Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC).....	35
9	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB).....	41
10	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR).....	45
11	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH).....	48
12	Leberlebendspenden (TX-LLS).....	51
13	Lebertransplantationen (TX-LTX).....	56
14	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX).....	60
15	Nierenlebendspenden (TX-NLS).....	63
16	Dialyse (NET-DIAL).....	68
17	Nierentransplantation (NET-NTX).....	73
18	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX).....	80
19	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI).....	84
20	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant) (WI-A).....	97
21	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär) (WI-S).....	98
22	Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL).....	100
23	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW).....	120
24	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV).....	124
25	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09n4-DEFI-IMPL).....	129
26	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW).....	146
27	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n6-DEFI-REV).....	151
28	Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT).....	156
29	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP).....	171
30	Geburtshilfe (16n1-GEBH).....	178
31	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK).....	194
32	Hüftendoprothesenversorgung (HEP).....	201

33	Knieendoprothesenversorgung (KEP)	216
34	Mammachirurgie (18n1-MAMMA)	225
35	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	234
36	Neonatologie (NEO)	239
37	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	260
38	Herztransplantation (HTXM-TX).....	278
39	Leberlebendspende (LLS).....	282
40	Lebertransplantation (LTX)	289
41	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation (LUTX).....	293
42	Nierentransplantation (NTX).....	297
43	Nierenlebendspende (NLS)	304
44	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (PNTX)	311

1 Cholezystektomie (CHE)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

2 Herztransplantationen (TX-HTX)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmabgabeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmabgabeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51629	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021	
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022	
51631	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022	
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51633	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023	

3 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	<p>mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
252000_52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	EKez	ja	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52386 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
252001_52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	EKez	ja	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52387 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmabgabeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmabgabeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
252002_52388	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	EKez	ja	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52389 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
252003_52388	Sepsis bei Implantation eines TAH	EKez	ja	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52390	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfragebogen nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsfragebogenverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
252004_52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	EKez	ja	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52392 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
252005_52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	EKez	ja	Die Berechnung dieser Kennzahl zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der Kennzahl 52393 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

4 Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie (KCHK-AK-CHIR)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
382000	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	ja	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 52006 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsfrageverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
382009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	ja	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2282 im EJ 2019. Damit bestehen keine in-	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				haltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorer-	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				gebnisse wird daher nicht empfohlen.	
382003	Reintervention innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
382004	Reintervention innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei offen-chirurgischem, isoliertem Aortenklappeneingriff	TKez	ja	Die Berechnung dieser TKez im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der TKez341 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 12092 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

5 Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie (KCHK-AK-KATH)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
372000	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	ja	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 51916 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	ja	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 52007 im EJ 2019. Damit bestehen keine	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die ID.	tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
372009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	ja	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 12001 im EJ 2019. Damit bestehen keine	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
372003	Reintervention innerhalb von 30 Tagen an der Aortenklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
372004	Reintervention innerhalb eines Jahres an der Aortenklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikator-	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				gebnisse wird daher nicht empfohlen.	
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kathetergestütztem, isoliertem Aortenklappeneingriff	TKez	ja	Die Berechnung dieser TKez im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung der TKez 11995 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 12168 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

6 Kombinierte Herzklappenchirurgie (KCHK-HK-CHIR)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
412000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412016	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
412005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412006	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412008	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412009	Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412010	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412011	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
412014	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412012	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kombinierter Herzklappenchirurgie	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlenergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412015	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
412013	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

7 Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe (KCHK-HK-KATH)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
422000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422016	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
422005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422006	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422008	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422009	Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422010	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422011	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
422014	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422012	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kathetergestütztem, kombiniertem Herzklappeneingriff	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlenergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422015	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
422013	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

8 Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
352000	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QI	ja	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 332 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsfrageverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
352010	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	ja	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2259 im EJ 2019. Damit bestehen keine in-	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				haltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorer-	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				gebnisse wird daher nicht empfohlen.	
352003	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
352004	PCI innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
352005	PCI innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei isolierter Koronarchirurgie	TKez	ja	Die Berechnung dieser TKez im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröf-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				der Berechnung der TKez 349 im EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	fentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	Die Berechnung dieses QI im EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 11617 im	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				EJ 2019. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	<p>Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsfrageverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

9 Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
362001	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362002	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362003	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362022	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362009	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362011	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362012	PCI innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
362013	PCI innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362014	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362015	Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362016	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362017	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlenergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

10 Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
402000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402014	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402006	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei offen-chirurgischem, isoliertem Mitralklappeneingriff	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlenergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

11 Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
392000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392014	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392006	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kathetergestütztem, isoliertem Mitralklappeneingriff	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlenergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatoregebnisse wird daher nicht empfohlen.	
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatoregebnisse wird daher nicht empfohlen.	

12 Leberlebendspenden (TX-LLS)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				keine inhaltlichen Änderungen.	tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
51603	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51604	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	
51605	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfragebogen nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebenspende)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	

13 Lebertransplantationen (TX-LTX)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2097	Tod durch operative Komplikationen	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsfrageverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				keine inhaltlichen Änderungen.	tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
51596	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51599	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	
51602	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	
2133	Postoperative Verweildauer	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfragebogen nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

14 Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsfrageverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51636	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	
51639	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51641	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	

15 Nierenlebendspenden (TX-NLS)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsfrageverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				keine inhaltlichen Änderungen.	tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
51568	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51569	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	
51570	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des entsprechenden QI im EJ 2019 nach QSKH-RL.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfragebogen nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen.	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021.	
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022.	
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators unter der DeQS-RL erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023.	

16 Dialyse (NET-DIAL)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572001	Aufklärung über Behandlungsoptionen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572048	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämo-	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
	dialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren				
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572005	Dialysefrequenz pro Woche	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572006	Dialysedauer pro Woche	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572007	Ernährungsstatus	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572008	Anämiemanagement	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572056	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572011	1-Jahres-Überleben	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572012	2-Jahres-Überleben	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572013	3-Jahres-Überleben	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572014	5-Jahres-Überleben	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572061	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572015	10-Jahres-Überleben	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572062	10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

17 Nierentransplantation (NET-NTX)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2171 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmabgabeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmabgabeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
572018	1-Jahres-Überleben	QI	nein	Der Indikator wird erstmal zum Erfassungsjahr 2021 ausgewertet.	
572019	2-Jahres-Überleben	QI	nein	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2022 ausgewertet.	
572020	3-Jahres-Überleben	QI	nein	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2023 ausgewertet.	
572021	5-Jahres-Überleben	QI	nein	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2025 ausgewertet.	
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach post-mortaler Organspende	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				der Berechnung des QI 2184 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2185 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				der Indikatorergebnis wird daher nicht empfohlen.	
572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QI	nein	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2021 ausgewertet.	
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	QI	nein	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2022 ausgewertet.	
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation	QI	nein	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2023 ausgewertet.	
572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation	QI	nein	Der Indikator wird erstmals zum Erfassungsjahr 2025 ausgewertet.	

18 Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2143 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsfrageverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021	
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022	
572040	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022	
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023	
572042	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2145 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
572044	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2021	
572045	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2022	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
572046	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	QI	nein	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt erstmals zum Erfassungsjahr 2023	
572047	Entfernung des Pankreastreansplantats	QI	ja	Die Berechnung dieses QI zum EJ 2020 lt. DeQS-RL erfolgt analog zu der Berechnung des QI 2146 im EJ 2019 nach QSKH-RL. Damit bestehen keine inhaltlichen Änderungen, es ändert sich nur die QI-ID.	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stenunahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stenunahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

19 Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsfrageverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsfrageverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	QI	nein	Indikator wird ab EJ 2021 gestrichen, so dass keine Veröffentlichung mehr empfohlen wird.	
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stimmungsverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QI	nein	Sozialdatenbasierter QI, keine Risikoadjustierung. Erstmalige Berichterstattung 2021 zu EJ 2019 geplant. Auswertung der QI noch in Entwicklung.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Kein Stellungnahmeverfahren für 2021 vorgesehen.	
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorer-	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				gebnisse wird daher nicht empfohlen.	
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

20 Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant) (WI-A)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

21 Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär) (WI-S)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
	Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)				
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

22 Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
101803	Leitlinienkonforme Indikation	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					sationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
54141	Systeme 1. Wahl	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
54142	Systeme 2. Wahl	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
54143	Systeme 3. Wahl	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
101800	Dosis-Flächen-Produkt	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	ja		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels ei-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>nes Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen wer-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>den. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	QI	nein	Dieser Indikator kann nicht berechnet werden, da noch keine Daten zu Implantationen mit einem	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				vollständigen Follow-up-Zeitraum von acht Jahren vorliegen. Eine Veröffentlichung des Indikatorergebnisses ist somit derzeit nicht möglich.	
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
52312_52307	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/1	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52307) ein. Somit wird	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	
52336_52305	Analyse zu Modul 09/1 - Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52305) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
61519_52139	Analyse zu Modul 09/1 - Eingriffsdauer	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ (ID 52139) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informativener Mehrwert gesehen.	

23 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitäts-index. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebezug besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geradts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
52313_ 52307	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/2	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52307) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	
61520_ 52139	Eingriffsdauer in 09/2	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				<p>den QI „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ (ID 52139) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.</p>	

24 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
52314_ 52307	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/3	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52307) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	
52337_ 52305	Analyse zu Modul 09/1 - Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Messungen“ (ID 52305) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	

25 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09n4-DEFI-IMPL)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
50055	Leitlinienkonforme Indikation	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggreffe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.</p>
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.</p>
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
131801	Dosis-Flächen-Produkt	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010:</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	QI	nein	Dieser Indikator kann nicht berechnet werden, da noch keine Daten zu Implantationen mit einem vollständigen Follow-up-Zeitraum von sechs Jahren vorliegen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Eine Veröffentlichung des Indikatorergebnisses ist	
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/da-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p data-bbox="1330 360 2051 419">siqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p data-bbox="1330 459 2092 975">Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p data-bbox="1330 1015 2092 1206">Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p data-bbox="1330 1246 2092 1366">Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
52318_52321	Analyse zu Modul 09/5 - Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52321) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein we-	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				sentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	
61537_ 52131	Eingriffsdauer in 09/4	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ (ID 52131) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	
52317_ 52316	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/4	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Akzeptable Reizschwel-	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				len und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52316) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	
50001_52328	09n4_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI1 in 09/6 bereitzustellen	KKez	nein	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
50000_52002	09n4_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für Q13 in 09/6 bereitzustellen	KKez	nein	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.	
50003_52001	09n4_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für Q12 in 09/6 bereitzustellen	KKez	nein	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.	

26 Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
61538_52131	Eingriffsdauer in 09/5	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ (ID 52131) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	
52320_52321	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/5	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraope-	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				<p>rativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52321) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.</p>	
52322_52328	09n5_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI1 in 09/6 bereitzustellen	KKez	nein	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
52308_52001	09n5_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI2 in 09/6 bereitzustellen	KKez	nein	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.	
52309_52002	09n5_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI3 in 09/6 bereitzustellen	KKez	nein	Die Indikatoren, für die diese Kennzahlen berechnet werden, werden seit dem EJ 2019 nicht mehr ausgewertet. Diese Kennzahlen haben keinen informationellen Mehrwert.	

27 Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n6-DEFI-REV)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
52319_ 52321	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/6	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52321) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	
52323_ 52316	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/6	KKez	nein	Diese kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ in den QI „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Messungen“ (ID 52316) ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben. Es wird kein wesentlicher informationeller Mehrwert gesehen.	

28 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotistenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	TKez	ja		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - katetergestützt	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Kranken-	TKez	ja		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels ei-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
	haus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt				<p>nes Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
161800	Keine postprozedurale fach-neurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

29 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
172000_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde im Vorjahr als TKeZ 60683 berechnet und veröffentlicht und wird daher zur Veröffentlichung empfohlen.	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
172001_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde im Vorjahr als TKeZ 60684 berechnet und veröffentlicht und	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				wird daher zur Veröffentlichung empfohlen.	<p>noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

30 Geburtshilfe (16n1-GEBH)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
52249	Kaiserschnittgeburt	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
182000_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 1	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
182001_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 2	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				der Kennzahl- ergebnisse wird da- her nicht empfoh- len.	
182002 _52249	Robson-Klassifikation - Ebene 3	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Er- fassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahl- ergebnisse wird da- her nicht empfoh- len.	
182003 _52249	Robson-Klassifikation - Ebene 4	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Er- fassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahl- ergebnisse wird da- her nicht empfoh- len.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
182004_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 5	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
182005_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 6	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
182006_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 7	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
182007_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 8	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
182008_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 9	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				der Kennzahl- ergebnisse wird da- her nicht empfoh- len.	
182009 _52249	Robson-Klassifikation - Ebene 10	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Er- fassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahl- ergebnisse wird da- her nicht empfoh- len.	
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Ver- sorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis au- ßerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali- tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Doku- mentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Struktu-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					rierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	TKez	ja		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
51397	Azidose bei reifen Einlingen	TKez	ja		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.</p>
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen.</p>
51808_51803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51813_51803, 51818_51803 und 51823_51803 in den QI 51803 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	
51813_51803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
	Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5			fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51808_51803, 51818_51803 und 51823_51803 in den QI 51803 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	
51818_51803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51808_51803, 51813_51803 und 51823_51803 in den QI 51803 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51823_51803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51808_51803, 51813_51803 und 51818_51803 in den QI 51803 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	QI	ja		Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
181801_181800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit der kalkulatorischen Kennzahl 181802_181800 in den QI 181800 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
181802_181800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit der kalkulatorischen Kennzahl 181801_181800 in den QI 181800 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	TKez	nein	Da dies eine Kennzahl mit geringer Fallzahl ist und es sich um ein seltenes, häufig schicksalhafteres Ereignis handelt, wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen.	

31 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
54030	Präoperative Verweildauer	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54050	Sturzprophylaxe	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54040	Wundhämatome/Nachblutungen	QI	nein	Die Ereignisse „Wundhämatome und Nachblutungen“ werden ab dem Erfassungsjahr 2019 in dem	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				<p>aggregierten Indikator zu „Spezifische(n) Komplikationen“ erfasst. Es soll eine Doppelbewertung der Outcome-Fälle im Strukturierten Dialog vermieden werden.</p> <p>Der QI ist im Erfassungsjahr 2019 und folgend ab dem Erfassungsjahr 2021 gestrichen.</p>	
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter fol-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>gendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54046	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja		Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Ver-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>gleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

32 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54003	Präoperative Verweildauer	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54004	Sturzprophylaxe	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/da-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>siqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
191800_54120	Implantatassoziierte Komplikationen	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				mit der kalkulatorischen Kennzahl 191801_54120 in den QI 54120 ein. Somit wird auf QI-Ebene das Leistungserbringer-Ergebnis zusammengefasst.	
191801_54120	Weichteilkomplikationen	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit der kalkulatorischen Kennzahl 191800_54120 in den QI 54120 ein. Somit wird auf QI-Ebene das Leistungserbringer-Ergebnis zusammengefasst.	
54010	Beweglichkeit bei Entlassung	QI	nein	Das Qualitätsziel der Kennzahl entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Diese Entwicklungen hängen eng mit den Innovationen im Bereich der Prothesen zusammen	
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54013	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

33 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54026	Beweglichkeit bei Entlassung	QI	nein	Das Qualitätsziel der Kennzahl entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts. Diese Entwicklungen hängen eng mit den Innovationen im Bereich der Prothesen zusammen	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
54127	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

34 Mammachirurgie (18n1-MAMMA)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
52268	HER2-Positivitätsrate	QI	ja		Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen.
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	nein	Der Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2017 eingeführt und	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				<p>wird hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit und seiner Referenzbereiche noch überprüft: Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch den Strukturierten Dialog konkret identifizierbar gemacht werden können. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	nein	Der Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2017 eingeführt und wird hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit und seiner Referenzbereiche noch überprüft: Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch den Strukturierten Dialog konkret identifizierbar gemacht werden können. Eine standortbezogene Veröffentlichung	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				der Indikatorergebnis wird daher nicht empfohlen.	
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	QI	nein	Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mamмографischer Drahtmarkierung	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten als auch deren Angehörige in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte.</p>
60659	Nachresektionsrate	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

35 Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	TKez	nein	Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl nach der	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				<p>WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“, die nicht mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen. Somit kann es vorkommen, dass diese über einen Dekubitus nicht näher bezeichnet abgerechnet werden. Daher wird für diese Kennzahl</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen.	
52010	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

36 Neonatologie (NEO)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	TKez	ja		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindicators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>
51076	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindicators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	TKez	nein	Für diese Kennzahl wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen,	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation einer PVL bestehen.	
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	TKez	nein	Für diese Kennzahl wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation einer PVL bestehen.	
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	TKez	ja		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröf-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>fentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).
51136_51901	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51141_51901, 51146_51901, 51156_51901 und 51161_51901 in den QI 51901 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	
51141_51901	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulato-	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				rischen Kennzahlen 51136_51901, 51146_51901, 51156_51901 und 51161_51901 in den QI 51901 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	
51146_51901	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51136_51901, 51141_51901, 51156_51901 und 51161_51901 in den QI 51901 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	
51156_51901	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51136_51901, 51141_51901, 51146_51901 und 51161_51901 in den QI 51901 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	
51161_51901	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	KKez	nein	Die kalkulatorische Kennzahl fließt kumulativ mit den kalkulatorischen Kennzahlen 51136_51901, 51141_51901, 51146_51901 und 51156_51901 in den QI 51901 ein. Somit wird das Gesamtergebnis auf QI-Ebene wiedergegeben.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
50060	Nosokomiale Infektion	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QI	ja	Der QI soll, trotz Nicht-Vergleichbarkeit des QI-Ergebnisses zu den Vorjahren, auch für das EJ 2020 zur Veröffentlichung empfohlen werden, da durch Anpassungen der Datenfelder, die Abfrage zu einem Pneumothorax klarer definiert und präzisiert wurde.	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					Der QI soll, trotz Nicht-Vergleichbarkeit des QI-Ergebnisses zu den Vorjahren, auch für das EJ 2020 zur Veröffentlichung empfohlen werden, da durch Anpassungen der Datenfelder, die Abfrage zu einem Pneumothorax klarer definiert und präzisiert wurde.
222000_50062	Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
222001_50062	Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
222002_50062	Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage	EKez	nein	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird daher nicht empfohlen.	
52262	Zunahme des Kopfumfangs	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
50063	Durchführung eines Hörtests	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	QI	ja		Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	ja		Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen,

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

37 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
232000_2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				ausgeschlossen wurden.	<p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
232001_2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlgergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
232002_2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlgergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
232003_2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qua-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlresultate wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle eingeschlossen wurden.	<p>litätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QI	ja		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Quali-

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>tätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
232004_2013	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				ausgeschlossen wurden.	<p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
232005_2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlgergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
232006_2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.	<p>tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/da-</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p data-bbox="1330 360 2051 419">siqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p data-bbox="1330 459 2092 975">Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p data-bbox="1330 1015 2092 1206">Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p data-bbox="1330 1246 2092 1305">Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	TKez	ja		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
232008_231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.	<p>noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
232007_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				eingeschlossen wurden.	<p>folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
232010_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlgergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle eingeschlossen wurden.	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
					<p>vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde,.</p>
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QI	ja		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
232009_50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	ja	Diese Kennzahl wurde für das Erfassungsjahr 2020 zum ersten Mal angewendet. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Kennzahlergebnisse wird dennoch empfohlen, da lediglich COVID-19-Fälle ausgeschlossen wurden.	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>

38 Herztransplantation (HTXM-TX)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51629	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51631	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51633	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				<p>kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	

39 Leberlebendspende (LLS)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51603	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51604	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51605	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden,</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				<p>hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet.</p> <p>Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebenspende)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	

40 Lebertransplantation (LTX)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51596	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51599	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51602	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				<p>kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	

41 Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation (LUTX)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51636	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51639	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51641	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	

42 Nierentransplantation (NTX)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
2144	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51560	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12199	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51561	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12337	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51562	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12809	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	TKez	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12810	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	EKez	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12811	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	EKez	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12729	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	EKez	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12735	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	EKez	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12741	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	EKez	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	

43 Nierenlebenspende (NLS)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51568	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51569	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51570	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	

44 Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (PNTX)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
12493	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	
51524	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein</p>	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12509	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51544	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12529	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
51545	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12824	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12841	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	QI	nein	Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann. Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung empfohlen?	Erläuterung	Fachlicher Hinweis
				kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.	
12861	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	QI	nein	<p>Der Indikator wird zum EJ 2020 nicht ausgewertet. Die Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des jeweiligen Indexeingriffes erfolgte in der Vergangenheit anhand der ET-Nummer. Dass diese ab dem EJ 2020 nur noch pseudonymisiert an das IQTIG übermittelt werden, hat zur Folge, dass eine solche Zuordnung nicht mehr erfolgen kann.</p> <p>Ein alternatives Vorgehen zur Zuordnung der Follow-up-Daten zu den Daten des Indexeingriffes anhand von anderen Information, wie z. B. das Alter und Geschlecht, ist zu unspezifisch, als dass eine eindeutige Zuordnung gewährleistet sein kann. Dadurch entfällt die Möglichkeit die Follow-up-Indikatoren auf Basis des spezifischen Einzelverlaufs der einzelnen Indexeingriffe auszuwerten.</p>	