Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Bundesqualitätsberichtes 2025 gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zur Veröffentlichung

Vom 5. November 2025

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß Delegation durch Beschluss vom 17. November 2022 in seiner Sitzung am 5. November 2025 beschlossen, den *Bundesqualitätsbericht 2025* gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 5. November 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Maag

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2025

7. November 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025, 7. November 2025

AUFTRAGGEBER

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

HERAUSGEBER

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Verfahrensübergreifender Teil

QS-Verfahren 1: *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie* (*QS PCI*)

QS-Verfahren 2: *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (*QS WI*)

QS-Verfahren 3: *Cholezystektomie* (*QS CHE*)

QS-Verfahren 4: *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* (*QS NET*)

QS-Verfahren 5: *Transplantationsmedizin* (*QS TX*)

QS-Verfahren 6: *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen* (*QS KCHK*)

QS-Verfahren 7: *Karotis-Revaskularisation* (*QS KAROTIS*)

QS-Verfahren 8: *Ambulant erworbene Pneumonie* (*QS CAP*)

QS-Verfahren 9: *Mammachirurgie* (*QS MC*)

QS-Verfahren 10: *Gynäkologische Operationen* (*QS GYN-OP*)

QS-Verfahren 11: *Dekubitusprophylaxe* (*QS DEK*)

QS-Verfahren 12: *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren* (*QS HSMDEF*)

QS-Verfahren 13: *Perinatalmedizin* (*QS PM*)

QS-Verfahren 14: *Hüftgelenkversorgung* (*QS HGV*)

QS-Verfahren 15: *Knieendoprothesenversorgung* (*QS KEP*)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2025

Verfahrensübergreifender Teil

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Bundesqualitätsbericht 2025. Verfahrensübergreifender Teil
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

AUFTRAGGEBER

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

HERAUSGEBER

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abbildungsverzeichnis 4
1 Einleitung 6
2 Überblick Auswertungsjahr 2025 8
2.1 Qualitätssicherungsverfahren und Auswertungsmodule 8
2.2 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen 10
2.3 Datengrundlage 12
2.4 Datenvalidierung 15
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen: Übergreifende Darstellung Auswertungsjahr 2024 16
4 Überblick über die Qualitätssicherungsverfahren 33
Glossar 47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über QS-Verfahren und Auswertungsmodule im AJ 2025 8
Tabelle 2: Überblick Anzahl Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen im AJ 2025 11
Tabelle 3: Anzahl der Leistungserbringer pro QS-Verfahren im AJ 2025 12
Tabelle 4: Überblick Datengrundlage der QS-Dokumentationsdaten im EJ 2024 13
Tabelle 5: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation 17
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL 19
Tabelle 7: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Auswertungsmodul (AJ 2024) 21
Tabelle 8: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2024) 26
Tabelle 9: Initiierung von Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 28
Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Maßnahmenstufe 1 und 2 pro Auswertungsmodul (AJ 2024) 29
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Maßnahmenstufe 1 und 2 pro Bundesland (AJ 2024) 31

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf des Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2024 18

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BQB	Bundesqualitätsbericht
BSNR	Betriebsstättennummer
BUAW	Bundesauswertung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht

Die Kürzel der QS-Verfahren und Auswertungsmodule sind in Tabelle 1 aufgeführt.

1 Einleitung

Der Bundesqualitätsbericht (BQB) wird einmal jährlich auf Grundlage von § 20 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)[1] erstellt und zum 15. August eines jeden Jahres[2] an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übergeben. Für die 15 Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren), die das IQTIG aktuell im Regelbetrieb durchführt, enthält der BQB jeweils

- eine Erläuterung des QS-Verfahrens,
- die Ergebnisse des QS-Verfahrens auf Bundesebene,
- eine Einordnung und Bewertung der Ergebnisse durch das IQTIG in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Expertengremium auf Bundesebene,
- Angaben zur Datenvalidität,
- die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren und den Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- die zusammengefassten Ergebnisse der jährlichen Evaluation zum QS-Verfahren, bei der insbesondere die Landesarbeitsgemeinschaften und die Expertengremien auf Bundesebene zu Verbesserungsvorschlägen befragt werden, bzw. der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung des QS-Verfahrens (zur Patientenbefragung im Verfahren *QS PCI*) sowie
- einen Ausblick auf kommende Entwicklungen im QS-Verfahren, sowie
- die Bundesauswertung des QS-Verfahrens.

Die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens und der Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgen bei bundesbezogenen QS-Verfahren durch das IQTIG und bei länderbezogenen Verfahren durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG). Letztere übermitteln die entsprechenden Ergebnisse in sogenannten Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) an das IQTIG.

Die Ergebnisse eines jeden QS-Verfahrens werden in einem eigenständigen BQB dargestellt, an den jeweils die Bundesauswertungen der zugehörigen Auswertungsmodule angefügt sind. Die Gliederung orientiert sich an den oben genannten Inhalten. Enthält ein Verfahren mehr als ein Auswertungsmodul, wird die Darstellung untergliedert, z. B. nach Auswertungsmodulen (wie im Verfahren *QS PM*) oder nach inhaltlichen Themen (wie bei *QS WI*), oder die Darstellung erfolgt modulübergreifend (wie bspw. bei *QS HSMDEF*), da sich die Qualitätsindikatoren je Modul sehr ähneln.

Eine Einschätzung der Qualitätsindikatoren in Bezug auf einen potenziell vorliegenden „besonderen Handlungsbedarf" wird auch im aktuellen Auswertungsjahr (AJ) nicht vorgenommen, da das zugehörige Konzept zurzeit durch den G-BA beraten wird. Mit dem G-BA wurde daher eine Aussetzung der Beurteilung für dieses Jahr vereinbart.

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 19. Dezember 2024, in Kraft getreten am 1. Januar 2025. URL: https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/ (abgerufen am: 04.08.2025).
[2] Die Frist ist jeweils in den themenspezifischen Bestimmungen zu den einzelnen QS-Verfahren geregelt (in der Regel in Teil 2 § 17 DeQS-RL).

Jahresbegriffe (Auswertungs- und Erfassungsjahr):

Die Tabellen im BQB werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das **Auswertungsjahr** (AJ) ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Da jedoch die Angabe des **Erfassungsjahres** (EJ), also des Jahres, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen (stationär) oder behandelt (ambulant) wurde, weiterhin eine relevante Information darstellt, werden auch zukünftig Angaben zum Erfassungsjahr in den verschiedenen Produkten gemacht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatorergebnisse zum ausgewerteten Erfassungsjahr wird jeweils in der Überblickstabelle in Kapitel 1 (Hintergrund) dargestellt.

Eine ausführliche Darstellung der Begriffsdefinitionen findet sich in einem Informationsschreiben auf der Website des IQTIG: https://iqtig.org/dateien/pressemitteilungen/2023/IQTIG_Infoschreiben-Jahresbegriffe_2023-11-30.pdf.

2 Überblick Auswertungsjahr 2025

2.1 Qualitätssicherungsverfahren und Auswertungsmodule

Im Auswertungsjahr 2025 werden 15 QS-Verfahren im Regelbetrieb nach DeQS-RL durchgeführt. Die Auswertung erfolgt in 40 Auswertungsmodulen, von denen sich 3 Module auf auswertungsmodulübergreifende Auffälligkeitskriterien beziehen (D-Module). Neben den 3 sektorenübergreifenden Verfahren *QS PCI*, *QS WI* und *QS NET* gibt es 12 stationäre Verfahren.

Tabelle 1: Überblick über QS-Verfahren und Auswertungsmodule im AJ 2025

Nr.	Kürzel	QS-Verfahren nach Richtlinie	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	Zuständigkeit
1	QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Land
2	QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen	WI-HI-A	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren	Land
			WI-HI-S	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren	
			WI-NI-A	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – ambulantes Operieren	
			WI-NI-S	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – stationäres Operieren	
			WI-NI-D	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen	
3	QS CHE	Cholezystektomie	CHE	Cholezystektomie	Land
4	QS NET	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen	NET-DIAL	Dialyse	Land
			NET-NTX	Nierentransplantation	Bund
			NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	
			NET-PNTX-D	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, Nierentransplantation	

Nr.	Kürzel	QS-Verfahren nach Richtlinie	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	Zuständigkeit
5	QS TX	Transplantationsmedizin	TX-NLS	Nierenlebendspenden	Bund
			TX-LTX	Lebertransplantationen	
			TX-LLS	Leberlebendspenden	
			TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	
			TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	
			TX-HTX	Herztransplantationen	
6	QS KCHK	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen	KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Bund
			KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	
			KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	
			KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	
			KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	
			KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	
			KCHK-D	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen	
7	QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Land
8	QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Land
9	QS MC	Mammachirurgie	MC	Mammachirurgie	Land
10	QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Land
11	QS DEK	Dekubitusprophylaxe	DEK	Dekubitusprophylaxe	Land
12	QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Land
			HSMDEF-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	

Nr.	Kürzel	QS-Verfahren nach Richtlinie	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	Zuständigkeit
			HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
			HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	
			HSMDEF-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	
			HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	
13	QS PM	Perinatalmedizin	PM-GEBH	Geburtshilfe	Land
			PM-NEO	Neonatologie	
14	QS HGV	Hüftgelenkversorgung	HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Land
			HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
15	QS KEP	Knieendoprothesenversorgung	KEP	Knieendoprothesenversorgung	Land

2.2 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen

Als Datenquellen werden primär die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Patientenbefragung genutzt. Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung gibt es bisher nur im Verfahren *QS PCI*. Außer diesen basieren alle Indikatoren auf QS-Dokumentationsdaten. In den Verfahren *QS PCI*, *QS WI*, *QS CHE*, *QS NET* (*NET-DIAL*) und *QS KCHK* werden daneben auch Sozialdaten zur Berechnung von Indikatoren hinzugezogen. Als zusätzliche Datenquellen fungieren die Sollstatistik sowie im Verfahren *QS DEK* auch die Risikostatistik.

Im Auswertungsjahr 2025 gibt es 296 Qualitätsindikatoren und 100 Transparenzkennzahlen, die sich auf verschiedene Erfassungsjahre beziehen können. Tabelle 2 gibt einen Überblick auch über die Verteilung auf Datenquellen, verschiedene Arten von Referenzbereichen sowie die Nutzung einer Risikoadjustierung.

Tabelle 2: Überblick Anzahl Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen im AJ 2025

	AJ 2025 gesamt	**EJ 2024**	**EJ 2023**	**EJ 2022**	**EJ 2021**
Qualitätsindikatoren	296	252	41	2	1
davon Follow-up-Qualitätsindikatoren	111	67	41	2	1
Qualitätsindikatoren nach Datenquellen					
QS-Dokumentation*	217	211	5	0	1
Sozialdaten**	60	22	36	2	-
Patientenbefragung	19	19	-	-	-
Referenzbereich Qualitätsindikatoren					
fester Referenzbereich	61	59	2	-	-
perzentilbasierter Referenzbereich	89	78	11	-	-
Sentinel Event	30	30	-	-	-
Mittelwert	18	18	-	-	-
ohne Referenzbereich	98	67	28	2	1
Transparenzkennzahlen					
Transparenzkennzahlen	100	81	15	2	2
Risikoadjustierung* **					
Qualitätsindikatoren mit Risikoadjustierung	92	69	23	-	-
Transparenzkennzahlen mit Risikoadjustierung	14	14	-	-	-

* Inklusive Nutzung der Risikostatistik bei *QS DEK*; nicht enthalten sind die Indikatoren, die auch Sozialdaten nutzen.
** Alle Sozialdaten-QIs nutzen auch die QS-Dokumentation.
*** Stratifizierung ist hier nicht enthalten. Nicht alle Indikatoren und Kennzahlen benötigen eine Risikoadjustierung; insbesondere bei vielen Prozessindikatoren ist eine solche nicht zielführend. Das IQTIG prüft dennoch fortlaufend für jeden Qualitätsindikator anhand seiner Eignungskriterien, ob eine Risikoadjustierung notwendig ist.

In diesem Auswertungsjahr wird erstmals die neue Methodik zur rechnerischen Auffälligkeitseinstufung, die seit dem Auswertungsjahr 2022 in *QS PCI* Anwendung findet, auch auf weitere QS-Verfahren (*QS GYN-OP*, *QS CHE* und *QS MC*) angewandt. Damit wird auf eine Einstufungsmethodik umgestellt, die statistische Unsicherheit über die zugrunde liegende Qualität von Leistungserbringern berücksichtigt. Ein Leistungserbringer wird dann rechnerisch auffällig, wenn die Wahr-

scheinlichkeit, den Referenzwert einzuhalten, so klein ist, dass sie einen Schwellenwert α unterschreitet. Bei der Setzung des Schwellenwerts α wurden verfahrens- oder indikatorspezifische Besonderheiten berücksichtigt. Verwendet wird α = 0,025 (*QS PCI*), α = 0,05 (*QS CHE*, *QS MC* außer QI 50719), α = 0,10 (*QS GYN-OP*) und α = 0,15 (QI 50719 aus *QS MC*). Mit der Umstellung der Methodik zur rechnerischen Auffälligkeitseinstufung geht eine veränderte Bestimmung perzentilbasierter Referenzbereiche einher. Weitere Informationen zum methodischen Vorgehen sind auf der Website des IQTIG abrufbar unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometri-sche-methodik-zur-auffaelligkeitseinstufung/.

2.3 Datengrundlage

Die Datengrundlage wird in den folgenden Tabellen auf Verfahrens- bzw. Modulebene dargestellt. Eine detailliertere Darstellung findet sich jeweils in den Kapiteln der einzelnen Verfahren. Dort wird – sofern erforderlich – noch auf Detailebenen wie bspw. Zählleistungsbereiche eingegangen. Auch etwaige Limitationen der Datengrundlage werden dort beschrieben. Tabelle 3 zeigt die Anzahl der Leistungserbringer pro Verfahren auf Basis des ausgewerteten Standorts (Leistungserbringer, die nur Minimaldatensätze geschickt haben, sind hierbei nicht mitgezählt).

Tabelle 3: Anzahl der Leistungserbringer pro QS-Verfahren im AJ 2025 (die sektorenübergreifenden Verfahren sind farbig hervorgehoben)

Nr.	QS-Verfahren	Anzahl Leistungserbringer
1	QS PCI	1.168
2	QS WI	*
3	QS CHE	1.062
4	QS NET	862
5	QS TX**	
	QS TX, HTXM	61
	QS TX, LLS	7
	QS TX, LTX	20
	QS TX, LUTX	12
	QS TX, NLS	38
6	QS KCHK	290
7	QS KAROTIS	572
8	QS CAP	1.293
9	QS MC	624
10	QS GYN-OP	960

Nr.	QS-Verfahren	Anzahl Leistungserbringer
11	QS DEK	1.646
12	QS HSMDEF	892
13	QS PM	641
14	QS HGV	1.120
15	QS KEP	977

* Aus technischen Gründen kann diese Angabe nicht ausgegeben werden.
** Im Verfahren *QS TX* gibt es mehrere Pseudonymisierungsverfahren, sodass ein Leistungserbringer über mehrere Pseudonyme verfügen kann. Die Leistungserbringer können daher zurzeit nur auf Ebene des jeweiligen LE-Pseudonyms ausgegeben werden, das teils zwei Auswertungsmodule umfasst. *HTXM* enthält die Angaben zu *HTX* und *MKU*. Insgesamt sind es im Verfahren *QS TX* ungefähr 90 Leistungserbringer.

In den Tabellen zur Datengrundlage der einzelnen Verfahren wird die Anzahl der Leistungserbringer bundesweit sowohl auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR) als auch auf Standort- bzw./ BSNR-Ebene ausgegeben. Auf Standortebene wird dabei zwischen Auswertungsstandort und entlassendem Standort unterschieden.

Als Auswertungsstandort gilt ein Standort, für den Indikatorberechnungen erfolgten. Als entlassender Standort wird ein Standort bezeichnet, der QS-Fälle entlassen hat und somit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war.

Da die Sollstatistik ausschließlich für entlassende Standorte vorliegt, kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet" eine Anzahl angegeben werden. Bei mehreren entlassenden Standorten erfolgt zusätzlich eine Aggregation der erwarteten Fallzahlen auf IKNR-Ebene, die ebenfalls ausgewiesen wird.

Tabelle 4 fasst die Angaben zur Datengrundlage der QS-Dokumentationsdaten für das EJ 2024 übersichtlich zusammen. Die Zuordnung erfolgt auf Erfassungsmodulebene, da auch die Sollstatistik auf dieser Ebene erhoben wird. Das jeweilige Auswertungsmodul der Bundesauswertung, in dem die Datengrundlage dargestellt wird, ist ebenfalls mitangegeben.

Tabelle 4: Überblick Datengrundlage der QS-Dokumentationsdaten im EJ 2024

Nr. (QS-Verfahren)	Erfassungsmodul	zugehöriges Auswertungsmodul BUAW	Datensätze gesamt	Basisdatensätze	MDS	erwartet	Vollzähligkeit in %*
1	PCI	PCI	763.454	763.026	428	754.238	101,22
2	NWIEA	WI-HI-A	3.118	3.118		3.888	80,20
2	NWIES	WI-HI-S	1.178	1.178		1.392	84,63
3	CHE	CHE	164.486	164.446	40	163.441	100,64
4	DIAL	NET-DIAL	338.307	331.548	6.759	427.749	79,09

Nr. (QS-Verfahren)	Erfassungsmodul	zugehöriges Auswertungsmodul BUAW	Datensätze gesamt	Basisdatensätze	MDS	erwartet	Vollzähligkeit in %*
4	NTX	NET-NTX	2.101	2.101	0	2.093	100,38
4	PNTX	NET-PNTX	2.101	2.101	0	2.093	100,38
5	HTXM	TX-HTX/TX-MKU	1.173	1.172	1	1.172	100,09
5	LLS	TX-LLS	56	56	0	56	100,00
5	LTX	TX-LTX	849	849	0	848	100,12
5	LUTX	TX-LUTX	305	305	0	305	100,00
5	NLS	TX-NLS	633	631	2	633	100,00
6	HCH	KCHK**	83.625	83.586	39	83.406	100,26
7	10/2	KAROTIS	34.562	34.337	225	34.529	100,10
8	PNEU	CAP	390.971	390.484	487	388.275	100,69
9	18/1	MC	104.605	104.390	215	104.367	100,23
10	15/1	GYN-OP	196.198	195.832	366	195.502	100,36
11	DEK	DEK	275.828	275.722	106	274.968	100,31
12	09/1	HSMDEF-HSM-IMPL	77.350	77.222	128	76.856	100,64
12	09/2	HSMDEF-HSM-AGGW	9.496	9.483	13	9.352	101,54
12	09/3	HSMDEF-HSM-REV	8.740	8.688	52	8.675	100,75
12	09/4	HSMDEF-DEFI-IMPL	20.964	20.931	33	20.867	100,46
12	09/5	HSMDEF-DEFI-AGGW	6.255	6.252	3	6.166	101,44
12	09/6	HSMDEF-DEFI-REV	7.089	7.058	31	7.053	100,51
13	16/1	PM-GEBH	654.174	653.722	452	651.135	100,47
13	NEO	PM-NEO	91.833	91.147	686	91.550	100,31
14	17/1	HGV-OSFRAK	65.072	64.986	86	64.707	100,56
14	HEP	HGV-HEP	294.726	294.532	194	293.647	100,37
15	KEP	KEP	234.443	234.241	202	233.980	100,20

* Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen.

** *QS KCHK* wird an dieser Stelle nicht modulspezifisch dargestellt, da die Erfassung über einen Dokumentationsbogen und damit ein einziges Erfassungsmodul läuft. Für eine genauere Darstellung mittels Zählleistungsbereichen sei daher auf den verfahrensspezifischen BQB verwiesen.

2.4 Datenvalidierung

In den verfahrensspezifischen BQBs werden auch die Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt. Diese umfasst gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Dabei handelt es sich um Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen können. Es wird zwischen Auffälligkeitskriterien zur *Plausibilität und Vollständigkeit* sowie Auffälligkeitskriterien zur *Vollzähligkeit* unterschieden. Die Auffälligkeitskriterien beziehen sich jeweils auf konkrete Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen, haben einen Referenzbereich und teilweise eine Mindestanzahl an Fällen im Zähler oder Nenner.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit prüfen die inhaltliche Stimmigkeit der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Dabei werden beispielsweise unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen einzelner Datenfelder identifiziert (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit beziehen sich auf die Anzahl der insgesamt übermittelten Datensätze eines Leistungserbringers. Diese wird mit der Sollstatistik abgeglichen. Hierbei wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur wenige Datenfelder und wird anstelle eines regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall zwar als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die reguläre Dokumentation im jeweiligen QS-Verfahren geeignet ist.

Im Unterschied zur tabellarisch dargestellten Vollzähligkeit in der Datengrundlage - bei der lediglich ein Soll-Ist-Abgleich erfolgt - zeigen die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Diese Kriterien setzen ebenfalls eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner sowie einen festen Referenzbereich voraus. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer als auffällig gewertet, bei denen keine 100%ige Vollzähligkeit vorlag.

Weitere Auffälligkeitskriterien betreffen die Unterdokumentation und Überdokumentation. Hierbei wird geprüft, ob insgesamt weniger bzw. mehr (plausible und vollständige) Fälle inklusive MDS dokumentiert wurden, als gemäß Sollstatistik zu erwarten wäre.

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen unverhältnismäßig häufig Minimaldatensätze anstelle regulärer Datensätze übermittelt wurden. Da Minimaldatensätze nicht zur Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden können, sollten sie nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen. Da die Sollstatistik durch entlassende Standorte erstellt wird, beziehen sich alle Aussagen zur Leistungserbringung in den entsprechenden Abschnitten auf diese Ebene.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen: Übergreifende Darstellung Auswertungsjahr 2024

Das Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern wird in der Regel dann ausgelöst, wenn ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in der entsprechenden Jahresauswertung vorliegt, d. h., wenn das Indikatorergebnis eines Leistungserbringers außerhalb des festgelegten Referenzbereichs liegt. Es wird durch die jeweils beauftragte Stelle auf Landes- oder Bundesebene – die Landesarbeitsgemeinschaften oder das IQTIG – geführt, um die Ursachen für diese auffälligen Ergebnisse zu klären. In der Folge wird für diesen Leistungserbringer eine Bewertung vorgenommen und geeignete qualitätsfördernde Maßnahmen werden vereinbart, sofern dies erforderlich ist. Die Grundlagen dazu sind in der DeQS-RL des G-BA verankert.

Gemäß Teil 1 § 19 DeQS-RL erhält das IQTIG einmal jährlich die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens sowie der qualitätsfördernden Maßnahmen von den jeweils beauftragten Stellen im Rahmen der Qualitätssicherungsergebnisberichte (QSEB), die ebenfalls im BQB berichtet werden. Die Erkenntnisse, die aus dem Stellungnahmeverfahren gewonnen werden, dienen auch der Weiterentwicklung einzelner Indikatoren sowie QS-Verfahren.

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätsfördernden Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL für das Auswertungsjahr 2024 dargestellt.

QSEB-Anhang

Alle QSEB-Tabellen werden in einem gesonderten Anhang im Excel-Format bereitgestellt. Die zentralen Tabellen werden zudem auch jeweils im Kapitel 3 (Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen) der einzelnen BQBs dargestellt. Im Excel-Anhang sind diese in der Navigation mit dem Kürzel K3 aufgeführt, die weiteren Tabellen mit dem Kürzel A. Gleich strukturierte Tabellen, die es sowohl für Auffälligkeitskriterien als auch für Qualitätsindikatoren gibt, weisen die gleiche Nummerierung auf. Beispiel: A_1_QI und A_1_AK führen jeweils die „Art der Auffälligkeit" auf. Die verfahrensübergreifenden Tabellen, die in diesem Kapitel weiter unten aufgeführt sind, sind im Excel-Anhang mit dem Kürzel U gekennzeichnet.

In Tabelle 5 sind die aktuell möglichen Bewertungskategorien der rechnerisch auffälligen Ergebnisse dargestellt, die nach qualitativer Beurteilung im Stellungnahmeverfahren vergeben werden können.

Tabelle 5: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kode	Bezeichnung	Geltungsbereich
A70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
A71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (qualitativ auffällig)	QI
A72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt (qualitativ auffällig)	QI/AK
A99	Sonstiges (qualitativ auffällig)	QI/AK
D80	unvollzählige oder falsche Dokumentation	QI
D81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
D99	Sonstiges (Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation)	QI
S92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden (Sonstiges)	QI/AK
S99	Sonstiges (Sonstiges)	QI/AK
U60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
U61	besondere klinische Situation, im Kommentar zu erläutern (qualitativ unauffällig)	QI
U62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (qualitativ unauffällig)	QI
U63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität, vereinzelt Dokumentationsprobleme (qualitativ unauffällig)	QI
U99	Sonstiges (qualitativ unauffällig)	QI/AK

Für das Auswertungsjahr 2024 lagen aus den 15 QS-Verfahren insgesamt 153.504 Indikatorenergebnisse vor, davon 115.382 Ergebnisse von Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich. 9.556 Ergebnisse der Indikatoren wiesen eine rechnerische Auffälligkeit auf (8,28 %), womit sie auf einem ähnlichen Niveau wie dem des Vorjahrs lagen (AJ 2023: 7,79 %). Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 ist die Anzahl an Indikatorenergebnissen überdies um gut 15 % angestiegen, wohingegen sich die Anzahl von Ergebnissen der Indikatoren mit definiertem Referenzbereich um etwa 6 % verringert hat. Zu den Gründen für den Anstieg zählen die Berücksichtigung der fallbezogenen Indikatorenergebnisse für das Verfahren *QS WI* sowie die erneute Berücksichtigung der Follow-up-Indikatoren in den transplantationsmedizinischen Auswertungsmodulen (*QS TX*, *NET-NTX* und *NET-PNTX*), die im Auswertungsjahr 2023 fehlten.

Im Auswertungsjahr 2024 konnten ähnlich viele Stellungnahmeverfahren wie im Jahr zuvor eingeleitet und abgeschlossen werden. Die Anzahl an durchgeführten Gesprächen und Begehungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens scheint im Auswertungsjahr 2024 in einigen QS-Verfahren deutlich abgenommen zu haben (Gespräche: von 88 auf 64; Begehungen: von 35 auf 8). Ein möglicher Grund dafür ist, dass zum Zeitpunkt der QSEB-Datenübertragung im März 2025 noch

nicht alle Gespräche oder Begehungen durchgeführt waren oder dass durch einen Anstieg an sehr überzeugenden schriftlichen Stellungnahmen eine weitergehende Überprüfung entbehrlich wurde. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens waren dann knapp 20 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 1.988) als qualitativ auffällig bewertet worden und knapp 40 % (n = 3.983) als qualitativ unauffällig. Im Vergleich zum Vorjahr stieg damit der Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen um 0,7 % leicht an (AJ 2023: 18,98 %, AJ 2024: 19,65 %). Bei ca. 9 % (n = 909) der rechnerischen Auffälligkeiten war die Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Damit bestätigt sich die Funktion des Stellungnahmeverfahrens als zentrales Instrument zur qualitativen Bewertung rechnerisch auffälliger Ergebnisse, bei dem nicht jede rechnerische Auffälligkeit automatisch auf ein tatsächliches Qualitätsdefizit hinweist – doch ein relevanter Anteil der bewerteten Fälle liefert konkrete Hinweise auf tatsächliche Defizite. Zugleich zeigen die Berichte, dass durch strukturierte Rückmeldungen und gezielte qualitätsfördernde Maßnahmen in vielen Fällen bereits Verbesserungen auf Ebene der Leistungserbringer angestoßen wurden.

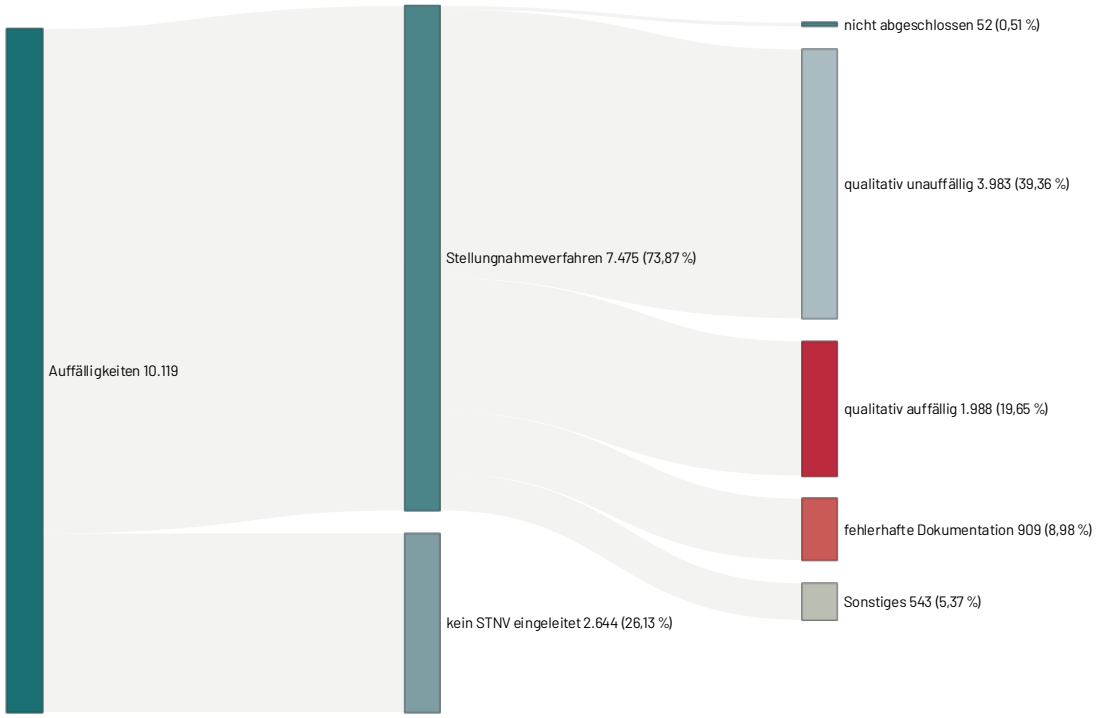


Abbildung 1: Verlauf des Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2024

Abbildung 1 veranschaulicht den Verlauf und die Verteilung der Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2024 – von der rechnerischen Auffälligkeit bis hin zur qualitativen Bewertung. Deutlich wird, dass der Großteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Stellungnahmeverfahren bewertet wurde, wobei sich rund ein Fünftel der auffälligen Leistungserbringerergebnisse letztlich als qualitativ auffällig erwies.

Es wurden für das Auswertungsjahr 2024 (ebenfalls mit Stand März 2025) 709 vereinbarte qualitätsfördernde Maßnahmen der Stufe 1 übermittelt, ein ähnliches Niveau wie im Vorjahr (AJ 2023: 680). Darüber hinaus wurden dem IQTIG insgesamt 3 Maßnahmen der Stufe 2 übermittelt – jeweils

eine Maßnahme in den Verfahren *QS DEK*, *QS WI* (Auswertungsmodul *WI- HI-A*) und *QS HGV* (Auswertungsmodul *HGV-HEP*).

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL

	Auswertungsjahr 2023		**Auswertungsjahr 2024**	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse der QS-Verfahren	132.777	-	153.504	-
Indikatorenergebnisse der QS-Verfahren mit definiertem Referenzbereich	123.065	100,00	115.382	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	9.591	7,79	9.556	8,28
davon ohne QSEB-Übermittlung	109	1,14	13	0,14
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	9.866	100,00	10.119	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	9.773	99,06	9.624	95,11
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	2	0,02	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (nur QS WI) (Schlüsselwert 7)	91	0,92	495	4,89
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	2.378	24,10	2.644	26,13
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	7.488	75,90	7.475	73,87
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7.476	99,84	7.474	99,99
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	88	1,18	64	0,86
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	35	0,47	8	0,11
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	34	0,45	52	0,70
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	4.424	44,84	3.983	39,36
Bewertung als qualitativ auffällig	1.873	18,98	1.988	19,65
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	762	7,72	909	8,98
Sonstiges	395	4,00	543	5,37

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	680	n. a.	709	n. a.
Maßnahmenstufe 2	4	n. a.	3	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Die Verteilung der rechnerischen Auffälligkeiten auf die einzelnen Module ergibt ein sehr heterogenes Bild. Während in den Modulen von *QS WI* sowie *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-KC* und *HSMDEF-HSM-REV* mit Werten zwischen 0,81 % und 4,98 % die geringsten Anteile rechnerischer Auffälligkeiten gemessen werden, fielen diese in den Modulen *NET-DIAL*, *TX-HTX* und *TX-LTX* deutlich höher aus (zwischen 20,10 % und 27,08 %). Auch die Anteile qualitativer Auffälligkeiten an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren stellen sich mit Werten zwischen 0 % in *HSMDEF-HSM-REV* und 69,23 % in *KCHK-KC* sehr unterschiedlich dar.

Tabelle 7: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Auswertungsmodul (AJ 2024)

Auswertungs-modul	Anzahl Leistungs-erbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
PCI	1.282	621 / 11.251 (5,52 %)	0	500 / 621 (80,52 %)	136 / 621 (21,90 %)	136 / 500 (27,20 %)
WI-HI-A	2.911	145 / 2.911 (4,98 %)	372	436 / 517 (84,33 %)	253 / 517 (48,94 %)	253 / 436 (58,03 %)
WI-HI-S	1.199	58 / 1.199 (4,84 %)	123	129 / 181 (71,27 %)	74 / 181 (40,88 %)	74 / 129 (57,36 %)
WI-NI-A	5.125	63 / 7.755 (0,81 %)	0	42 / 63 (66,67 %)	8 / 63 (12,70 %)	8 / 42 (19,05 %)
WI-NI-S	1.190	220 / 4.624 (4,76 %)	0	208 / 220 (94,55 %)	48 / 220 (21,82 %)	48 / 208 (23,08 %)
CHE	1.115	407 / 7.611 (5,35 %)	0	338 / 407 (83,05 %)	29 / 407 (7,13 %)	29 / 338 (8,58 %)
NET-DIAL	844	1.066 / 5.304 (20,10 %)	0	453 / 1.066 (42,50 %)	23 / 1.066 (2,16 %)	23 / 453 (5,08 %)
NET-NTX	39	57 / 420 (13,57 %)	0	57 / 57 (100,00 %)	17 / 57 (29,82 %)	17 / 57 (29,82 %)
NET-PNTX	24	15 / 137 (10,95 %)	0	15 / 15 (100,00 %)	5 / 15 (33,33 %)	5 / 15 (33,33 %)
TX-HTX	21	26 / 96 (27,08 %)	0	26 / 26 (100,00 %)	5 / 26 (19,23 %)	5 / 26 (19,23 %)

Auswertungs-modul	Anzahl Leistungs-erbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
TX-MKU	58	32 / 276 (11,59 %)	0	32 / 32 (100,00 %)	17 / 32 (53,12 %)	17 / 32 (53,12 %)
TX-LUTX	12	10 / 53 (18,87 %)	0	10 / 10 (100,00 %)	6 / 10 (60,00 %)	6 / 10 (60,00 %)
TX-LTX	21	31 / 143 (21,68 %)	0	31 / 31 (100,00 %)	12 / 31 (38,71 %)	12 / 31 (38,71 %)
TX-LLS	13	8 / 94 (8,51 %)	0	8 / 8 (100,00 %)	1 / 8 (12,50 %)	1 / 8 (12,50 %)
TX-NLS	37	32 / 348 (9,20 %)	0	32 / 32 (100,00 %)	5 / 32 (15,62 %)	5 / 32 (15,62 %)
KCHK-KC	88	29 / 682 (4,25 %)	0	13 / 29 (44,83 %)	9 / 29 (31,03 %)	9 / 13 (69,23 %)
KCHK-KC-KOMB	83	67 / 825 (8,12 %)	0	12 / 67 (17,91 %)	7 / 67 (10,45 %)	7 / 12 (58,33 %)
KCHK-AK-KATH	86	32 / 588 (5,44 %)	0	23 / 32 (71,88 %)	9 / 32 (28,12 %)	9 / 23 (39,13 %)
KCHK-AK-CHIR	83	22 / 498 (4,42 %)	0	14 / 22 (63,64 %)	2 / 22 (9,09 %)	2 / 14 (14,29 %)
KCHK-MK-KATH	266	259 / 2.698 (9,60 %)	0	133 / 259 (51,35 %)	40 / 259 (15,44 %)	40 / 133 (30,08 %)
KCHK-MK-CHIR	83	86 / 907 (9,48 %)	0	36 / 86 (41,86 %)	15 / 86 (17,44 %)	15 / 36 (41,67 %)

Auswertungs-modul	Anzahl Leistungs-erbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
KAROTIS	601	313 / 3.124 (10,02 %)	0	282 / 313 (90,10 %)	106 / 313 (33,87 %)	106 / 282 (37,59 %)
CAP	1.322	1.134 / 7.798 (14,54 %)	0	754 / 1.134 (66,49 %)	297 / 1.134 (26,19 %)	297 / 754 (39,39 %)
MC	595	603 / 6.135 (9,83 %)	0	484 / 603 (80,27 %)	87 / 603 (14,43 %)	87 / 484 (17,98 %)
GYN-OP	983	609 / 5.918 (10,29 %)	0	545 / 609 (89,49 %)	79 / 609 (12,97 %)	79 / 545 (14,50 %)
DEK	1.886	519 / 3.764 (13,79 %)	0	517 / 519 (99,61 %)	182 / 519 (35,07 %)	182 / 517 (35,20 %)
HSMDEF-HSM-IMPL	968	510 / 7.307 (6,98 %)	0	372 / 510 (72,94 %)	118 / 510 (23,14 %)	118 / 372 (31,72 %)
HSMDEF-HSM-REV	764	35 / 764 (4,58 %)	0	25 / 35 (71,43 %)	0 / 35 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)
HSMDEF-DEFI-IMPL	732	224 / 3.482 (6,43 %)	0	171 / 224 (76,34 %)	48 / 224 (21,43 %)	48 / 171 (28,07 %)
HSMDEF-DEFI-REV	580	60 / 1.160 (5,17 %)	0	38 / 60 (63,33 %)	3 / 60 (5,00 %)	3 / 38 (7,89 %)
PM-GEBH	624	314 / 4.655 (6,75 %)	0	299 / 314 (95,22 %)	90 / 314 (28,66 %)	90 / 299 (30,10 %)
PM-NEO	449	264 / 2.897 (9,11 %)	0	255 / 264 (96,59 %)	37 / 264 (14,02 %)	37 / 255 (14,51 %)

Auswertungs-modul	Anzahl Leistungs-erbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
HGV-HEP	1.145	1.266 / 13.874 (9,12 %)	0	871 / 1.266 (68,80 %)	151 / 1.266 (11,93 %)	151 / 871 (17,34 %)
HGV-OSFRAK	1.023	365 / 5.089 (7,17 %)	0	268 / 365 (73,42 %)	67 / 365 (18,36 %)	67 / 268 (25,00 %)
KEP	995	54 / 995 (5,43 %)	0	46 / 54 (85,19 %)	2 / 54 (3,70 %)	2 / 46 (4,35 %)

Der Vergleich zwischen den einzelnen Bundesländern stellt sich ähnlich heterogen dar. Der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an allen Indikatorenergebnissen liegt im Durchschnitt bei 8,28 % und schwankt lediglich zwischen 5,79 % (Bremen) und 10,76 % (Sachsen-Anhalt). Dahingehen ist die Spannbreite beim Anteil der durchgeführten Stellungnahmeverfahren deutlich ausgeprägter und liegt zwischen 52,75 % (Hessen) und mehr als 90 % (z. B. Hamburg mit 97,74 %, Brandenburg mit 94,43 %, Sachsen mit 93,20 %). Der im Vergleich zu den Vorjahren deutlich reduzierte Anteil an durchgeführten Stellungnahmeverfahren erklärt sich teils durch die Verfahrensüberprüfung im Rahmen der Eckpunktepapierbeauftragung. Aufgrund des festgestellten Überarbeitungsbedarfs wurde bei etlichen rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorenergebnissen auf die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens verzichtet. Der Wert von über 100 % in Sachsen-Anhalt erklärt sich durch die Verwendung eines falschen Schlüsselwerts im Verfahren *QS WI*.

Der Anteil an als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorenergebnissen sowohl an den auffälligen Ergebnissen als auch an den durchgeführten Stellungnahmeverfahren variiert ebenfalls erheblich zwischen Bundesländern und liegt zwischen 4,95 % bzw. 4,49 % und 37,08 % und 45,76 %. Die Ursachen für diese geringe Übereinstimmungsrate sind vielfältig und können sowohl in der uneinheitlichen Durchführung des Stellungnahmeverfahrens (u. a. bedingt durch bisher fehlende einheitliche Bewertungskriterien) als auch in fehlenden Ressourcen auf Landesebene, um die hohe Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten bearbeiten zu können, liegen.

Tabelle 8: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2024)

Bundesland	Anzahl Leistungs-erbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	3.004	1.395 / 17.531 (7,96 %)	0	922 / 1.395 (66,09 %)	235 / 1.395 (16,85 %)	235 / 922 (25,49 %)
Brandenburg	710	349 / 3.784 (9,22 %)	10	339 / 359 (94,43 %)	31 / 359 (8,64 %)	31 / 339 (9,14 %)
Berlin	677	271 / 3.845 (7,05 %)	0	209 / 271 (77,12 %)	40 / 271 (14,76 %)	40 / 209 (19,14 %)
Baden-Württemberg	2.032	804 / 11.642 (6,91 %)	12	497 / 816 (60,91 %)	166 / 816 (20,34 %)	166 / 497 (33,40 %)
Bremen	162	58 / 1.002 (5,79 %)	9	49 / 67 (73,13 %)	13 / 67 (19,40 %)	13 / 49 (26,53 %)
Hessen	1.416	667 / 7.933 (8,41 %)	42	374 / 709 (52,75 %)	121 / 709 (17,07 %)	121 / 374 (32,35 %)
Hamburg	361	178 / 2.241 (7,94 %)	43	216 / 221 (97,74 %)	50 / 221 (22,62 %)	50 / 216 (23,15 %)
Mecklenburg-Vorpommern	425	232 / 2.617 (8,87 %)	0	167 / 232 (71,98 %)	35 / 232 (15,09 %)	35 / 167 (20,96 %)
Niedersachsen	1.631	860 / 10.058 (8,55 %)	189	850 / 1.049 (81,03 %)	389 / 1.049 (37,08 %)	389 / 850 (45,76 %)
Nordrhein-Westfalen	3.879	2.041 / 24.141 (8,45 %)	107	1.634 / 2.148 (76,07 %)	453 / 2.148 (21,09 %)	453 / 1.634 (27,72 %)

Bundesland	Anzahl Leistungs-erbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Rheinland-Pfalz	967	595 / 5.615 (10,60 %)	0	455 / 595 (76,47 %)	80 / 595 (13,45 %)	80 / 455 (17,58 %)
Schleswig-Holstein	557	295 / 3.382 (8,72 %)	48	208 / 343 (60,64 %)	43 / 343 (12,54 %)	43 / 208 (20,67 %)
Saarland	260	95 / 1.377 (6,90 %)	4	86 / 99 (86,87 %)	20 / 99 (20,20 %)	20 / 86 (23,26 %)
Sachsen	927	428 / 5.799 (7,38 %)	13	411 / 441 (93,20 %)	85 / 441 (19,27 %)	85 / 411 (20,68 %)
Sachsen-Anhalt	542	364 / 3.383 (10,76 %)	0	401 / 364 (110,16 %)*	18 / 364 (4,95 %)	18 / 401 (4,49 %)
Thüringen	508	218 / 3.267 (6,67 %)	18	215 / 236 (91,10 %)	59 / 236 (25,00 %)	59 / 215 (27,44 %)
Bundes-bezogene Verfahren	445	706 / 7.765 (9,09 %)	0	442 / 706 (62,61 %)	150 / 706 (21,25 %)	150 / 442 (33,94 %)
Gesamt	**-**	**9.556 / 115.382 (8,28 %)**	**495**	**7.475 / 10.051 (74,37 %)**	**1.988 / 10.051 (19,78 %)**	**1.988 / 7.475 (26,60 %)**

* Angaben wegen nicht fristgerecht übermittelter einrichtungsbezogener Daten nach Teil 2 § 3 Abs. 2 DeQS-RL (nur *QS WI*) wurden miteinbezogen.

Wie bereits weiter oben berichtet, wurden zum Auswertungsjahr 2024 insgesamt 709 Maßnahmen der Stufe 1 initiiert, verteilt auf 540 Leistungserbringerergebnisse. Verteilt auf die einzelnen Maßnahmenarten der Stufe 1 ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 9: Initiierung von Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1

Maßnahme der Maßnahmenstufe 1	Anzahl (AJ 2023)	Anzahl (AJ 2024)
Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	165	177
Teilnahme am Qualitätszirkel	11	14
Implementierung von Behandlungspfaden	155	153
Durchführung von Audits	3	21
Durchführung von Peer Reviews	0	4
Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	102	98
Sonstige	246	242
Gesamt	682	709

Im Vergleich zum Vorjahr bewegt sich der Großteil der Maßnahmen auf einem ähnlichen Niveau, bis auf die Durchführung von Audits und Peer-Reviews. Diese werden mit Blick auf die steigenden Zahlen zunehmend als Maßnahme empfohlen. Zu den sonstigen Maßnahmen der Stufe 1 gehören häufig sogenannte Zielvereinbarungen zwischen den LAG und den Leistungserbringern.

Anteilsmäßig am häufigsten wurden Maßnahmen der Stufe 1 in den Modulen *HSMDEF-DEFI-REV* (66,67 %), *HSMDEF-HSM-IMPL* (53,39 %) und *CHE* (41,38 %) initiiert. Maßnahmen der Stufe 2 wurden insgesamt nur sehr wenige vergeben (n = 3) und verteilen sich, wie bereits oben beschrieben, auf die Module *WI-HI-A*, *DEK* und *HGV-HEP*.

Der Durchschnitt über alle Bundesländer bei der Maßnahmenstufe 1 liegt bei 22,69 %, wobei der höchste Anteil an initiierten Maßnahmen bei 63,58 % in Nordrhein-Westfalen zu finden ist. In 89 Fällen – vorwiegend aus Nordrhein-Westfalen, Bayern und Hessen – wurden Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet, obwohl keine qualitätsauffälligen Ergebnisse vorlagen. Der Großteil dieser Maßnahmen (= 76) beruhte auf Auffälligkeiten, die teils wiederholt als Dokumentationsfehler eingestuft wurden. Häufig wurden daraufhin Zielvereinbarungen und Fortbildungen als konkrete Maßnahmen festgelegt. Die initiierten Maßnahmen der Stufe 2 wurden alle im Bundesland Saarland veranlasst (n = 3).

Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Maßnahmenstufe 1 und 2 pro Auswertungsmodul (AJ 2024)

Auswertungsmodul	Maßnahmenstufe 1		Maßnahmenstufe 2	
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen
PCI	46 / 136 (33,82 %)	17 / 364 (4,67 %)	0 / 136 (0,00 %)	0 / 364 (0,00 %)
WI-HI-A	19 / 253 (7,51 %)	2 / 177 (1,13 %)	1 / 253 (0,40 %)	0 / 177 (0,00 %)
WI-HI-S	3 / 74 (4,05 %)	0 / 55 (0,00 %)	0 / 74 (0,00 %)	0 / 55 (0,00 %)
WI-NI-A	2 / 8 (25,00 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 34 (0,00 %)
WI-NI-S	15 / 48 (31,25 %)	2 / 160 (1,25 %)	0 / 48 (0,00 %)	0 / 160 (0,00 %)
CHE	12 / 29 (41,38 %)	2 / 309 (0,65 %)	0 / 29 (0,00 %)	0 / 309 (0,00 %)
NET-DIAL	7 / 23 (30,43 %)	10 / 428 (2,34 %)	0 / 23 (0,00 %)	0 / 428 (0,00 %)
NET-NTX	0 / 17 (0,00 %)	0 / 24 (0,00 %)	0 / 17 (0,00 %)	0 / 24 (0,00 %)
NET-PNTX	0 / 5 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)
TX-HTX	0 / 5 (0,00 %)	0 / 14 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 14 (0,00 %)
TX-MKU	0 / 17 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 17 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)
TX-LUTX	0 / 6 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
TX-LTX	0 / 12 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)
TX-LLS	0 / 1 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)
TX-NLS	0 / 5 (0,00 %)	0 / 23 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 23 (0,00 %)
KCHK-KC	0 / 9 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
KCHK-KC-KOMB	0 / 7 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)
KCHK-AK-KATH	0 / 9 (0,00 %)	0 / 14 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 14 (0,00 %)

Auswertungsmodul	Maßnahmenstufe 1		Maßnahmenstufe 2	
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen
KCHK-AK-CHIR	0 / 2 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)
KCHK-MK-KATH	0 / 40 (0,00 %)	0 / 92 (0,00 %)	0 / 40 (0,00 %)	0 / 92 (0,00 %)
KCHK-MK-CHIR	0 / 15 (0,00 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 15 (0,00 %)	0 / 18 (0,00 %)
KAROTIS	15 / 106 (14,15 %)	2 / 176 (1,14 %)	0 / 106 (0,00 %)	0 / 176 (0,00 %)
CAP	90 / 297 (30,30 %)	15 / 457 (3,28 %)	0 / 297 (0,00 %)	0 / 457 (0,00 %)
MC	30 / 87 (34,48 %)	2 / 397 (0,50 %)	0 / 87 (0,00 %)	0 / 397 (0,00 %)
GYN-OP	19 / 79 (24,05 %)	3 / 466 (0,64 %)	0 / 79 (0,00 %)	0 / 466 (0,00 %)
DEK	48 / 182 (26,37 %)	4 / 335 (1,19 %)	1 / 182 (0,55 %)	0 / 335 (0,00 %)
HSMDEF-HSM-IMPL	63 / 118 (53,39 %)	4 / 254 (1,57 %)	0 / 118 (0,00 %)	0 / 254 (0,00 %)
HSMDEF-HSM-REV	0 / 0 (-)	1 / 25 (4,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 25 (0,00 %)
HSMDEF-DEFI-IMPL	18 / 48 (37,50 %)	0 / 123 (0,00 %)	0 / 48 (0,00 %)	0 / 123 (0,00 %)
HSMDEF-DEFI-REV	2 / 3 (66,67 %)	0 / 35 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 35 (0,00 %)
PM-GEBH	21 / 90 (23,33 %)	0 / 208 (0,00 %)	0 / 90 (0,00 %)	0 / 208 (0,00 %)
PM-NEO	6 / 37 (16,22 %)	2 / 218 (0,92 %)	0 / 37 (0,00 %)	0 / 218 (0,00 %)
HGV-HEP	27 / 151 (17,88 %)	19 / 720 (2,64 %)	1 / 151 (0,66 %)	0 / 720 (0,00 %)
HGV-OS-FRAK	8 / 67 (11,94 %)	2 / 201 (1,00 %)	0 / 67 (0,00 %)	0 / 201 (0,00 %)
KEP	0 / 2 (0,00 %)	2 / 44 (4,55 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 44 (0,00 %)

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Maßnahmenstufe 1 und 2 pro Bundesland (AJ 2024)

Bundesland	**Maßnahmenstufe 1**		**Maßnahmenstufe 2**	
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	**bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen**	**bei qualitativ auffälligen Ergebnissen**	**bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen**
Bayern	29 / 235 (12,34 %)	22 / 687 (3,20 %)	0 / 235 (0,00 %)	0 / 687 (0,00 %)
Brandenburg	2 / 31 (6,45 %)	0 / 308 (0,00 %)	0 / 31 (0,00 %)	0 / 308 (0,00 %)
Berlin	0 / 40 (0,00 %)	0 / 169 (0,00 %)	0 / 40 (0,00 %)	0 / 169 (0,00 %)
Baden-Württemberg	0 / 166 (0,00 %)	0 / 330 (0,00 %)	0 / 166 (0,00 %)	0 / 330 (0,00 %)
Bremen	2 / 13 (15,38 %)	0 / 36 (0,00 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 36 (0,00 %)
Hessen	66 / 121 (54,55 %)	3 / 253 (1,19 %)	0 / 121 (0,00 %)	0 / 253 (0,00 %)
Hamburg	1 / 50 (2,00 %)	0 / 166 (0,00 %)	0 / 50 (0,00 %)	0 / 166 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	0 / 35 (0,00 %)	0 / 132 (0,00 %)	0 / 35 (0,00 %)	0 / 132 (0,00 %)
Niedersachsen	32 / 389 (8,23 %)	0 / 461 (0,00 %)	0 / 389 (0,00 %)	0 / 461 (0,00 %)
Nordrhein-Westfalen	288 / 453 (63,58 %)	64 / 1.180 (5,42 %)	0 / 453 (0,00 %)	0 / 1.180 (0,00 %)
Rheinland-Pfalz	0 / 80 (0,00 %)	0 / 375 (0,00 %)	0 / 80 (0,00 %)	0 / 375 (0,00 %)
Schleswig-Holstein	11 / 43 (25,58 %)	0 / 164 (0,00 %)	0 / 43 (0,00 %)	0 / 164 (0,00 %)
Saarland	4 / 20 (20,00 %)	0 / 66 (0,00 %)	3 / 20 (15,00 %)	0 / 66 (0,00 %)
Sachsen	13 / 85 (15,29 %)	0 / 326 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)	0 / 326 (0,00 %)
Sachsen-Anhalt	0 / 18 (0,00 %)	0 / 377 (0,00 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 377 (0,00 %)
Thüringen	3 / 59 (5,08 %)	0 / 156 (0,00 %)	0 / 59 (0,00 %)	0 / 156 (0,00 %)
Bundesbezogene Verfahren	0 / 150 (0,00 %)	0 / 249 (0,00 %)	0 / 150 (0,00 %)	0 / 249 (0,00 %)
Gesamt	**451 / 1.988 (22,69 %)**	**89 / 5.435 (1,64 %)**	**3 / 1.988 (0,15 %)**	**0 / 5.435 (0,00 %)**

Im Verfahren *QS PCI* wurden erneut die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten systematisch über eine strukturierte Befragung in die Bewertung einbezogen. Die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2023 liefern wertvolle Hinweise für mögliche qualitätsfördernde Maßnahmen, etwa im Bereich der Aufklärung oder der psychosozialen Versorgung. Zwar gaben 90 % der Befragten an, mit der medizinischen Betreuung zufrieden gewesen zu sein, aber gleichzeitig berichteten 45 % von ihnen, nicht ausreichend über Rehabilitationsmöglichkeiten informiert worden zu sein und 57 % fühlten sich psychosozial nicht gut unterstützt. Diese Ergebnisse bestätigen, dass die weitere Integration von Patientenbefragungen als wertvolle Perspektive im Rahmen der externen Qualitätssicherung ein wichtiges Entwicklungsfeld bleibt.

4 Überblick über die Qualitätssicherungs-verfahren

Im Auswertungsjahr 2025 umfasst die gesetzliche externe Qualitätssicherung 15 QS-Verfahren, die zentrale Bereiche der stationären und – zunehmend – auch der ambulanten Versorgung abdecken. Insgesamt lässt sich ein weitgehend stabiles Qualitätsniveau feststellen, wenngleich sich je nach Qualitätsindikator und Verfahren unterschiedliche Ausprägungen in den Ergebnissen zeigen. In nahezu allen Verfahren liegen die Bundesergebnisse innerhalb des angestrebten Qualitätsniveaus. In mehreren Verfahren, etwa bei gynäkologischen Operationen, der Mammachirurgie, der Transplantationsmedizin oder im Bereich postoperativer Wundinfektionen nach Hüftgelenkersatz zeigten sich im Vergleich zum Vorjahr verbesserte Bundesergebnisse bei einzelnen oder mehreren Indikatoren.

Aus der Betrachtung der einzelnen QS-Verfahren werden verschiedene Entwicklungen sichtbar, die für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung bedeutsam sind. Einige dieser Entwicklungen wurden u. a. durch die vom G-BA beauftragten systematisch durchgeführten Verfahrensüberprüfungen im Rahmen der Eckpunktebeauftragung[3] aus dem Jahr 2022 sichtbar. Hier zeigte sich, dass nicht alle bisherigen Indikatoren die vom IQTIG festgelegten Eignungskriterien, wie z. B. Validität, Relevanz, Anschlussfähigkeit und Evidenzbasierung, erfüllten. In der Folge wurden bereits einzelne Qualitätsindikatoren – u. a. in den Verfahren *QS KCHK*, *QS HSMDEF* und *QS PCI* – abgeschafft, angepasst oder weiterentwickelt. Auch ganze Verfahren wie *QS KEP* oder *QS CAP* werden im Zuge der Verfahrensüberprüfung grundlegend überarbeitet. Die Eckpunktebeauftragung war somit ein wichtiger Ausgangspunkt, um die bislang durchgeführte Verfahrenspflege strategisch weiterzuentwickeln.

Daneben spiegelt sich in mehreren QS-Verfahren die zunehmende Ambulantisierung des Gesundheitswesens wider, wenn auch in unterschiedlicher Form. So empfiehlt das zuständige Expertengremium, im Verfahren *QS CHE* künftig auch ambulante Leistungen in die Qualitätssicherung einzubeziehen, da ein wachsender Anteil viszeralchirurgischer Eingriffe – einschließlich der Cholezystektomie – ambulant erbracht wird. Auch im Verfahren *QS PCI* ist eine Zunahme ambulanter Prozeduren im Krankenhaus zu beobachten, die wesentlich zum Anstieg der dokumentierten Fälle beiträgt. Bei der Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (*QS HSMDEF*) wird die Ambulantisierung seit 2023 durch die Aufnahme entsprechender Leistungen in den Katalog ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) sowie durch die geplante Integration in den Hybrid-DRG-Katalog ab 2026 weiter begünstigt. Diese Entwicklungen erfordern die sorgfältige Prüfung der bisherigen Datenerhebung und der Eignung der bestehenden Strukturen der Qualitätssicherung für den ambulanten und vertragsärztlichen Bereich.

[3] https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/

Die Berichte der einzelnen QS-Verfahren zeigen darüber hinaus, dass die zunehmende Komplexität der Versorgung Eingang in die Anforderungen an die Qualitätssicherung findet. Exemplarisch dafür stehen Entwicklungen wie die geplante sektorenübergreifende Abbildung der Versorgungskette in der Perinatalmedizin (*QS PM*) oder die gezielte Berücksichtigung vulnerabler Gruppen, z. B. sehr kleiner Frühgeborener oder jüngerer Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie (*QS CAP*).

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (*QS PCI*)

Für das Verfahren *QS PCI* werden Daten aus drei Datenquellen verwendet: Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie Daten aus der Patientenbefragung.

QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen
Die Anzahl der für das Verfahren *QS PCI* an die Bundesauswertungsstelle übermittelten Datensätze aus der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer hat sich gegenüber dem Vorjahr um 2,67 % bzw. ca. 20.000 Datensätze erhöht. Dabei ist die Anzahl der übermittelten Datensätze für kollektivvertragliche Leistungserbringer (+ 2,68 %) und Krankenhäuser (+ 2,72 %) in einem ähnlichen Umfang gestiegen. Zugleich konnten 96,82 % der übermittelten Datensätze mit den Sozialdaten verknüpft und in die Auswertung eingeschlossen werden. Damit hat sich die Verknüpfungsrate gegenüber den vorherigen Auswertungsjahren (AJ 2024: 95,90 %; AJ 2023: 95,62 %) leicht verbessert und liegt weiterhin oberhalb der angestrebten Zielmarge von 95 %.

Für die Mehrzahl der Indikatoren des Verfahrens *QS PCI* ist im Auswertungsjahr 2025 eine Verbesserung des Bundesergebnisses gegenüber den Vorjahren festzustellen. Anzumerken ist jedoch, dass für fast zwei Drittel der QS-dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren (12 von 19) im Auswertungsjahr 2025 kein Referenzwert definiert ist und somit für diese Indikatoren kein Stellungnahmeverfahren bzw. keine Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse erfolgt. Ursächlich dafür ist, dass für diese Indikatoren keine ausreichende Evidenz, Validitätsprobleme oder Hinweise auf eine unzureichende Risikoadjustierung vorliegen.

Vor großen Herausforderungen steht das IQTIG in Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Risikoadjustierung innerhalb des Verfahrens *QS PCI*. Darüber hinaus muss kritisch hinterfragt und analysiert werden, welche Möglichkeiten bestehen, die Indikatoren zu schweren kardialen und zerebrovaskulären Komplikationen (MACCE-Indikatoren) zukünftig zielführender für die Qualitätssicherung einzusetzen. Ebenso besteht eine große Herausforderung darin, ab dem Erfassungsjahr 2026 die sektorengleiche Vergütung, die sogenannten Hybrid-DRG, in die Spezifikation und Auswertung des Verfahrens zu inkludieren.

Patientenbefragung
Eine Rücklaufquote von 52,33 % im Auswertungsjahr 2025 weist auf eine hohe Akzeptanz der Patientenbefragung hin. 71.106 zurückgesendete Fragebögen bilden die Grundlage zur Berechnung der Qualitätsindikatoren. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 zeigen sich wenig nennenswerte Änderungen der wahrgenommenen Versorgungsqualität. Qualitätsindikatoren wie die Interaktion und Kommunikation bei elektiven Eingriffen (ID 56110) werden weiterhin als sehr gut

bewertet. Auch die Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur (ID 56107) wurden von Patientinnen und Patienten positiv bewertet. Die Antworten von Patientinnen und Patienten auf Fragen zu ihren Symptomen vor einer elektiven Koronarangiografie zeigen jedoch, dass ca. ein Drittel von ihnen keine entsprechenden Symptome hatte und daher die Indikationsstellung infrage zu stellen ist. Bei Patientinnen und Patienten, die eine elektive PCI erhielten, beläuft sich der Anteil auf ca. 38 %. Die wissenschaftliche Begleitung zeigt, dass die Befragung von Patientinnen und Patienten überwiegend positiv aufgenommen wurde. Viele Leistungserbringer sehen die Befragung als zusätzlichen Aufwand an und nur ein eingeschränktes Potenzial, die Ergebnisse für interne Qualitätsverbesserungsmaßnahmen nutzen zu können. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass die Patientenbefragung sinnvolle Informationen über die Behandlungsqualität liefert. Die Ergebnisse gelten als verlässlich und machen Verbesserungspotenziale sichtbar – insbesondere aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (*QS WI*)

Ziel des Verfahrens ist die Vermeidung postoperativer Wundinfektionen. Dazu werden einrichtungsbezogen das Hygiene- und Infektionsmanagement (Verfahrensteil *HI*) und fallbezogen postoperative Wundinfektionsraten (Verfahrensteil *WI*) in ausgewählten medizinischen Fachgebieten betrachtet.

Die aktuellen Bundesergebnisse der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (Verfahrensteil *NI*) liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Das Expertengremium bewertet die Ergebnisse, vorbehaltlich der Limitationen des Verfahrens, als erfreulich niedrig. Gleichzeitig bestehen weiterhin Qualitätsdefizite in der Versorgung, da noch zu viele Leistungserbringer ein vergleichsweise hohes individuelles Verbesserungspotenzial aufweisen. Die Landesarbeitsgemeinschaften berichten aus dem Stellungnahmeverfahren von fehlenden Standardvorgehensweisen bzw. internen Leitlinien, fehlenden infektionspräventiven Maßnahmen, fragwürdigen präoperativen Vorbereitungen von Patientinnen und Patienten (auch hinsichtlich der Rasur) und Mängeln bezogen auf Informationsveranstaltungen.

Die Vollzähligkeit des Verfahrensteils Hygiene- und Infektionsmanagement (*HI)* liegt bezogen auf die stationär operierenden Leistungserbringer bei 84,6 %, bezogen auf die ambulant operierenden Leistungserbringer bei 80,2 % und somit unter den angestrebten 100 %. Die Qualitätsindikatorenergebnisse in *HI* – 78,2 / 100 Punkte für ambulant operierende Leistungserbringer im QI 1000 und 78 / 100 Punkte für stationär operierende Leistungserbringer im QI 2000 – sind aus Sicht der Expertinnen und Experten verbesserungsbedürftig. Aus dem Stellungnahmeverfahren berichten die Landesarbeitsgemeinschaften insbesondere von fehlenden oder unzureichenden Stellungnahmen, Ergebniswerten außerhalb des Referenzbereiches, allgemeinen Mängeln des Hygiene- und Infektionsmanagements und nicht übermittelten Dokumentationsbögen.

Am 17. Juli 2025 wurde in der Plenumssitzung des G-BA die Absicht erklärt, die Erprobung des Verfahrens per Beschluss im Dezember 2025 zu beenden. Es ist also davon auszugehen, dass das IQTIG im Auswertungsjahr 2026 zum letzten Mal zum Verfahren *QS WI* Bericht erstatten wird.

Zu seiner Einführung im Jahr 2017 waren beide Verfahrensteile besonders innovativ. Sowohl die Einrichtungsbefragung stationärer und ambulanter Leistungserbringer als auch die Verknüpfung von Sozialdaten bei den Krankenkassen mit QS-Dokumentationsdaten wurden erstmals in der datengestützten Qualitätssicherung eingesetzt und konnten vor Verfahrensstart nicht vollständig erprobt werden. Aufgrund der mit diesen neuen Ansätzen einhergehenden Komplexität und Unsicherheiten hatte der G-BA beschlossen, das Verfahren zunächst im Regelbetrieb zu erproben und engmaschig zu begleiten. In den Folgejahren zeigten sich zahlreiche Anpassungs- und Weiterentwicklungsbedarfe, die eine Verlängerung der Erprobung zur Folge hatten. Zum 1. Januar 2026 wird der G-BA das Verfahren nun voraussichtlich einstellen.

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Ergebnisse des Verfahrens und der hohen Relevanz des Verfahrens für die Patientensicherheit sollten nosokomiale Wundinfektionen weiterhin Gegenstand der externen Qualitätssicherung sein. Bereits jetzt wird dieser Aspekt in verschiedenen Verfahren der DeQS-RL adressiert. Darüber hinaus wird das IQTIG weitere Optionen zur hygienebezogenen Qualitätssicherung mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten und dem G-BA zur Verfügung stellen.

Cholezystektomie (*QS CHE*)

Alle Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *QS CHE* zu Gallenblasenentfernungen basieren neben der fallbezogenen QS-Dokumentation auch auf Sozialdaten bei den Krankenkassen. Mit dem Auswertungsjahr 2025 konnte eine angemessene Risikoadjustierung für alle Indikatoren umgesetzt werden. Die Bundesergebnisse für das Auswertungsjahr 2025 zeigen eine recht stabile und überwiegend gute Versorgungsqualität. Cholezystektomien werden bundesweit zwar häufig durchgeführt, weisen in der Gesamtheit aber nur sehr geringe Komplikationsraten auf. Das Verfahren befindet sich jedoch noch im Aufbau. Die praktische Umsetzung in Form eines Stellungnahmeverfahrens und weiterer qualitätssichernder Maßnahmen durch die Fachkommissionen auf Landesebene konnte bisher noch nicht vollständig durchgeführt werden. Erst mit dem kommenden Stellungnahmeverfahren können Daten unterschiedlicher Leistungserbringer einrichtungsübergreifend zusammengeführt werden. Um zu klären, welche Kausalität zugrunde liegt, sind die Einschätzungen und Bewertungen aus den zukünftigen Stellungnahmeverfahren essenziell. Anhand dieser muss geprüft werden, ob und inwieweit Ausschlüsse inhaltlich definiert und praktisch umgesetzt werden können. Ebenso könnten die jeweiligen Rückmeldungen weitere inhaltliche Anpassungsbedarfe sowie neue Qualitätsaspekte für das QS-Verfahren aufzeigen.

Vom Expertengremium auf Bundesebene wird außerdem empfohlen, nicht nur den stationären Sektor in die Qualitätssicherung einzubeziehen, da ein immer größerer Anteil viszeralchirurgischer Eingriffe, darunter auch die Cholezystektomie, ambulant durchgeführt wird.

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (*QS NET*)

Im Verfahren *QS NET* werden sowohl die Nierentransplantationen (*NET-NTX*), die Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen (*NET-PNTX*) als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren (*NET-DIAL*) zusammengefasst und in entsprechenden Auswertungsmodulen ausgewertet.

Die Indikatoren und Kennzahlen des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* basieren überwiegend auf der fallbezogenen QS-Dokumentation. Ausschließlich die Indikatoren und Kennzahlen zum Überleben und der Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bzw. aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen verwenden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten auch Sozialdaten bei den Krankenkassen. Nachdem die Vollzähligkeit in der Datengrundlage dieses Auswertungsmoduls in den vorangegangenen Jahren sukzessive verbessert wurde, lag sie in diesem Auswertungsjahr scheinbar deutlich unter dem Vorjahreswert. Ursache der geringen Vollzähligkeitsrate im Auswertungsjahr 2025 ist jedoch die fehlerhafte Berechnung der Anzahl erwarteter Datensätze durch einige Datenannahmestellen. Die tatsächliche Anzahl gelieferter Datensätze steigt zum Erfassungsjahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr jedoch an, sodass insgesamt von einer guten Datengrundlage ausgegangen wird. Für die Indikatoren zur Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bzw. aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen wurde in diesem Auswertungsjahr erstmalig eine Risikoadjustierung eingeführt. Zusätzlich ist zu beachten, dass es durch Schwierigkeiten bei der Lieferung der in diesen Indikatoren verwendeten Sozialdaten zu möglichen Auswirkungen auf die Indikatorenergebnissen gekommen sein kann. Darüber hinaus ist die Aussagekraft einer Reihe der dargestellten Indikator- und Kennzahlergebnisse im Auswertungsmodul *NET-DIAL* eingeschränkt. Im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung durch den G-BA wurden aufgrund der derzeitigen inhaltlichen Ausgestaltung und Operationalisierung dieser Indikatoren und Kennzahlen Limitationen in den Eignungskriterien Objektivität (IDs 572002 und 572049), Validität (IDs 572002, 572049, 572007 und 572054) sowie dem Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal (IDs 572003, 572050, 572004, 5720510, 572005, 572052, 572006, 572053, 572008 und 572055) identifiziert. Weiterhin wurde im Austausch mit fachlichen Expertinnen und Experten und den LAG umfangreicher technischer Überarbeitungsbedarf z. B. an der Datengrundlage und der Berichterstattung festgestellt. Zur Überarbeitung der technischen Bedarfe sowie der Überarbeitung bzw. Neuentwicklung der genannten Indikatoren und Kennzahlen wird das Auswertungsmodul *NET-DIAL* in den EJ 2026 und 2027 ausgesetzt.

In den Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* basieren die Indikatoren auf der fallbezogenen QS-Dokumentation. Beide Auswertungsmodule werden über dasselbe Erfassungsmodul dokumentiert, das eine sehr gute Vollzähligkeit in der Datengrundlage aufwies. Die Ergebnisse aller Indikatoren lagen innerhalb des jeweiligen Referenzbereichs. In *NET-NTX* fiel auf, dass der Referenzbereich des Indikators „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)“ (ID 572025), der als 5. Perzentil festgelegt wurde, deutlich niedriger ausfiel als im Vorjahr und somit auch weniger Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten. Im Modul *NET-PNTX* war besonders beim Indikator „Entfernung des Pankreastransplantats“ (ID 572047) eine deutliche Verbesserung des Bundesergebnisses im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Trotz sehr guter Ergebnisse auf Bundesebene zeigen sich in beiden Auswertungsmodulen auf Leistungserbringerebene Standorte mit Verbesserungspotenzial, besonders aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln. Ausführliche Rückmeldungen des IQTIG und

der Bundesfachkommissionen sowie ggf. der Austausch bei kollegialen Gesprächen und Begehungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können.

Transplantationsmedizin (*QS TX*)

Im QS-Verfahren *QS TX* werden transplantationsmedizinische Eingriffe im Bereich der

- *Herztransplantationen* (*TX-HTX*),
- *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* (*TX-MKU*),
- *Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen* (*TX-LUTX*) und
- *Lebertransplantationen* (*TX-LTX*) an Transplantatempfängerinnen und Transplantatempfängern sowie
- *Leberlebendspenden* (*TX-LLS*) und *Nierenlebendspenden* (*TX-NLS*) von Organlebendspenderinnen und Organlebendspendern

betrachtet und in entsprechenden Auswertungsmodule ausgewertet. Die Indikatoren und Kennzahlen der einzelnen Auswertungsmodule basieren auf der fallbezogenen QS-Dokumentation. Im Auswertungsmodul *TX-MKU* zeigt sich ein recht deutlicher Anstieg im Nenner sämtlicher Indikatoren und Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr. Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln eine überwiegend sehr gute medizinische Versorgung im Bereich der Transplantationsmedizin wider. Bei den Transplantatempfängerinnen und Transplantatempfängern liegen die betrachteten Sterbe- und Komplikationsraten auf einem niedrigen Niveau, während die betrachteten Überlebensraten auf einem hohen Niveau liegen. Bei den Ergebnissen der Indikatoren, die mit dem Vorjahr vergleichbar sind, zeigt sich überwiegend ein gleichbleibend gutes Ergebnis bzw. eine leichte Verbesserung. Im Auswertungsmodul *TX-MKU* lässt sich im Auswertungsjahr 2025 allerdings ein erhöhter Anteil von Sepsen im postoperativen Verlauf beobachten. Auch im Bereich *TX-LUTX* zeigt sich bei einigen Indikatoren eine geringfügige Verschlechterung der Bundesergebnisse im Vergleich zum Vorjahr. In den beiden Auswertungsmodulen *TX-LLS* und *TX-NLS* zeigten sich wie in den Vorjahren weder Sterbefälle noch Fälle von einer eingeschränkten Nieren- oder Leberfunktion. Die Albuminurie- und Komplikationsraten nach einer Nierenlebendspende waren wie im Vorjahr auf einem niedrigen Niveau. Auch der Nachsorgebereich stellt sich positiv dar.

Trotz sehr guter Ergebnisse auf Bundesebene zeigen sich in allen Auswertungsmodulen auf Leistungserbringerebene Standorte mit Verbesserungspotenzial, besonders aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln. Ausführliche Rückmeldungen des IQTIG und der Bundesfachkommissionen sowie ggf. der Austausch bei kollegialen Gesprächen und Begehungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können.

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (*QS KCHK*)

Im Verfahren *QS KCHK* werden offen-chirurgische Herzoperationen bei Verengungen der Herzkranzgefäße sowie kathetergestützte und offen-chirurgische Operationen an den Herzklappen betrachtet. Mit Blick auf die Bundesergebnisse aller im Verfahren eingesetzten Qualitätsindikatoren zeigt sich grundsätzlich weiterhin eine gute Versorgungsqualität. Die jeweiligen Raten liegen sowohl bei den Komplikations- als auch den Sterblichkeitsindikatoren auf niedrigem Niveau. Auch zeigen sich für alle Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen, die eine Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr zulassen, gegenüber dem Vorjahr auf Bundesebene ein ähnliches Qualitätsniveau bzw. leichte Qualitätsverbesserungen. Hinsichtlich des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde bei etwas mehr als der Hälfte aller rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorenergebnisse (264 von 495) auf die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens verzichtet. Dies begründete sich zum einen durch die Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung. Dabei ergab sich für einige Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen Überarbeitungsbedarf. Außerdem wurde für einige Qualitätsindikatoren eine Streichung oder Umwandlung von Qualitätsindikator zu Transparenzkennzahl zum Erfassungsjahr 2026 empfohlen. Bei den betroffenen Qualitätsindikatoren wird bis zur Umsetzung bereits auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet. Zum anderen wurde aber auch unabhängig von der Verfahrensüberprüfung aus anderen Gründen, die sich im Rahmen der Verfahrenspflege zeigten, auf die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens verzichtet.

Trotz der überwiegend guten Versorgungsqualität im Verfahren *QS KCHK* gibt es vereinzelte Standorte, an denen die Versorgungsqualität noch Verbesserungspotenzial aufweist. Gründe für die qualitativ auffälligen Bewertungen im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 waren dabei u. a. Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Mit allen betroffenen Leistungserbringern wurden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart.

Es zeigt sich in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme der kathetergestützten Eingriffe zur Behandlung einer Trikuspidalklappeninsuffizienz. Diese Eingriffe unterliegen derzeit nicht der externen verpflichtenden Qualitätssicherung. Diesbezüglich soll in den nächsten Jahren die Entwicklung möglicher Qualitätsindikatoren entsprechend denen, die momentan in den Auswertungsmodulen zu den Aortenklappen bzw. den Mitralklappen Anwendung finden, beraten und umgesetzt werden.

Karotis-Revaskularisation (*QS KAROTIS*)

Es entstehen schätzungsweise jährlich 30.000 Schlaganfälle aufgrund von Karotisstenosen (Verengungen einer oder beider Halsschlagadern) in Deutschland. Im Verfahren *QS KAROTIS* werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Behandlungen zur Verbesserung des Blutflusses in der Halsschlagader erfasst. Zum einen wird mit Blick auf die Indikationsstellung geprüft, ob nur solche Patientinnen und Patienten behandelt wurden, für die der Eingriff gemäß medizinischen Leitlinien empfohlen wird. Zum anderen wird in Bezug auf die Komplikationsrate erfasst, wie viele Schlaganfälle und Todesfälle während und nach der Behandlung der Karotisstenose aufgetreten sind.

Außerdem wird bezogen auf die Prozessqualität seit dem Auswertungsjahr 2024 geprüft, ob eine fachneurologische Untersuchung regelhaft nach der Behandlung der Karotisstenose durchgeführt wurde. Im Sinne der Patientensicherheit ist diese Untersuchung nach jeder operierten Karotisstenose notwendig, da somit auch kleinere Schlaganfälle und Durchblutungsstörungen erkannt und ggf. vor der Entlassung aus dem Krankenhaus behandelt werden können. Das Bundesergebnis des Indikators 161800 zeigt, dass im Vergleich zum Vorjahr im Auswertungsjahr 2025 etwa 10 % mehr Leistungserbringer regelhaft eine fachneurologische Untersuchung durchgeführt haben.

Die Bundesergebnisse des Auswertungsjahres 2025 der Indikatoren zur Indikationsstellung weisen auf Verbesserungspotenziale bei den Leistungserbringern hin. Doch die Indikatoren erfüllen laut den Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung nicht alle erforderlichen methodischen Kriterien, um als für die externe Qualitätssicherung geeignete Indikatoren betrachtet werden zu können. Daher soll voraussichtlich zum Auswertungsjahr 2026 eine erneute umfassende Überprüfung dieser Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung der Bundesergebnisse aus dem Auswertungsjahr 2025 und der Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 erfolgen.

Derzeit werden im Verfahren *QS KAROTIS* nur Schlaganfälle und Todesfälle betrachtet, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung der Karotisstenose erhalten, bleiben in der Regel 2 bis 4 Tage im Krankenhaus. Schlaganfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit der Behandlung der Karotisstenose können auch noch bis zu 30 Tage nach der Behandlung auftreten. Im Auftrag des G-BA wurden daher Qualitätsindikatoren entwickelt, die auf Basis von Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen die Schlaganfälle und Todesfälle nach Entlassung aus dem Krankenhaus erfassen. Diese Weiterentwicklung ist im Sinne der Patientensicherheit empfehlenswert und kann einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten, da die Krankenhäuser Informationen zu Komplikationen nach Entlassung erhalten und gleichzeitig kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht.

Ambulant erworbene Pneumonie (*QS CAP*)

Für das Auswertungsjahr 2025 wurden im QS-Verfahren *QS CAP* 390.494 Fälle von Patienten und Patientinnen mit einer ambulant erworbenen Pneumonie erfasst. Die Fallzahl ist im Vergleich zum Vorjahr erneut deutlich angestiegen. Bedingt ist dies zum einen durch einen nachweislichen Anstieg der durch Mykoplasmen und saisonalen Influenzaviren verursachten Pneumonien. Zum anderen können aufgrund von Änderungen an einigen relevanten Diagnosekodes bestimmte nosokomiale Pneumonien nicht mehr aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden.

Trotz dessen sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren auf einem ähnlich hohen Niveau geblieben, woraus sich eine bundesweit gute und stabile Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie ableiten lässt. Auffällig ist jedoch, dass sowohl der risikoadjustierte Indikator zur Sterblichkeit (ID 50778) als auch die Kennzahl zur Gesamtsterblichkeit (ID 231900) ein deutlich geringeres Ergebnis als im Vorjahr aufweisen. Ein Teil ist auf die hohe Anzahl an Mykoplasmen-Pneumonien zurückzuführen, da diese eine geringere

Mortalität aufweisen. Weiterhin haben sich die Fallzahlen besonders bei Patientinnen und Patienten unter 30 Jahren im Erfassungsjahr 2024 verdreifacht. Diese Patientenklientel weist aufgrund des jungen Alters sowie der geringen Anzahl an Komorbiditäten eine niedrigere Sterblichkeit auf. Aufgrund der beschriebenen Unschärfe in der Grundgesamtheit können die Zusammenhänge jedoch nicht vollumfänglich erklärt werden.

Im Verfahren insgesamt wurden mehr als ein Viertel (26 %) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig eingestuft. In den Qualitätsindikatoren „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme" (ID 50722) und „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung" (ID 2028) liegt der Anteil der qualitativ auffälligen Ergebnisse bei über 30 % (36 % respektive 32 %). Die Qualitätsdefizite bei stationärer Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie zeigen sich bei den betroffenen Leistungserbringern weitgehend in Form von Dokumentationsproblemen an verschiedenen Stellen des gesamten Prozesses (z. B. Dokumentation von Vitalparametern oder Stabilitätskriterien, Unklarheiten bei den Ein- und Ausschlüssen) sowie unterschiedlichen Prozessmängeln wie z. B. einem nicht leitliniengerechten Vorgehen hinsichtlich der Frühmobilisation oder der fehlenden Messung der Atemfrequenz bzw. klinischer Stabilitätskriterien. Im Verfahren *QS CAP* wurden in der Folge bei 108 Leistungserbringern 127-mal Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert. Diese beinhalteten vor allem die Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien (45-mal) sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien (34-mal).

Die Weiterentwicklung des Verfahrens beinhaltet die Aussetzung für das Erfassungsjahr 2026 und die Wiedereinführung des Verfahrens im Erfassungsjahr 2027 mit einem Indikator zur Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts. Zukünftig werden für die Berechnung des Indikators ausschließlich Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt.

Mammachirurgie (*QS MC*)

Im Verfahren *QS MC* erreichen die Bundesergebnisse aller Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich im Auswertungsjahr 2025 das definierte Qualitätsniveau. Trotz des stabil guten Bundesergebnisses weisen die Indikatoren der Gruppe zur adäquaten Markierung des Tumorherdes (ID 212000, 212001) sowie die Indikatoren zur „Prätherapeutische[n] histologische[n] Diagnosesicherung" (ID 51846), zur „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie" (ID 50719), zur „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie" (ID 51847) und zum „Zeitliche[n] Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation" (ID 51370) nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 mehr als 10 qualitativ auffällige Ergebnisse auf. Für diese Indikatoren gibt es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel; in der Gesamtschau wird daher ein noch bestehendes Qualitätsdefizit in diesen Bereichen deutlich.

Das Expertengremium auf Bundesebene empfiehlt weiterhin, das Verfahren *QS MC* weiterzuentwickeln. Es sieht den Bedarf, neue, aussagekräftigere Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die den aktuellen wissenschaftlichen Stand wie auch den klinisch-therapeutischen Fortschritt stärker berücksichtigen. Weitere Empfehlungen beinhalten zum einen die Erfassung der Perspektive von

Patientinnen und Patienten durch eine Befragung, die insbesondere die partizipative Entscheidungsfindung vor dem Ersteingriff, die Überleitung an den Sektorengrenzen sowie weitere psychoonkologische und sozialmedizinische Aspekte aufgreift. Zum anderen wird es als relevant angesehen, in dem QS-Verfahren zukünftig die gesamte sektorenübergreifende Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs, von der Diagnose bis zur Nachsorge, zu betrachten.

Gynäkologische Operationen (*QS GYN-OP*)

Die Gesamtergebnisse und auch der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen im Verfahren *QS GYN-OP* innerhalb der letzten Jahre insgesamt auf einem gleichbleibenden Niveau. Darüber hinaus haben sich die Bundesergebnisse aller Indikatoren im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert. Jedoch hat sich über alle Indikatoren hinweg gesehen der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse im Stellungnahmeverfahren leicht erhöht. Er stieg von 11,09 % im Auswertungsjahr 2023 auf 12,97 % im Auswertungsjahr 2024. Hier ist die weitere Entwicklung zu beobachten.

Anhand der im QS-Verfahren bestehenden Indikatoren zeigt sich eine gute Qualität der stationären Versorgung von Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen. Um allerdings die Versorgungsqualität im Bereich gynäkologischer Operationen vollständig abbilden zu können, ist eine Ausweitung auf den ambulanten Sektor erforderlich.

Das Expertengremium und das IQTIG sehen zudem Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien), die seit dem Auswertungsjahr 2014 im Verfahren ausgesetzt sind und bei denen es sich um häufig durchgeführte Operationen mit unterschiedlichen Indikationen handelt, als einen wichtigen Versorgungsaspekt an, der im Verfahren *QS GYN-OP* wieder aufgenommen werden sollte. Hierzu liegt auch bereits eine vom IQTIG entwickelte Patientenbefragung zur Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen vor.

Dekubitusprophylaxe (*QS DEK*)

Die Bundesergebnisse der beiden Indikatoren im Verfahren *QS DEK* liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Gleichzeitig wurde ein im Vergleich zu anderen Verfahren hoher Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse beider Indikatoren als qualitativ auffällig bewertet (ID 52009: 50,55 %; ID 52010: 31,78 %). Die häufigsten Begründungen adressieren dabei Mängel in der Risikoerfassung eines Dekubitus sowie in der Prävention eines solchen. Fehler bei der Dokumentation und Nichteinhaltung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe werden ebenfalls häufig genannt. Es besteht entsprechend weiterhin ein Verbesserungspotenzial bezüglich der Prävention von Dekubitalulcera in Krankenhäusern in Deutschland. Die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien befinden sich in einem unauffälligen Rahmen, die Datengrundlage wird entsprechend als robust eingeschätzt.

Zur Evaluation wurden von den LAG wenige Rückmeldungen zu bestehenden Herausforderungen gegeben, z. B. zu nicht korrigierbaren Dokumentationsfehlern bei der Nutzung von Abrechnungsdaten und zu Limitierungen der Risikoadjustierung.

Das Expertengremium auf Bundesebene empfiehlt, zukünftig die Möglichkeit, relevante Prozesse zur Dekubitusprophylaxe zu erfassen, sowie die Erweiterung des Patientenkollektivs auf Personen unter 20 Jahren zu eruieren.

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (*QS HSMDEF*)

Im Verfahren *QS HSMDEF* basieren alle Qualitätsindikatoren auf fallbezogenen Qualitätssicherungsdaten. Insgesamt weisen die Bundesergebnisse im Auswertungsjahr 2025 auf ein hohes Versorgungsniveau hin. Dennoch gibt es im Auswertungsmodul *HSM-IMPL* vereinzelte Standorte, an denen die Versorgungsqualität Verbesserungspotenzial aufweist. Insbesondere im Bereich des Strahlenschutzes konnten vermehrt Defizite identifiziert werden. Ursächlich hierfür sind Strukturprobleme, bspw. veraltete technische Anlagen sowie unzureichende Abläufe hinsichtlich der Anwendung der Durchleuchtungsgeräte. Zudem besteht weiterhin ein erhöhtes Risiko für Komplikationen im Bereich der Sonden nach einer Herzschrittmacher-Implantation. Hierbei konnten vermehrt Prozessmängel bezüglich der Platzierung und Fixierung der Sonde nachgewiesen werden. Ab dem Erfassungsjahr 2026 entfallen, wie im Rahmen der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung erläutert, zwei der sechs Auswertungsmodule (*HSM-AGGW* und *DEFI-AGGW*). Somit enthält das residuale Indikatorenset keine Prozessindikatoren mehr. Auch wenn dadurch einige Aspekte der Prozessqualität nicht mehr durch das QS-Verfahren adressiert werden, werden noch andere Aspekte der Prozessqualität durch die verbleibenden Ergebnisindikatoren implizit gemessen – bspw. inwieweit sondenbedingte Komplikationen vermieden oder ausreichende Messwerte der Reizschwellen und Signalamplituden bei der Implantation der Sonden erreicht werden können.

Parallel schreitet die Ambulantisierung auch in diesem Versorgungsbereich voran. Seit 2023 ermöglicht der Katalog ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) ambulante Eingriffe mit Herzschrittmachern und Defibrillatoren. Mit der Aufnahme entsprechender Leistungen in den Hybrid-DRG-Katalog 2026 ist von einer weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich auszugehen. Angesichts dieser strukturellen Änderungen im Gesundheitswesen erscheint die Einführung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens sinnvoll, um die Qualität auch unter veränderten Versorgungsbedingungen verlässlich bewerten zu können. Daher wurde das IQTIG im Oktober 2024 vom G-BA mit der Weiterentwicklung des Verfahrens beauftragt.

Perinatalmedizin (*QS PM*)

Im Auswertungsjahr 2025 wird die Versorgungssituation in den Auswertungsmodulen *PM-GEBH* (Geburtshilfe) und *PM-NEO* (Versorgung von Frühgeborenen) als gut bzw. sehr gut erachtet.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* hat sich das Bundesergebnis des Sentinel-Event-Indikators „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182010) für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 18 Fälle verbessert (AJ 2024: 93; AJ 2025: 75). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich von 53,25 % (AJ 2024) auf 36,36 % (AJ 2025) reduziert. Auch das Bundesergebnis der Qualitätsindikatoren „Kinder, die in einer Klinik mit

perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182011) und „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182014) hat sich in den letzten Jahren stetig verbessert (ID 182011: AJ 2023: 2,95 %; AJ 2024: 2,71 %; AJ 2025: 2,63 %; ID 182014: AJ 2023: 9,20 %; AJ 2024: 8,79 %; AJ 2025: 8,49 %). Mit Blick auf die zukünftige Erfassung soll die Qualitätsindikatorengruppe zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe umstrukturiert werden, sodass alle Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen, deren Geburt aber in einer niedrigeren Versorgungsstufe stattfand, anhand des Sentinel-Event-Indikators (ID 182010) erfasst werden. Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten" (ID 1058) hat sich im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert. Die Kennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen" (ID 330) soll künftig nicht die Häufigkeit der Kortikosteroidgabe erfassen, sondern die Gabe im leitlinienkonformen Zeitraum von 24 Stunden bis 7 Tage vor der Geburt.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* hat sich das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 26 % verschlechtert. Dies kann insbesondere auf die Verschlechterung des Bundesergebnisses zur bronchopulmonalen Dysplasie (BPD) zurückgeführt werden. Weil das Datenfeld zur BPD mit der Spezifikation 2024 umfassend überarbeitet wurde, kann von einer valideren und vollständigeren Erfassung der moderaten und schweren BPD ausgegangen werden. Zuvor wurde eine generelle Unterdokumentation vermutet. Weiterhin weist der risikoadjustierte Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 50074) im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach wie vor die höchsten Anteile qualitativ auffälliger Ergebnisse auf (AJ 2022: 56,00 %; AJ 2023: 47,62 %; AJ 2024: 31,82 %). Dies kann auf ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung und insbesondere auf eine mangelnde Aufmerksamkeit des pflegerischen und ärztlichen Personals in Hinblick auf Wärmeschutzmaßnahmen zurückgeführt werden. Allerdings könne bereits eine Verbesserung hinsichtlich des Wärmemanagements beobachtet werden. Entsprechend hat sich das Bundesergebnis des Qualitätsindikators für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 um 10 % verbessert. Ebenso hat der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 33 % abgenommen, im Vergleich zum Auswertungsjahr 2022 sogar um mehr als 43 %.

Zum Auswertungsjahr 2027 sollen erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus und zur hypoxisch-ischämische Enzephalopathie innerhalb eines Jahres praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe assoziierte Folgeereignisse aus der Neonatologie miteinbezogen. Aktuell wird ein Konzept für ein angepasstes Stellungnahmeverfahren im Hinblick auf den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen erarbeitet.

Hüftgelenkversorgung (*QS HGV*)

Im Verfahren *QS HGV* werden Daten zu bestimmten Operationen am Hüftgelenk systematisch erfasst und ausgewertet. Dabei handelt es sich zum einen um Operationen, bei denen Brüche (Frakturen) im oberen Bereich des Oberschenkelknochens operativ stabilisiert werden (Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK*). Zum anderen werden Operationen erfasst, bei denen ein neues, künstliches Hüftgelenk (Prothese) nach einem Oberschenkelhalsbruch oder verschleißbedingt eingesetzt oder eine bestehende Prothese ausgetauscht wird (Auswertungsmodul *HGV-HEP*).

In allen Fällen wird dokumentiert, ob nach den Operationen Komplikationen aufgetreten sind und wie mobil die Patientinnen und Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sind. Zudem werden Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes erfasst. Bei frakturbedingten Operationen wird zusätzlich geprüft, ob sie innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums erfolgt sind, und bei den Prothesenoperationen, ob sie medizinisch notwendig waren und wie häufig es innerhalb eines Jahres zu einem Prothesenwechsel kam.

Während der COVID-19-Pandemie war bei den im Verfahren *QS HGV* erfassten Operationen ein Rückgang der Fallzahlen zu beobachten. Seit etwa 3 Jahren steigen die Fallzahlen jedoch wieder kontinuierlich an, insbesondere im Bereich der planbaren Erstimplantationen.

Die Bundesergebnisse der Indikatoren liegen überwiegend auf dem Vorjahresniveau. Bei den Indikatoren zur präoperativen Verweildauer setzt sich der seit einigen Jahren zu beobachtende positive Trend fort. Die Ergebnisse und Rückmeldungen aus den Stellungnahmeverfahren zu diesen Qualitätsindikatoren zeigen jedoch immer noch, dass bei einzelnen Leistungserbringern weiterhin Probleme bezüglich der Strukturen und Prozesse vorliegen. Wie bereits im Vorjahr zeigen sich bei den Indikatoren zu allgemeinen Komplikationen nach hüftgelenknaher Femurfraktur erneut leicht verschlechterte Bundesergebnisse. Nach Einschätzung des IQTIG ist die vermehrte Angabe von Komplikationen auf eine technische Änderung am Dokumentationsbogen zurückzuführen. Diese Entwicklung stellt nach Einschätzung des IQTIG jedoch keine Verschlechterung der medizinischen Behandlungsqualität dar, sondern spiegelt eher das tatsächliche Komplikationsgeschehen wider. Die aktuellen Ergebnisse deuten daher darauf hin, dass vor der Änderung des Dokumentationsbogens eine Unterdokumentation vorgelegen haben könnte.

Ab 2026 werden neben den Krankenhausdaten auch Informationen der Krankenkassen in die Auswertung einbezogen. So können künftig auch Komplikationen und Todesfälle erfasst werden, die erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auftreten. Zugleich werden ab 2026 keine Qualitätssicherungsdaten mehr zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe erhoben. Grund dafür ist, dass diese Indikatoren nicht mehr alle relevanten Kriterien der Eignung von Indikatoren für die Qualitätssicherung erfüllen.

Knieendoprothesenversorgung (*QS KEP*)

Im Rahmen des Verfahrens *QS KEP* wird überprüft, ob es nach geplanten Operationen, bei denen das Kniegelenk gegen ein künstliches Gelenk ausgetauscht oder das künstliche Kniegelenk gewechselt wird, zu Komplikationen kommt. Dabei werden sowohl allgemeine Komplikationen (wie Lungenentzündungen, Herzinfarkte oder Schlaganfälle) als auch spezifische Komplikationen (wie

Wundinfektionen, Gefäßverletzungen oder Brüche der Kniescheibe) erfasst. Zudem wird erhoben, wie häufig ein Prothesenwechsel innerhalb eines Jahres, bspw. aufgrund von Lockerungen oder Infektionen, notwendig ist und wie viele Patientinnen und Patienten nach der Operation im Krankenhaus versterben. Neben unerwünschten Komplikationen wird auch geprüft, ob die Operation medizinisch notwendig war und wie mobil die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sind. Während der COVID-19-Pandemie wurden weniger Kniegelenke durch neue künstliche Kniegelenkendoprothesen ersetzt. Seit etwa 3 Jahren ist jedoch wieder ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen zu beobachten.

Das Verfahren befindet sich derzeit in Überarbeitung. Im Jahr 2025 ist daher die QS-Dokumentationspflicht zu diesen Eingriffen ausgesetzt. Ab 2026 müssen Krankenhäuser jedoch wieder entsprechende Daten übermitteln, allerdings in deutlich geringerem Umfang als bislang. Darüber hinaus werden ab 2026 zusätzlich zu den Krankenhausdaten auch Informationen der Krankenkassen ausgewertet. So können Komplikationen und Todesfälle künftig auch dann erfasst werden, wenn sie erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf- bzw. eintreten. Aufgrund der laufenden Überarbeitung des Verfahrens ist im aktuellen Auswertungsjahr nur noch für den Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54028) ein Referenzwert festgelegt. Das bedeutet, dass nur noch zu diesem Indikator ein Austausch zwischen den LAG und den Krankenhäusern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen stattfindet. Die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative	Bewertung der Versorgungsqualität von Leistungserbringerergebnissen, wenn diese das Qualitätsziel verfehlt. Die Bewertung erfolgt auf Grundlage eines Stellungnahmeverfahrens und einer Begutachtung durch Expertinnen und Experten. Stellungnahmeverfahren werden mit Leistungserbringern geführt, die rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen.
Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert)	Bewertung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers auf Grundlage des Ergebnisses eines Qualitätsindikators für diesen Leistungserbringer, wenn dieses außerhalb des Referenzbereichs liegt. Eine weiterentwickelte Methodik, die dabei die statistische Unsicherheit berücksichtigt, wird bereits in den Verfahren *QS PCI*, *QS CHE*, *QS MC* und *QS GYN-OP* angewendet.
Auffälligkeitskriterien	Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die dokumentierten QS-Daten jedes Leistungserbringers werden anhand von Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten geprüft. Unterschieden werden zwei Arten: *Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit* prüfen, ob die vom Leistungserbringer gelieferten Angaben inhaltlich plausibel sind. *Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit* prüfen, ob ein Leistungserbringer die erwartete Menge an Daten geliefert hat.
Auswertungsjahr	Jahr, **in** dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die zugehörigen Zwischenberichte werden dem Auswertungsjahr des Jahresberichts zugeordnet. Standardmäßig wird im Auswertungsjahr das Stellungnahmeverfahren durchgeführt.
Basisdatensatz	siehe Datensatz (dort: Regulärer Datensatz)
Berichtszeitraum	Zeitraum, zu dem für einen Qualitätsindikator bzw. eine Kennzahl eine Auswertung erfolgt bzw. **über** den berichtet wird. In Bezug auf einen Bericht umfasst der Berichtszeitraum die Gesamtheit der berichteten indikator- bzw. kennzahlspezifischen Berichtszeiträume. Die Vergleichswerte (Vorjahre) werden mit dem Begriff Vergleichszeitraum adressiert. Bei Follow-up-Verfahren umfasst der Berichtszeitraum den Zeitraum ab dem Erfassungsjahr der Entlassung (Index-/Ersteingriff) bis zum Jahr des erforderlichen Folgeereignisses.
Best Practice	Instrument des Qualitätsmanagements für die Ermittlung und Bereitstellung der jeweils besten bzw. erfolgreichen Methoden oder Verfahren für die Erreichung eines bestimmten Qualitätsziels. Nach der DeQS-RL kann ein Stellungnahmeverfahren zu diesem Zweck auch bei auffällig guten Ergebnissen geführt werden.
Datenfeld	Kleinste auswertungsfähige Einheit eines Datensatzes mit für die Qualitätssicherung erforderlichen Informationen (z. B. Angabe des Datums der Prozedur).

Begriff	Erläuterung
Datenquelle	Stelle, an der Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erfasst werden. Zurzeit stehen u. a. folgende Datenquellen zur Verfügung: Dokumentation der Leistungserbringer (fallbezogen und einrichtungsbezogen), Sozialdaten bei den Krankenkassen und Befragung von Patientinnen und Patienten.
Datensatz	Der Begriff hat mehrere Bedeutungen im Kontext der Qualitätssicherung: 1. eine in einer direkten Beziehung zueinander stehende Menge von Daten (-feldern), die einem Behandlungsfall zuordenbar ist (bspw. ein Dokumentationsbogen); 2. Datei, die mehrere Einzeldatensätze übergreift, bspw. ein von einer Krankenkasse übermittelter Sozialdatensatz; 3. Spezifizierung der Auswahl und ggf. Verknüpfung zu erfassender Daten (bspw. hinsichtlich QS-Dokumentation, Sozialdaten, klinische Krebsregister). Beim Datensatz nach Definition 1 werden unterschieden: ▪ Regulärer Datensatz: Dokumentationspflichtiger Behandlungsfall, der pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden muss, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Zeitraum mehrere Prozeduren erhält. ▪ Minimaldatensatz: Datensatz, der angelegt werden muss, wenn ein Leistungserbringer einen regulären Datensatz (Dokumentationsbogen) für einen Behandlungsfall ausnahmsweise nicht abschließen kann, wenn z. B. ein Eingriff abgebrochen werden musste. Er wird zusammen mit den abgeschlossenen regulären Dokumentationsbögen dafür benötigt, bei einem QS-Verfahren die Vollzähligkeit der übermittelten Datensätze im Abgleich mit der Sollstatistik festzustellen. Er geht nicht in die Auswertung der Qualitätsindikatoren ein.
Erfassungs-instrument	Instrument zur strukturierten Erfassung und Nutzbarmachung von Daten für die Qualitätssicherung. Beispiele sind Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation), Fragebögen zur Datenerhebung bei Patientinnen und Patienten sowie technische Spezifikationen zur Erhebung von Routinedaten (z. B. aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen).
Erfassungsjahr	Jahr, zu dem Qualitätssicherungsdaten für die Auswertung erfasst wurden. Bei den meisten QS-Verfahren entspricht dies dem Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen wurde (dadurch sind sogenannte Überlieger berücksichtigt); bei ambulanten Fällen sind Aufnahmejahr und Entlassungsjahr identisch, weil Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgt.
Follow-up-Indikator	In der externen Qualitätssicherung wird ein Qualitätsindikator auch als Follow-up-Indikator bezeichnet, wenn er Qualität nicht nur auf Grundlage von Ereignissen aus der initialen Behandlungsepisode, sondern auch anhand späterer Ereignisse während eines Beobachtungszeitraums beschreibt, z. B. anhand später aufgetretener Komplikationen. Diese Ereignisse können über verschiedene Datenquellen (z. B. QS-Dokumentationsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen, Patientenbefragungen) erfasst werden.

Begriff	Erläuterung
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und beschließt die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.
Grundgesamtheit	Gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Sie kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird. In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.
Hybrid-DRG	Sonderform der DRG (*Diagnosis Related Group*, diagnosebezogene Fallgruppe; sogenannte Fallpauschale), bei der eine medizinische Leistung gleich vergütet wird, unabhängig davon, ob diese durch ein Krankenhaus oder durch eine Vertragsärztin / einen Vertragsarzt erbracht wird. Hybrid bedeutet hier, dass die abzurechnende Leistung ambulant, teilstationär oder stationär erbracht werden kann.
Indikatorwert	Das numerische Ergebnis, das durch Anwendung der Rechenregeln eines Qualitätsindikators auf die qualitätsbezogenen Daten resultiert.
Kennzahl	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen zusätzliche Informationen an, z. B. zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.
Krankenhausstandort	Eine insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht abgegrenzte stationäre oder ambulante Versorgungseinheit eines Krankenhauses, deren medizinisch-pflegerische Leistungen bzw. deren Qualität durch die externe gesetzliche Qualitätssicherung erfasst werden kann. ▪ Ein *entlassender Standort* übermittelt das Soll aller dokumentationspflichtigen Fälle auf Basis der Patientinnen und Patienten nach Beendigung einer medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistung (Sollstatistik). ▪ Für die Abrechnung dieser Behandlungsfälle zuständig ist der *abrechnende Standort*; üblicherweise ist er identisch mit dem entlassenden Standort. ▪ Die Qualitätsbewertung für medizinisch-pflegerische Leistungen erfolgt für den *ausgewerteten Standort*, der für jedes QS-Verfahren festgelegt ist. Dieser kann ▫ der aufnehmende Standort, ▫ der behandelnde (z. B. operierende) Standort, ▫ der diagnostizierende Standort oder ▫ der entlassende Standort sein.

Begriff	Erläuterung
Leistungserbringer	Einrichtung, die für Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerische Leistungen entweder ambulant (z. B. Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren) oder stationär (z. B. Krankenhäuser) erbringt und deren Qualität durch die externe gesetzliche Qualitätssicherung erfasst und der Einrichtung verantwortlich zugeschrieben werden kann (z. B. die rechtzeitige Behandlung nach einer Fraktur). Vertragsärztliche Einrichtungen werden durch eine Betriebsstättennummer (BSNR) und Krankenhäuser durch ein Institutionskennzeichen (IKNR) bzw. Krankenhausstandorte über die Standortnummer/-ID identifiziert.
Minimaldatensatz (MDS)	siehe Datensatz
O, E, N (O/N, O/E, E/N)	O (observed) bezeichnet die Anzahl der beobachteten Zählerereignisse. Der Quotient O/N ist die beobachtete Rate (z. B. Anteil der Fälle mit Komplikationen) und wird in Prozent ausgedrückt. Das Ergebnis eines ratenbasierten Qualitätsindikators ist eine solche beobachtete Rate. E (expected) bezeichnet bei risikoadjustierten Indikatoren die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (z. B. Komplikationen). Das Ergebnis des Qualitätsindikators ist in diesem Fall der Quotient O/E aus beobachteter und erwarteter Anzahl an Ereignissen. Ein Wert von O/E = 2 bedeutet, dass doppelt so viele Ereignisse eingetreten sind, wie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika erwartet. Zusätzlich zu O/N und O/E wird auch der Quotient E/N dargestellt, also die erwartete Rate an interessierenden Ereignissen (in Prozent). E/N ist ein Maß für das durchschnittliche Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten. N bezeichnet die Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit.
Patient-Reported Experience Measure (PREM)	Instrument zur Messung von patientenberichteten Erfahrungen, meist Erfassung in einem Fragebogen. Bei patientenberichteten Erfahrungen (PRE) kann es sich z. B. um Wartezeit, das Stattfinden eines Aufklärungsgesprächs oder um die Kommunikation mit Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal handeln.
Patient-Reported Outcome Measure (PROM)	Instrument zur Messung von patientenberichteten Ergebnissen der Versorgung (Outcomes), meist Erfassung in einem Fragebogen. Bei patientenberichteten Outcomes (PRO) kann es sich z. B. um Schmerzen, Angstempfinden oder die allgemeine Gesundheitswahrnehmung handeln.
Perzentile	Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen bspw. 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.
Qualitätsindikator	Quantitative Größe, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglicht. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsziel, Messverfahren und Bewertungskonzept.

Begriff	Erläuterung
Qualität	Grad, in dem Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllen. Mit Objekt sind dabei bspw. auch Dienstleistungen wie eine medizinische Behandlung gemeint.
Qualitätsmessung	Empirische Beschreibung der Erfüllung von Anforderungen anhand von Qualitätsindikatoren.
Qualitätssicherung	Unter Qualitätssicherung im Gesundheitswesen werden hier alle Prozesse und Maßnahmen verstanden, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet oder verbessert werden soll.
Qualitätssicherung, externe	Prozesse und Maßnahmen, durch die für ausgewählte Versorgungsbereiche die Qualität der teilnehmenden Einrichtungen bewertet wird und ggf. Handlungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.
Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)	Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
Qualitätsziel	Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
QS-Filter	Algorithmus, der mittels bestimmter Ein- und Ausschlusskriterien festlegt, welche Behandlungsfälle in einem QS-Verfahren durch die Leistungserbringer dokumentiert werden müssen. Nur wenn bspw. im Krankenhaus ein Behandlungsfall jedes der in der QS-Filter-Software definierten Kriterien erfüllt, gilt er als dokumentationspflichtig und geht bei korrekter Übermittlung der Dokumentation in die Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators ein. Auslösekriterien sind bspw. Diagnose- sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel (ICD, OPS) sowie zur zeitlichen Zuordnung das Aufnahmedatum, Behandlungsdatum bzw. Entlassdatum.
Referenzbereich	Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität“).
Referenzwert	Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt.

Begriff	Erläuterung
Sentinel Event	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungnahmeverfahren nach sich zieht.
Sollstatistik	Aufstellung, aus der auf Basis der Abrechnungsdaten die Zahl der dokumentationspflichtigen Fälle pro QS-Verfahren (Soll) für ein Erfassungsjahr hervorgeht. Sie ermöglicht durch Abgleich mit der Anzahl der tatsächlich übermittelten Datensätze eines Leistungserbringers eine Aussage über deren Vollzähligkeit.
Sozialdaten bei den Krankenkassen	Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören u. a. Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.
Standort	siehe Krankenhausstandort
Stellungnahmeverfahren	(Mehrstufiges) Verfahren, bei dem Leistungserbringer die Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten, wenn ihre Ergebnisse in Auswertungen rechnerisch auffällig sind. Dabei wird anhand von schriftlichen Stellungnahmen, der Durchführung von Gesprächen und von Begehungen geprüft, ob eine rechnerisch ermittelte Auffälligkeit auf qualitative Ursachen, z. B. Struktur- und Prozessmängel, zurückzuführen ist oder z. B. durch Einzelfälle, Dokumentationsfehler oder Softwarefehler erklärbar ist. Das Verfahren kann auch eingeleitet werden, wenn ein Leistungserbringer auffällig gute Ergebnisse hat oder in den Vorjahren wiederholt auffällig war. Können Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren nicht hinreichend aufgeklärt werden, kann sich die Einleitung von qualitätssichernden Maßnahmen anschließen.
Tracer-Operationen	Operationen, die im Rahmen des Verfahrens *QS WI* nachbeobachtet werden, um die Rate der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eines Leistungserbringers zu ermitteln. Für das QS-Verfahren wurden Tracer-Operationen aus den folgenden acht Fachgebieten ausgewählt: ▪ Chirurgie/Allgemeinchirurgie ▪ Gefäßchirurgie ▪ Viszeralchirurgie ▪ Orthopädie/Unfallchirurgie ▪ plastische Chirurgie ▪ Gynäkologie und Geburtshilfe ▪ Urologie ▪ Herzchirurgie (ausschließlich stationär)
Validität	Integriertes bewertendes Urteil über das Ausmaß, in dem die Angemessenheit und die Güte von Interpretationen und Maßnahmen auf Basis von Testwerten oder anderen diagnostischen Verfahren durch empirische Belege und theoretische Argumente gestützt sind. Validität beschreibt z. B., ob ein Indikator das misst, was er messen soll.
Versorgungsqualität	Grad, in dem die Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Populationen Anforderungen erfüllt, die patientenzentriert sind und mit professionellem Wissen übereinstimmen.

Begriff	Erläuterung
Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)	Bereich um einen empirisch bestimmten Wert (z. B. Indikatorwert), innerhalb dessen unter Berücksichtigung aller zufälligen Einflüsse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist festgelegt als 95 %) der zugrunde liegende Wert liegt.
Zähler	Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (z. B. das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.
Zählleistungsbereich	Teilmenge eines QS-Verfahrens, bei dem verschiedene Operationen über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen erfasst werden – bspw. sind „Hüftendoprothesenimplantation" und „Wechsel und Komponentenwechsel" Zählleistungsbereiche im Modul *HGV-HEP* des QS-Verfahrens *QS HGV*. Die Definition und Erfassung der Teilmenge in der Sollstatistik ermöglicht den jeweiligen Soll-Ist-Abgleich auf Prozedurebene. Es kann für jeden Leistungserbringer erfasst werden, wie häufig es vorkommt, dass während einer medizinischen Behandlung verschiedene Operationen vorgenommen werden, wenn bspw. bei einer Hüftendoprothesenversorgung sowohl eine Implantation als auch ein Wechseleingriff erfolgt.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Bundesqualitätsbericht 2025

7. November 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025, 7. November 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 4
Abbildungsverzeichnis ... 7
Abkürzungsverzeichnis ... 8
Vorbemerkung ... 10
1 Hintergrund ... 11
2 Einordnung der Ergebnisse ... 17
2.1 Datengrundlage ... 17
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ... 23
2.2.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Überblick ... 23
2.2.2 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Detailergebnisse ... 36
2.2.3 Patientenbefragung: Überblick ... 58
2.2.4 Patientenbefragung: Detailergebnisse ... 70
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens ... 79
2.3.1 Überblick ... 79
2.3.2 Detailergebnisse ... 83
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen ... 89
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren ... 89
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) ... 92
4 Evaluation ... 94
4.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten ... 94
4.2 Patientenbefragung ... 96
4.3 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung ... 97
5 Ausblick ... 107
5.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten ... 107
5.2 Patientenbefragung ... 108
Literatur ... 109

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – PCI 13
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PCI 16
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – PCI 18
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – PCI 19
Tabelle 5: Übersicht über die Anzahl der Fälle und der Prozedurarten nach Art der Leistungserbringung (AJ 2025, EJ 2024) 20
Tabelle 6: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2023) – PCI 21
Tabelle 7: Soll-Ist-Abgleich Patientenbefragung (AJ 2025) – PCI 22
Tabelle 8: Rücklaufquote der Patientenbefragung (AJ 2025) – PCI 23
Tabelle 9: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – PCI 27
Tabelle 10: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – PCI 31
Tabelle 11: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Qualitätsindikator (AJ 2025), differenziert nach Art der Leistungserbringung 32
Tabelle 12: QI 56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie 36
Tabelle 13: QI 56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund 37
Tabelle 14: QI 56003: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt 38
Tabelle 15: QI 56004: „Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt unbekannt 39
Tabelle 16: QI 56005: Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien 40
Tabelle 17: QI 56006: Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI 41
Tabelle 18: QI 56007: Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI 41
Tabelle 19: QI 56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt 43
Tabelle 20: QI 56009: Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien 44
Tabelle 21: QI 56010: Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI 44
Tabelle 22: QI 56011: Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI 45
Tabelle 23: QI 56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen 46
Tabelle 24: QI 56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt 48
Tabelle 25: QI 56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI 48
Tabelle 26: QI 56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 50
Tabelle 27: QI 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 52
Tabelle 28: QI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 52
Tabelle 29: QI 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 55

Tabelle 30: QI 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag) 55
Tabelle 31: Ergebnisse zur Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI“ (Indexeingriffe aus dem EJ 2023) 58
Tabelle 32: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (AJ 2025) – PCI 64
Tabelle 33: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator der Patientenbefragung (AJ 2025) – PCI 67
Tabelle 34: QI 56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI 70
Tabelle 35: QI 56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie 70
Tabelle 36: QI 56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur 70
Tabelle 37: QI 56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung 71
Tabelle 38: QI 56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals 72
Tabelle 39: QI 56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte 72
Tabelle 40: QI 56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur 73
Tabelle 41: QI 56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur 73
Tabelle 42: QI 56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten 74
Tabelle 43: QI 56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur 74
Tabelle 44: QI 56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur 74
Tabelle 45: QI 56111: Patienteninformation nach der Prozedur 75
Tabelle 46: QI 56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI 75
Tabelle 47: QI 56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI 76
Tabelle 48: QI 56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI 76
Tabelle 49: QI 56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung 77
Tabelle 50: QI 56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle 77
Tabelle 51: QI 56117: Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur 78
Tabelle 52: QI 56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI 78
Tabelle 53: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PCI 80
Tabelle 54: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – PCI 81
Tabelle 55: AK 852103: Angabe EF „unbekannt“ 83
Tabelle 56: AK 852104: Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiographie 84
Tabelle 57: AK 852105: Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“ 84
Tabelle 58: AK 852106: Angabe Kreatininwert „unbekannt“ 85
Tabelle 59: AK 852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 86

Tabelle 60: AK 852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 87
Tabelle 61: AK 852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)..... 88
Tabelle 62: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI 89
Tabelle 63: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PCI 91
Tabelle 64: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI 92
Tabelle 65: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PCI 93
Tabelle 66: Übersicht über die Auftragsinhalte gemäß Beschluss des G-BA vom 03.05.2023 für die Erprobungsphase 2022–2026 98

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiel einer grafischen Darstellung von Indikatorergebnissen der Patientenbefragung für einen Leistungserbringer 61

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BÄ	Belegärztinnen und Belegärzte
BMI	Body-Mass-Index
CABG	Koronararterien-Bypass (*coronary artery bypass grafting*)
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DFP	Dosis-Flächen-Produkt
EF	Ejektionsfraktion
eGFR	geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (*estimated glomerular filtration rate*)
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
i. S.	im Serum
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
KH	Krankenhäuser
KHK	koronare Herzkrankheit
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MACCE	schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen (*major adverse cardiac and cerebrovascular events*)
MDS	Minimaldatensatz
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
n. a.	nicht anwendbar
NSTEMI	Nicht-ST-Hebungsinfarkt (*ST-segment elevation myocardial infarction*)
NYHA	New York Heart Association
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel

Abkürzung	Bedeutung
PCI	perkutane Koronarintervention (*percutaneous coronary intervention*)
POA	*present on admission*
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS PCI	QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SMOR	Standardized Mortality Odds Ratio
STEMI	ST-Hebungsinfarkt (*segment elevation myocardial infarction*)
TIA	transitorische ischämische Attacke
TIMI	TIMI-Klassifikation (*thrombolysis in myocardial infarction*)
VÄ	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte
VPB	Versendestelle Patientenbefragung

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie* (*QS PCI*) ist ein sektorenübergreifendes Verfahren, das sowohl ambulant als auch stationär erbrachte Herzkatheter-eingriffe betrachtet. Bis einschließlich 2021 wurden dafür Daten aus zwei Quellen verwendet: Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen. Als dritte Quelle werden seit 2022 Daten aus der Befragung von Patientinnen und Patienten eingeschlossen.

Ziel des Verfahrens ist es, einerseits die medizinische Versorgungsqualität auf Basis medizinischer Informationen zu messen und zu fördern und andererseits die Patientenperspektive in die Qualitätssicherung einfließen zu lassen. Aufgrund dieser unterschiedlichen Betrachtungsebenen werden auch zwei unterschiedliche Indikatorensets („QS-Dokumentation und Sozialdaten“ vs. „Patientenbefragung“) geführt und hier in jeweils separaten Abschnitten dargestellt.

1 Hintergrund

In Deutschland sind die koronare Herzkrankheit (KHK) und der akute Myokardinfarkt (Herzinfarkt) die häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter. Patientinnen und Patienten mit einer KHK leiden unter Verengungen der Herzkranzgefäße, die den Blutfluss und damit die Sauerstoffversorgung des Herzmuskels verringern können. Ist die KHK besonders stark ausgeprägt, kann es zum Verschluss eines Herzkranzgefäßes und damit ggf. zu einem Herzinfarkt kommen. Um zu beurteilen, ob und in welchem Ausmaß eine derartige Verengung oder ein Verschluss eines Herzkranzgefäßes vorliegt, kann unter bestimmten medizinischen Voraussetzungen eine Koronarangiografie durchgeführt werden. Bei dieser Untersuchung wird ein Katheter über die Armarterie oder, mittlerweile seltener, über die Beinarterie bis zum Herzen vorgeschoben. Die Herzkranzgefäße werden dann über den Katheter mit Kontrastmittel gefüllt und mithilfe eines speziellen Röntgengeräts dargestellt. Im Anschluss muss entschieden werden, ob ein vollständiger oder zumindest ein verbesserter Blutfluss (Revaskularisation) durch die Anwendung eines speziellen Katheters erzielt werden kann (perkutane Koronarintervention, *percutaneous coronary intervention*, PCI) oder ob ein herzchirurgischer Eingriff (aortokoronare Bypassoperation) notwendig ist. Bei einer PCI wird ein Katheter, an dessen Ende ein kleiner Ballon befestigt ist, über einen Führungsdraht bis zur Verengung des Herzkranzgefäßes vorgeschoben. Durch Aufdehnen des Ballons im Bereich der Verengung wird das Gefäß aufgeweitet (Ballondilatation). Um das Ergebnis zu erhalten, wird häufig im Anschluss ein kleines, schlauchförmiges Gittergerüst (Stent) eingesetzt, das das Gefäß offenhält.

Bei Verdacht auf einen akuten Herzinfarkt werden Koronarangiografien und PCI als Notfallprozeduren im Krankenhaus durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten sind in einer solchen Situation hochgradig gefährdet und müssen in der Regel vor dem Eingriff und in der ersten Zeit nach dem Eingriff intensivmedizinisch überwacht werden. Geplante Koronarangiografien und PCI werden entweder im Krankenhaus (stationär oder ambulant) oder in einer entsprechend ausgestatteten kardiologischen Praxis (ambulant) durchgeführt. Auch wenn zwischenzeitlich ein leichter Rückgang durchgeführter Koronarangiografien und PCI zu verzeichnen ist (Quelle: Deutscher Herzbericht 2024), bleibt die Anzahl durchgeführter Interventionen (Koronarangiografien: 771.234, PCI: 309. 634; Quelle: Bundesauswertung des IQTIG 2024) in Deutschland seit Jahren auf einem hohen Niveau, wobei die Frage, ob diese Eingriffe immer gerechtfertigt (indiziert) sind, wiederholt gestellt wird. Schließlich bergen diese Interventionen auch Risiken wie Nachblutungen oder Gefäßverletzungen. Die Durchführung einer Koronarangiografie oder PCI setzt die Patientinnen oder Patienten außerdem einer relevanten Strahlendosis aus. Die externe Qualitätssicherung dieser Eingriffe soll daher sicherstellen, dass möglichst alle Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung mit adäquater Indikationsstellung und unter Einhaltung der medizinischen Standards erhalten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) das QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie* (*QS PCI*) als erstes sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt,

d. h., es werden sowohl ambulant als auch stationär erbrachte Eingriffe qualitätsgesichert. Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung: Koronarangiografien sind nur durchzuführen, wenn ausreichende medizinische Gründe für ihre Notwendigkeit vorliegen.
- Förderung der Leitlinienadhärenz: Bei der Durchführung sind die medizinisch-wissenschaftlichen Standards einzuhalten, wie sie insbesondere in den Leitlinien empfohlen werden.
- Verringerung der Anzahl der Komplikationen während des Eingriffs und danach.
- Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation und Interaktion in der Behandlung.
- Verbesserung der Patientenorientierung bezüglich Information und gemeinsamer Entscheidungsfindung.
- Erfassung und Verbesserung der den Eingriff begründenden Symptomatik und Linderung der mit dem Eingriff assoziierten Schmerzen und Beschwerden aus Patientensicht.

Im Juli 2022 startete im Verfahren *QS PCI* erstmals die Befragung von Patientinnen und Patienten im bundesweiten Regelbetrieb. Damit wird die Patientenperspektive direkt als Datenquelle der externen Qualitätssicherung einbezogen. Sie ergänzt damit die beiden bisherigen Datenquellen, QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen, um bislang fehlende Qualitätsaspekte. Die Patientenbefragung leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und unterstützt die Ausrichtung auf eine patientenzentrierte Versorgung. Für die Umsetzung wurden neue Datenflüsse und zusätzliche Akteure wie die Versendestelle Patientenbefragung (VPB) etabliert. Die Patientenbefragung wird über einen Zeitraum von viereinhalb Jahren erprobt und gemäß Beauftragung des G-BA vom IQTIG mit einer wissenschaftlichen Begleitevaluation flankiert. Hier werden Aspekte der Umsetzung, wie Abläufe, Datenflüsse und Validität des Befragungsinstruments, analysiert und Verbesserungen vorgeschlagen.

Qualitätsindikatoren

Das Verfahren *QS PCI* umfasst 38 Qualitätsindikatoren. 13 davon basieren allein auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, 6 Indikatoren sowohl auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer als auch auf Sozialdaten bei den Krankenkassen. Weitere 19 Indikatoren stützen sich auf die Patientenbefragung. Die Indikatoren fokussieren auf alle 6 Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität des IQTIG. Dabei liegt der Schwerpunkt der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren auf den Dimensionen „Patientensicherheit", „Wirksamkeit", „Rechtzeitigkeit/Verfügbarkeit" und „Angemessenheit", indem die Zeit zwischen Aufnahme und Notfallbehandlung (IDs 56003 und 56004) die Strahlen- und Kontrastmittelbelastung der Patientin bzw. des Patienten während des Eingriffs (IDs 56005–56008 und 56009–56011), Komplikationen (IDs 56012, 56018, 56020 und 56022) und Sterblichkeit (IDs 56024 und 56026), Angemessenheit der Indikationsstellung (IDs 56000 und 56001) sowie das Erreichen bestimmter Interventionsziele (IDs 56014 und 56016) erfasst werden. Mit der Patientenbefragung werden die Dimensionen „Patientensicherheit" (IDs 56102, 56107, 56112 und 56115-56117), „Wirksamkeit" (ID 56118), „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientinnen und Patienten" (IDs 56104-56106 und 56108-56111), „Angemessenheit" (IDs 56100 und 56101) sowie „Koordination und Kontinu-

ität“ (IDs 56103, 56113 und 56114) adressiert, indem vor allem die Themen Kommunikation und Interaktion, Patienteninformation, Patientenbeteiligung, Veränderung der erlebten Symptome sowie körperliches Wohlbefinden und Schmerzen aus Patientensicht angesprochen werden.[1]

Für die Berechnung der Indikatoren, die Komplikations- und Mortalitätsdaten einschließen, werden neben der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V ausgewertet, wodurch der weitere Krankheitsverlauf einer Patientin oder eines Patienten über einen längeren Zeitraum nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. nach Abschluss der ambulanten Behandlung nachvollzogen werden kann. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Sozialdaten erst mit einem gewissen Zeitverzug ausgewertet und berichtet werden können. Der Zeitraum des Nachverfolgens, der im Verfahren *QS PCI* bei 7, 30 und 365 Tagen liegt, muss zunächst abgeschlossen sein. Ebenso müssen die Abrechnungsdaten vom Leistungserbringer an die Krankenkasse der jeweiligen Patientin oder des Patienten übermittelt worden sein. Erst danach können die Daten an das IQTIG übermittelt werden, wo sie fall- bzw. patientenbezogen mit den von den Leistungserbringern erhobenen Dokumentationsdaten verknüpft werden. Der zeitliche Verzug, der sich im Rahmen der Datenverarbeitung ergibt, führt dazu, dass im Auswertungsjahr 2025 alle sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Jahr 2023 berichtet werden.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – PCI

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	QS-Dokumentation	2024
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt			
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QS-Dokumentation	2024
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt			
56005	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien	QS-Dokumentation	2024
56006	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI	QS-Dokumentation	2024
56007	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI	QS-Dokumentation	2024
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	QS-Dokumentation	2024

[1] Eine ausführliche Darstellung zur Konstruktion und Auswertungsmethodik für die befragungsbasierten Qualitätsindikatoren ist im entsprechenden Methodendokument des IQTIG (2024b) zu finden.

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Kontrastmittelmenge			
56009	Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangio-graphien	QS-Dokumentation	2024
56010	Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI	QS-Dokumentation	2024
56011	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI	QS-Dokumentation	2024
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI			
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QS-Dokumentation	2024
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: MACCE			
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI			
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	Patientenbefragung	2024
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	Patientenbefragung	2024
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontroll-koronarangiografie bei der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2024
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	Patientenbefragung	2024
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	Patientenbefragung	2024
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	Patientenbefragung	2024
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2024

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungs-jahr
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2024
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	Patientenbefragung	2024
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2024
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2024
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	Patientenbefragung	2024
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	Patientenbefragung	2024
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	Patientenbefragung	2024
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	Patientenbefragung	2024
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	Patientenbefragung	2024
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	Patientenbefragung	2024
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2024
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	Patientenbefragung	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS PCI* wurden im Auswertungsjahr 2025 4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (IDs 852103–852106) und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (IDs 852201, 852208 und 852209) eingesetzt. Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit überprüfen insbesondere, ob bestimmte patientenbezogene Angaben, von denen erwartet wird, dass sie regelhaft vorliegen bzw. erhoben werden können (z. B. „Hat der Patient einen aortokoronaren Bypass?"), möglichst selten mit dem Status „unbekannt" dokumentiert werden. Damit leisten diese Auffälligkeitskriterien einen Beitrag zur Verbesserung der Datenqualität und valideren Indikatorberechnung. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen insbesondere, ob von den Leistungserbringern weniger oder mehr Daten an die Bundesauswertungsstelle übermittelt worden sind als erwartet. Sowohl eine Unter- als auch eine Überdokumentation kann zu Ergebnisverzerrungen führen. Vor diesem Hintergrund leisten die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit einen Beitrag zur Förderung einer validen und vollzähligen Datengrundlage.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PCI

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852103	Angabe EF „unbekannt"	QS-Dokumentation
852104	Angabe „sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie	QS-Dokumentation
852105	Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt"	QS-Dokumentation
852106	Angabe Kreatininwert „unbekannt"	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Innerhalb des Verfahrens *QS PCI* werden Daten aus drei Datenquellen verwendet: Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie Daten aus der Patientenbefragung.

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Anzahl der für das Verfahren *QS PCI* an die Bundesauswertungsstelle übermittelten Datensätze der fallbezogenen QS-Dokumentation um 2,67 % bzw. ca. 20.000 Datensätze erhöht. Dabei ist die Anzahl der übermittelten Datensätze für kollektivvertragliche Leistungserbringer (+ 2,68 %) und Krankenhäuser (+ 2,72 %) in einem ähnlichen Umfang gestiegen. Für den Krankenhaussektor zeigt sich insbesondere eine Zunahme ambulanter Prozeduren. Während im Vorjahr noch 66.661 Prozeduren als ambulante Krankenhausleistungen an das IQTIG übermittelt wurden, waren es für das Auswertungsjahr 2025 18.584 Prozeduren mehr, was einem Zuwachs von knapp 28 % entspricht. Dabei haben sich die Fallzahlen für ambulante Krankenhausleistungen über alle drei Prozedurarten (isolierte Koronarangiografien, isolierte PCI, einzeitige Koronarangiografien und PCI) deutlich erhöht. Für die isolierten PCI hat sich die Anzahl gegenüber dem Vorjahr sogar vervierfacht.

Für das Erfassungsjahr 2023 (über das im Auswertungsjahr 2025 berichtet wird) konnten auf Bundesebene 96,82 % der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem Datensatz der QS-Dokumentation verknüpft werden. Die Verknüpfungsrate ist damit gegenüber den Vorjahren leicht gestiegen und liegt weiterhin oberhalb der angestrebten Zielmarge von mindestens 95 %. Im Vergleich zwischen den Leistungserbringergruppen stellt sich mit 57,21 % die Verknüpfungsrate für ambulante selektivvertragliche Leistungserbringer am geringsten dar. Zugleich ist davon auszugehen, dass das Bundesergebnis nur sehr marginal von der geringen Verknüpfungsquote bei ambulanten selektivvertraglichen Leistungserbringern beeinflusst wird, da etwa nur 0,5 % aller Prozeduren auf selektivvertraglicher Grundlage erbracht wurden.

Für die Patientenbefragung werden Datensätze monatlich über die Datenannahmestelle an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt; diese können innerhalb der Korrekturfrist vonseiten der Leistungserbringer über Updates und Stornierungen korrigiert werden. Im Auswertungsjahr 2025 sind 609.579 Datensätze für die Patientenbefragung eingegangen. Unter der Berücksichtigung des Stichprobenkonzeptes, nach dem maximal 200 Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer angeschrieben werden, und der Storno- und Korrekturfristen sind 135.884 Fragebögen versendet worden. Davon sind 71.106 fristgerecht zurückgesendet worden und können für die Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen werden. Diese Rücklaufquote von 52,33 % weist auf eine hohe Akzeptanz der Patientenbefragung hin.

Für das Verfahren *QS PCI* erfolgt die Auswertung für Krankenhäuser auf Ebene des behandelnden Standortes (= Auswertungsstandort) und für kollektiv- sowie selektivvertragliche Leistungserbringer auf Ebene der BSNR-Einheit.

Mit Blick auf die Vollzähligkeit der Daten zeigte sich, dass für den Bundesdatenpool ein Überhang von 1,22 % vorliegt. Dieser resultiert maßgeblich aus dem stationären Sektor, für den 13.830 Datensätze mehr geliefert wurden, als gemäß Sollstatistik erwartet worden wären. Zugleich ist für den kollektivvertraglichen Bereich die Vollzähligkeit gegenüber dem Vorjahr um knapp 4 % gesunken und liegt damit unterhalb des Referenzwertes für das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (≥ 95,00 %). Anzumerken ist außerdem, dass im Gegensatz zum Vorjahr für den selektivvertraglichen Bereich für das Auswertungsjahr 2025 Sollstatistiken übermittelt wurden, sodass die Vollzähligkeit für diesen Bereich in diesem Auswertungsjahr ausgewiesen werden konnte.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – PCI

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
kollektivvertragliche Leistungen	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	70.959 70.959 0	75.408	94,10
Anzahl kollektivvertraglicher Leistungserbringer		259	282	91,84
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	688.901 688.473 428	675.071	102,05
Anzahl Krankenhäuser		785	786	99,87
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	3.594 3.594 0	3.759	95,61
Anzahl selektivvertraglicher Leistungserbringer		30	30	100,00
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	763.454 763.026 428	754.238	101,22
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		1.168		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		1.241	1.266	98,03
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		1.045	1.070	97,66

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – PCI

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
kollektivvertragliche Leistungen	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	69.109 69.109 0	70.651	97,82
Anzahl kollektivvertraglicher Leistungserbringer		254	283	89,75
stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	670.675 670.297 378	660.084	101,60
Anzahl Krankenhäuser		821	817	100,49
selektivvertragliche Leistungen	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	3.826 3.826 0	0	-
Anzahl selektivvertraglicher Leistungserbringer		35	0	-
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	743.610 743.232 378	730.735	101,76
Anzahl ausgewerteter Standortebene Bund (gesamt)		1.196		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		1.279	1.301	98,31
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		1.071	1.100	97,36

Tabelle 5: Übersicht über die Anzahl der Fälle und der Prozedurarten nach Art der Leistungserbringung (AJ 2025, EJ 2024)

Art der Leistungserbringung		Fälle (Basisbögen)	Prozeduren (Prozedurbögen)	Isolierte Koronar-angiografien	Isolierte PCI	Einzeitige PCI	Koronarangio-grafien (gesamt)	PCI (gesamt)
ambulant	**VÄ**	67.821	68.281	54.655	1.021	12.605	67.260	13.626
	Anzahl LE	257	257	257	67	165	-	-
	KH	85.067	85.245	80.022	311	4.912	84.934	5.223
	Anzahl LE	609	609	600	109	404	-	-
	SV	3.594	3.626	2.655	188	783	3.438	971
	Anzahl LE	30	30	30	11	18	-	-
stationär	**KH**	603.406	635.224	347.098	22.683	265.443	612.541	288.126
	Anzahl LE	898	898	874	610	801	-	-
	BÄ	3.138	3.165	1.477	104	1.584	3.061	1.688
	Anzahl LE	21	21	19	8	17	-	-
Bund (gesamt)		763.026	795.541	485.907	24.307	285.327	771.234	309.634
Anzahl LE		1.168	1.168	1.145	687	977	-	-

Sozialdaten bei den Krankenkassen zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023

Zum oben erwähnten leichten Anstieg der Verknüpfungsrate auf Bundesebene auf 96,82 % gegenüber den Vorjahren (AJ 2024: 95,90 %; AJ 2023: 95,62 %) hat die für den stationären Sektor von 96,08 % auf 97,56 % gestiegene Verknüpfungsrate maßgeblich beigetragen. Für kollektiv- und selektivvertragliche Leistungen sind die Verknüpfungsraten jedoch deutlich gesunken, dabei insbesondere für die selektivvertraglichen Leistungen, für die sich weiterhin die geringste Verknüpfungsrate ergibt. Ursächlich dafür ist, dass für 3 Leistungserbringer aus 2 Bundesländern keine selektivvertraglichen Leistungen in den Sozialdaten enthalten waren, wodurch in die Berechnung der Verknüpfungsquote ausschließlich selektivvertragliche Leistungen eines Bundeslandes eingeflossen sind. Da für das Erfassungsjahr 2023 zudem für den selektivvertraglichen Bereich keine Sollstatistik vorliegt, sind weitere Validierungen nicht möglich gewesen. Da Selektivverträge nur ca. 3.800 von insgesamt 743.232 Prozeduren an der Grundgesamtheit ausmachen (0,51 %), wird davon ausgegangen, dass das Bundesergebnis nur sehr marginal von der geringen Verknüpfungsquote bei selektivvertraglichen Leistungserbringern beeinflusst wird. Die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse der Leistungserbringer sind ebenso als gering einzuschätzen. Aufgrund der sehr geringen Zahl nicht verknüpfbarer Datensätze (n = 1.637) der drei oben genannten Leistungserbringer, die keine selektivvertraglichen Sozialdaten vorweisen, ist keine Veränderung der Referenzwerte zu erwarten.

Tabelle 6: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2023) – PCI

	Erfassungsjahr 2023	
	Anzahl übermittelter QS-Dokumentationsdaten	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	69.109	91,79 N = 63.436
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	670.297	97,56 N = 653.941
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	3.826	57,21 N = 2.189
Bund (gesamt)	743.232	96,82 N = 719.566

Patientenbefragung

Fristgerecht übermittelte Datensätze (Soll-Ist-Abgleich)

Für die Patientenbefragung sind Leistungserbringer gemäß DeQS-RL dazu verpflichtet, die Adressdaten sowie die medizinischen und behandlungsspezifischen Daten, die für die Auswahl des korrekten Fragebogens erforderlich sind, monatlich über die jeweiligen Datenannahmestellen an die Versendestelle Patientenbefragung zu übermitteln. Dabei werden die Daten der Patientinnen und Patienten, die im Vormonat entlassen wurden bzw. eine perkutane Koronarintervention und/oder eine Koronarangiografie (Indexeingriff) hatten, bis zum 12. Tag des Folgemonats über

die Datenannahmestellen an die Versendestelle übermittelt. Daten, die nicht fristgemäß nach Ablauf der sich daran anschließenden Korrekturfrist von weiteren 14 Tagen geliefert werden, werden nicht mehr für den Versand der Fragebögen und für die Berechnung der Vollzähligkeit berücksichtigt.

Anhand der Leistungszahlen aus dem Vorjahr entscheidet die Versendestelle, ob für einen Leistungserbringer eine Vollerhebung durchgeführt oder eine Stichprobe gezogen wird. Im Anschluss an die Stichprobenziehung bzw. die Vollerhebung werden die Fragebögen versendet. Das Modul für die Patientenbefragung geht nicht in die Sollstatistik für das Verfahren *QS PCI* ein; jedoch erfolgt retrospektiv, bezogen auf das vergangene Erfassungsjahr, ein Abgleich mit der Sollstatistik der fallbezogenen QS-Dokumentation (Tabelle 7). Für diesen Abgleich wird die Anzahl der fristgerecht übermittelten Datensätze für die Patientenbefragung an die Versendestelle (Ist) der Anzahl der erwarteten Daten (Soll) der fallbezogenen Dokumentation gegenübergestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der spezifischen Bestimmungen für die Patientenbefragung eine exakte Übereinstimmung nicht erzielt werden kann. Updates und Stornos, die nach Ablauf der monatlichen Korrekturfrist eingehen, können für die Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden. Zudem gelten strenge Löschfristen, sodass eine spätere Zuordnung zu den Befragungsdaten nicht möglich ist.

Für das aktuelle Jahr ist der Abgleich zwischen Soll und Ist eingeschränkt möglich. Die Gründe hierfür sind anhaltende technische Probleme bei der korrekten Aufsummierung fristgerecht gelieferter Datensätze. Dadurch ist die Quote zwischen Soll und Ist nur eingeschränkt interpretierbar und es kann derzeit nicht ausgewertet werden, wie groß die Differenz zwischen den übermittelten und den erwarteten Datensätzen aufgrund der unterschiedlichen Lieferfristen ist. Das IQTIG beobachtet im Zuge der wissenschaftlichen Begleitung weiterhin kritisch die Datenqualität der von der VPB übermittelten Informationen und steht im regelmäßigen Austausch mit dieser, um Fehlerquellen zu identifizieren (u. a. korrekte Zuordnungen der Datensätze nach Exportmodulen) und gemeinsam an Lösungen zu arbeiten.

Tabelle 7: Soll-Ist-Abgleich Patientenbefragung (AJ 2025) – PCI

Erfassungsjahr	Anzahl der eingegangenen Dokumentationsdaten (Ist)	Anzahl der erwarteten Dokumentationsdaten (Soll)	Quote in %
2024	609.579	754.238	80,82

Rücklaufquote der Patientenbefragung

Die Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen (Netto) im Verhältnis zu den versendeten (Brutto) wird in der Rücklaufquote dargestellt. Die fristgerecht zurückgesendeten Fragebögen sind die Auswertungsgrundlage für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. Die Rücklaufquote wird gemäß AAPOR-Standard RR6 (AAPOR 2023) berechnet. Aufgrund der oben genannten Probleme in der Aufsummierung der fristgerecht übermittelten Datensätze ergeben sich möglicherweise Diskrepanzen im Abgleich der beiden Datengrundlagen untereinander (z. B. auf Einzelfall-Ebene im Verhältnis zwischen versendeten Fragebögen und fristgerecht übermittelten Daten-

sätzen). Im Jahr 2024 haben 894 von insgesamt 1.168 Leistungserbringern mindestens einmal Daten für die Patientenbefragung geliefert. Das entspricht 80,82 % der Anzahl der Leistungserbringer, die Daten für die fallbezogene QS-Dokumentation geliefert haben.

Tabelle 8: Rücklaufquote der Patientenbefragung (AJ 2025) – PCI

Erfassungsjahr	Anzahl versendete Fragebögen (Brutto)	Anzahl zurückgesendete Fragebögen (Netto)	Rücklaufquote in %
2024	135.884	71.106	52,33

Die Rücklaufquote ist auch in diesem Erfassungsjahr höher als vor Aufnahme des Regelbetriebs erwartet, was für eine hohe Akzeptanz der Befragung seitens der Patientinnen und Patienten spricht (IQTIG 2023) (Tabelle 8).

Ein Vergleich der zurückgesendeten Fragebögen mit der Grundgesamtheit der fallbezogenen QS-Dokumentation zeigt eine weitgehende Entsprechung in den Kennwerten Art und Dringlichkeit der Prozedur sowie Geschlecht und Alter der Patientinnen und Patienten weitgehend entspricht (IQTIG 2023).

Der Anteil an isolierten Koronarangiografien in den Daten der Patientenbefragung liegt bei 63,96 %; in der fallbezogenen Dokumentation bei 61,08 %. Der Anteil an PCI (isoliert, einzeitig) liegt bei der Patientenbefragung demnach bei 36,04 %; in der fallbezogenen Dokumentation bei 38,93 %. Der Anteil isolierter Koronarangiografien und isolierter oder einzeitiger PCI unterscheidet sich zwischen der Patientenbefragung und der fallbezogenen Dokumentation um jeweils ca. 3 Prozentpunkte. Das Geschlechterverhältnis in den Daten der Patientenbefragung liegt bei 61,22 % Männern zu 36,67 % Frauen, in der fallbezogenen Dokumentation gibt es 63,44 % Männer gegenüber 36,53 % Frauen. Die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, unterscheidet sich nur unwesentlich von der Altersverteilung der Grundgesamtheit. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Stichprobe der Patientenbefragung die Population des Gesamtverfahrens hinsichtlich der genannten Merkmale gut repräsentiert.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Überblick

Für alle 13 Qualitätsindikatoren, die auf der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer basieren und eine Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr zulassen, zeigen sich, mit Ausnahme der 2 Indikatoren „Dosis-Flächen-Produkt unbekannt“ (ID 56008) und „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ (ID 56016), gegenüber dem Vorjahr auf Bundesebene leichte Qualitätsverbesserungen.

Die Indikationsstellung zur isolierten Koronarangiografie wird im Auswertungsjahr 2025 mittels zweier Qualitätsindikatoren überprüft. Beide weisen jedoch größere Validitätsprobleme auf, sodass ihre Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig sind und daher auch kein Referenzbereich festgelegt wurde bzw. kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird. Während die Probleme für den Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie" (ID 56000) durch Spezifikations- und Rechenregelanpassungen ab dem Erfassungsjahr 2026 behoben sein sollten, sind die Validitätsprobleme für den Indikator „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund" (ID 56001) von so grundlegender Natur, dass er per se ungeeignet ist, die Qualität genannter Indikationsstellung zu messen. Vor diesem Hintergrund wird dieser Indikator im kommenden Auswertungsjahr nicht mehr ausgewertet bzw. abgeschafft. Das Bundesergebnis hat sich im Vergleich zum Vorjahr für beide Indikatoren leicht verbessert. Die zuvor beschriebenen Validitätsprobleme müssen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Aussagen über die Prozessqualität der Herzkatheteruntersuchungen und -eingriffe können über 3 Indikatorengruppen abgeleitet werden. Dabei werden die Gruppen „Kontrastmittelmenge" (IDs 56009–56011) und „Dosis-Flächen-Produkt" (IDs 56005–56008) vorerst zum letzten Mal ausgewertet, da sie zur Abschaffung empfohlen wurden.

Für die Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt", die sicherstellen soll, dass Patientinnen und Patienten im Zuge einer Koronarangiografie und/oder PCI einer möglichst geringen Strahlenbelastung ausgesetzt sind, erfolgt die Abschaffung aufgrund der hier bereits bestehenden gesetzlichen Vorgaben und Maßnahmen. Eine zusätzliche datengestützte Qualitätssicherung scheint hier nicht mehr zwingend erforderlich. Dennoch wird das IQTIG seine Abschaffungsempfehlung mit Blick auf die Effekte und die Wirksamkeit der gesetzlichen Vorgaben zum Strahlenschutz im nächsten Jahr im Auftrag des G-BA evaluieren. Somit ist – abhängig von den Ergebnissen – nicht auszuschließen, dass diese Indikatorengruppe in absehbarer Zeit wieder eingeführt wird. Dass sie durchaus einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Patientensicherheit leisten kann, zeigen die Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren (AJ 2024). Mit einem durchschnittlichen Anteil qualitativer Auffälligkeiten von knapp 50 % (bezogen auf alle Auffälligkeiten) weisen sie innerhalb der Gruppe der Indikatoren, die auf QS-Dokumentation und Sozialdaten basieren, den zweithöchsten Anteil auf. Dabei ergibt sich für den Indikator, der das Dosis-Flächen-Produkt für isolierte Koronarangiografien überprüft (ID 56005), mit 62,07 % der höchste Anteil innerhalb dieser Gruppe.

Mit dem Qualitätsindikator 56003 wird über einen weiteren Prozessindikator die Qualität im Rahmen der Notfallbehandlung von Herzinfarkten (ST-Hebungsinfarkten) gesichert. Der Indikator überprüft, ob die Zeit, die zwischen der Krankenhausaufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit akutem Herzinfarkt und der Notfall-PCI (bzw. dem Öffnen des Ballons) liegt, weniger als 60 Minuten beträgt („Door-to-balloon"-Zeit). Über die letzten Jahre hat sich hier das Bundesergebnis kontinuierlich verbessert und liegt im Auswertungsjahr 2025 erstmals über der Marke von 80 %. Im Umkehrschluss heißt dies allerdings auch, dass etwa jede 5. Patientin bzw. jeder 5. Patient (5.446 von 28.816 Patientinnen und Patienten) mit einem Herzinfarkt nicht innerhalb eines Zeitraums von 60 Minuten die entsprechende Versorgung erhalten hat. Diesbezüglich muss jedoch

angemerkt werden, dass auch fallspezifische Besonderheiten zu einer Überschreitung der festgelegten „Door-to-balloon"-Zeit (< 60 Minuten) geführt haben können. Inwieweit dies zutrifft, wird für die rechnerisch auffälligen Leistungserbringer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geprüft. Die Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit erfolgte im Auswertungsjahr 2025 für diesen Indikator erstmals auf Basis eines festen Referenzbereichs (≥ 75,00 %) statt eines perzentilbasierten (5. Perzentil); in der Folge hat sich der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen leicht erhöht. Dabei ist hervorzuheben, dass der Indikator im Stellungnahmeverfahren zum letzten Auswertungsjahr mit 71,43 % (25 von 35 Leistungserbringern) den höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) innerhalb des Verfahrens QS PCI aufweist. Bezogen auf alle in den Indikator eingeschlossenen Leistungserbringer wiesen 3,61 % der Leistungserbringer ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf. Damit leistet er einen wichtigen Beitrag zur Förderung einer besseren Herzinfarktversorgung in den deutschen Krankenhäusern.

Für die Ergebnisindikatoren zeigen sich mit Ausnahme von „MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt" (ID 56022) verbesserte Komplikationsraten. Die größte prozentuale Verbesserung ist mit 6,87 % für den Indikator „MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI" (ID 56020) zu verzeichnen, der das Auftreten schwerer Komplikationen und Ereignisse wie Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall/Mini-Schlaganfall, erneute PCI am selben Gefäß oder aortokoronare Bypass-Operation (*coronary artery bypass grafting*; CABG) überprüft. Dennoch ergeben sich – wie auch in den Vorjahren – weiterhin zwei größere Probleme. Zum einen gibt es Hinweise auf eine möglicherweise eingeschränkte Risikoadjustierung, zum anderen ist fraglich, inwieweit mit den MACCE-Indikatoren aktuell und perspektivisch qualitative Auffälligkeiten feststellbar sind.

Die Hinweise auf eine eingeschränkte Risikoadjustierung stützen sich dabei auf die in der Bundesauswertung dargestellten Vergleiche zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser – stationär, Krankenhäuser – ambulant, Belegärztinnen und -ärzte, Vertragsärztinnen und -ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer). Diese zeigen für einige risikoadjustierte Qualitätsindikatoren deutliche, teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, weshalb davon auszugehen ist, dass – trotz Risikoadjustierung – einige Unterschiede in den Patientenkollektiven bislang noch unberücksichtigt bleiben. Dabei wurden bereits einige Anpassungen an den Risikomodellen vorgenommen – so auch im Auswertungsjahr 2025. Dennoch ist es bislang nicht gelungen, die Modelle so zu gestalten, dass alle Bedenken zur Unplausibilität der Ergebnisunterschiede ausgeräumt sind. Vor diesem Hintergrund wird intensiv an einer Weiterentwicklung oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung gearbeitet. Da die vorliegenden Limitationen darauf schließen lassen, dass diese derzeit nicht angemessen ist, wurde der Referenzbereich für alle risikoadjustierten Ergebnisindikatoren (IDs 56012, 56018, 56020 und 56022) in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt. Somit finden im Auswertungsjahr 2025 für diese Indikatoren auch keine Stellungnahmeverfahren statt.

Im Vergleich zu allen anderen Indikatoren des Verfahrens *QS PCI* weisen die MACCE-Indikatoren nur eine sehr geringe Anzahl qualitativer Auffälligkeiten auf. So wurden über alle 3 Indikatoren im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 nur 5 qualitative Auffälligkeiten festgestellt. Dies entspricht einem Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) von nur

3,45 %. Mit Blick auf alle in diese Indikatoren eingeschlossenen Leistungserbringer beträgt der Anteil qualitativer Auffälligkeiten sogar nur 0,17 %. Somit wird bei nur knapp 2 von 1.000 Leistungserbringern, die in die MACCE-Indikatoren eingeschlossen sind, ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Gemessen an den Aufwänden, die mit der Erhebung, Auswertung und der Durchführung der Stellungnahmeverfahren für diese Indikatoren einhergehen, erscheint der Nutzen für die Qualitätssicherung derzeit nur sehr gering. Die Ursachen dafür sind vor allem darauf zurückzuführen, dass im Auswertungsjahr 2024 für nur etwas mehr als die Hälfte der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (77 von 145 bzw. 53,10 %) ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet und damit eine Bewertung dieser Ergebnisse durchgeführt wurde. Ein weiterer Erklärungsansatz, weshalb nur wenige qualitative Auffälligkeiten aus den MACCE-Indikatoren generiert werden, ergibt sich daraus, dass die Zählerereignisse (z. B. Tod, Schlaganfall, Re-Infarkt) dem Erbringer der Indexleistung häufig nur schwer als eine potenziell vermeidbare Komplikation zugeschrieben werden können und die Ursachenklärung für die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) und den betreffenden Leistungserbringer mit einem hohen Aufwand verbunden ist. Ist zudem die Komplikation (das Zählerereignis), z. B. das Versterben der Patientin oder des Patienten, nicht beim Erbringer der Indexleistung aufgetreten – mit dem auch das Stellungnahmeverfahren geführt wird –, sondern bei einem anderen Leistungserbringer oder in der Häuslichkeit, so potenziert sich der Aufklärungsaufwand für die jeweilige LAG und den Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis nochmals und erschwert auch die Klärung, inwieweit das Ereignis dem Erbringer der Indexleistung als potenziell vermeidbare Komplikation zugeschrieben werden kann.

Die beiden Sterblichkeitsindikatoren (ID 56024: 30-Tage-Sterblichkeit; ID 56026: 1-Jahressterblichkeit) werden im Auswertungsjahr 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen, da im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als nicht gegeben eingeschätzt wurde. Innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters (8. bis 30. Tag bzw. 31. bis 365. Tag nach PCI) kann der Tod der Patientin oder des Patienten häufig nicht eindeutig dem Indexeingriff zugeschrieben werden, sondern lässt sich auf unterschiedliche (nicht prozedurbedingte) Ursachen zurückführen. Darum hatte das IQTIG empfohlen, beide Qualitätsindikatoren abzuschaffen und vorübergehend den Referenzbereich auszusetzen. Da jedoch die Indikatorenergebnisse eine wertvolle Zusatzinformation darstellen und für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich sein können, werden beide Indikatoren zukünftig als Kennzahlen weitergeführt. Die rohen Sterblichkeitsraten haben sich für beide Indikatoren auf Bundesebene leicht verringert. Zu beachten ist, dass Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. bis zum 7. postprozeduralen Tag verstorben sind, nicht in die vorgenannten rohen Raten, sondern in die MACCE-Indikatoren einfließen.

Tabelle 9: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – PCI

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	68,72 % O = 157.874 N = 229.732	71,51 % O = 170.028 N = 237.760 (Nicht definiert)	vergleichbar
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	25,98 % O = 52.173 N = 200.817	25,35 % O = 52.825 N = 208.359 (Nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt				
56003	„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	79,66 % O = 22.960 N = 28.821	81,10 % O = 23.370 N = 28.816 (≥ 75,00 %)	vergleichbar
56004	„Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	1,85 % O = 543 N = 29.364	1,51 % O = 442 N = 29.258 (≤ 2,50 %)	vergleichbar
Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt				
56005	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien	1,00* O = 602.369.757 cGy x cm^2 N = 471.769	0,94* O = 584.795.689 cGy x cm^2 N = 484.716 (≤ 1,38; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56006	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI	0,99* O = 78.810.886 cGy x cm^2 N = 24.133	0,98* O = 78.465.621 cGy x cm^2 N = 24.245 (≤ 1,16; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
56007	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI	0,99* O = 885.341.066 cGy x cm^2 N = 278.752	0,95* O = 872.287.659 cGy x cm^2 N = 284.669 (≤ 1,35; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	0,19 % O = 1.472 N = 776.156	0,23 % O = 1.863 N = 795.541 (≤ 0,25 %)	vergleichbar
Gruppe: Kontrastmittelmenge				
56009	Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien	71,89 ml O = 33.982.394 ml N = 472.668	70,81 ml O = 34.404.743 ml N = 485.907 (Nicht definiert)	vergleichbar
56010	Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI	142,03 ml O = 3.435.105 ml N = 24.185	141,56 ml O = 3.441.005 ml N = 24.307 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56011	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI	162,75 ml O = 45.457.647 ml N = 279.303	162,65 ml O = 46.409.548 ml N = 285.327 (Nicht definiert)	vergleichbar
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	1,10* O/E = 3.768 / 3.415,64 0,53 % O/N = 3.768 / 716.949	1,07* O/E = 3.828 / 3.581,36 0,51 % O/N = 3.828 / 752.266 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI				
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	95,01 % O = 36.610 N = 38.531	95,08 % O = 36.212 N = 38.084 (≥ 94,54 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	95,50 % O = 253.041 N = 264.957	95,42 % O = 259.108 N = 271.550 (Nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: MACCE				
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	1,03* O/E = 6.611 / 6.392,42 1,60 % O/N = 6.611 / 413.571	1,02* O/E = 6.625 / 6.488,34 1,52 % O/N = 6.625 / 435.262 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	1,02* O/E = 9.586 / 9.421,14 3,93 % O/N = 9.586 / 244.165	0,96* O/E = 9.386 / 9.760,39 3,66 % O/N = 9.386 / 256.434 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar[2]
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	1,03* O/E = 5.814 / 5.634,83 13,47 % O/N = 5.814 / 43.161	1,04* O/E = 5.945 / 5.711,66 13,60 % O/N = 5.945 / 43.728 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar[3]
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI				
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	1,02* O/E = 4.261 / 4.166,61 1,87 % O/N = 4.261 / 228.113	0,99* O/E = 4.183 / 4.211,10 1,77 % O/N = 4.183 / 236.918 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	1,03* O/E = 13.527 / 13.096,08 6,04 % O/N = 13.527 / 223.837	0,97* O/E = 13.155 / 13.542,60 5,65 % O/N = 13.155 / 232.722 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

[2] In den endgültigen Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2025 (IQTIG 2025) wird die „Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen" für diesen Indikator abweichend („nicht vergleichbar") eingestuft. Die hier dargestellte „Vergleichbarkeit zum Vorjahr" entspricht der final verbindlichen Einstufung.

[3] In den endgültigen Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2025 (IQTIG 2025) wird die „Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen" für diesen Indikator abweichend („nicht vergleichbar") eingestuft. Die hier dargestellte „Vergleichbarkeit zum Vorjahr" entspricht der final verbindlichen Einstufung.

© IQTIG 2025

Tabelle 10: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – PCI

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt					
56003	„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	2023	35 von 693	5,05	9
		2024	46 von 679	6,77	9
56004	„Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	2023	35 von 701	4,99	6
		2024	38 von 685	5,55	10
Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt					
56005	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien	2023	58 von 1.157	5,01	25
		2024	56 von 1.136	4,93	29
56006	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI	2023	34 von 688	4,94	15
		2024	34 von 684	4,97	19
56007	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI	2023	49 von 971	5,05	19
		2024	48 von 969	4,95	24
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	2023	119 von 1.197	9,94	36
		2024	108 von 1.168	9,25	39
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	2023	35 von 728	4,81	4
		2024	36 von 710	5,07	3

Tabelle 11: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Qualitätsindikator (AJ 2025), differenziert nach Art der Leistungserbringung

ID	Indikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen											
		ambulant						stationär				Bund (gesamt)	
		VÄ		KH		SV		KH		BÄ			
		Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie[4]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund[5]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56003	„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	0 von 5	0 %	1 von 53	1,89 %	0 von 1	0 %	46 von 668	6,89 %	0 von 4	0 %	46 von 679	6,77 %
56004	„Door''-Zeitpunkt oder „Balloon''-Zeitpunkt unbekannt	1 von 6	16,67 %	2 von 53	3,77 %	0 von 1	0 %	37 von 673	5,50 %	0 von 4	0 %	38 von 685	5,55 %
56005	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien	8 von 257	3,11 %	8 von 597	1,34 %	0 von 30	0 %	58 von 866	6,70 %	0 von 19	0 %	56 von 1.136	4,93 %

[4] Da für den Indikator das Eignungskriterium „Validität" nicht erfüllt wird, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.
[5] Da für den Indikator das Eignungskriterium „Validität" nicht erfüllt wird, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.

ID	Indikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen											
		ambulant						stationär				Bund (gesamt)	
		VÄ		KH		SV		KH		BÄ			
		Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
56006	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI	2 von 67	2,99 %	0 von 109	0 %	1 von 11	9,09 %	34 von 607	5,60 %	0 von 8	0 %	34 von 684	4,97 %
56007	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI	5 von 165	3,03 %	9 von 403	2,23 %	0 von 18	0 %	45 von 794	5,67 %	0 von 17	0 %	48 von 969	4,95 %
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	6 von 257	2,33 %	42 von 609	6,90 %	0 von 30	0 %	96 von 898	10,69 %	1 von 21	4,76 %	108 von 1.168	9,25 %
56009	Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronar-angiographien[6]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56010	Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI[7]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56011	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI[8]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

[6] Da für den Indikator das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ nicht erfüllt wird, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.
[7] Da für den Indikator das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ nicht erfüllt wird, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.
[8] Da für den Indikator das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ nicht erfüllt wird, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.

ID	Indikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen											
		ambulant						stationär				Bund (gesamt)	
		VÄ		KH		SV		KH		BÄ			
		Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	0 von 9	0 %	15 von 72	20,83 %	0 von 1	0 %	36 von 694	5,19 %	0 von 4	0 %	36 von 710	5,07 %
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI[9]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie[10]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

[9] Da für den Indikator das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ nicht erfüllt wird, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.

[10] Da es Hinweise darauf gibt, dass die Risikoadjustierung für diesen Indikator nicht angemessen ist, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.

ID	Indikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen											
		ambulant						stationär				Bund (gesamt)	
		VÄ		KH		SV		KH		BÄ			
		Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI[11]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt[12]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)[13]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)[14]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

[11] Da es Hinweise darauf gibt, dass die Risikoadjustierung für diesen Indikator nicht angemessen ist, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.
[12] Da es Hinweise darauf gibt, dass die Risikoadjustierung für diesen Indikator nicht angemessen ist, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.
[13] Da für den Indikator das Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit" nicht erfüllt wird, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.
[14] Da für den Indikator das Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit" nicht erfüllt wird, ist dieser für das AJ 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen worden.

2.2.2 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Detailergebnisse

Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (IDs 56000 und 56001)

Innerhalb des Verfahrens *QS PCI* werden im Auswertungsjahr 2025 2 Qualitätsindikatoren eingesetzt, um zu überprüfen, ob die Indikationsstellung für isolierte, koronarangiografische Untersuchungen gegeben war.

Tabelle 12: QI 56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	64,25 % O = 138.371 N = 215.360	68,72 % O = 157.874 N = 229.732	**71,51 %** **O = 170.028** **N = 237.760**
rechnerische Auffälligkeiten	53 von 1.068 4,96 %	52 von 1.031 5,04 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	16 / 53 (30,19 %)	**14 / 52** **(26,92 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	16 / 1.068 (1,50 %)	**14 / 1.031** **(1,36 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (ID 56000) überprüft, ob für elektive, isolierte Koronarangiografien mit der führenden Indikation „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „Verdacht auf Progression der bekannten KHK“ eine angemessene Indikationsstellung, die durch den Nachweis objektiver, nicht-invasiver Ischämiezeichen gegeben ist, vorlag.

In Zusammenhang mit der Interpretation der Ergebnisse für diesen Indikator muss darauf hingewiesen werden, dass im Ergebnis der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) der Bedarf für eine Überarbeitung festgestellt wurde. Die Überprüfung hat ergeben, dass in diesen Indikator derzeit Fälle eingeschlossen werden, für die auch ohne objektiven Ischämienachweis die Durchführung einer isolierten Koronarangiografie indiziert ist. Dies betrifft insbesondere Patientinnen und Patienten, die trotz maximaler medikamentöser Therapie weiterhin eine Beschwerdesymptomatik aufweisen. Unter Berücksichtigung dieses Sachverhalts wäre mit großer Wahrscheinlichkeit ein besseres Bundesergebnis zu erwarten. Das IQTIG hat daher mit den prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026 Anpassungen an der Spezifikation und den Rechenregeln vorgenommen, um die Validität des Indikators zu verbessern. Die Vorschläge setzen insbesondere am Ausschluss der o. g. Patientinnen und Patienten und einer einfacheren und zielgenaueren Erhebung der Indikation zur Koronarangiografie an.

Mit Blick auf die vorgenannten Rahmenbedingungen wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse für diesen Indikator im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

Tabelle 13: QI 56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	27,91 % O = 52.114 N = 186.721	25,98 % O = 52.173 N = 200.817	**25,35 %** **O = 52.825** **N = 208.359**
rechnerische Auffälligkeiten	55 von 1.108 4,96 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	16 / 55 (29,09 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	16 / 1.108 (1,44 %)	**n. a.**	n. a.

Der Indikator „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund" (ID 56001) überprüft bei Patientinnen und Patienten mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK" (d. h. ohne vorbekannte KHK), inwieweit die Verdachtsdiagnose, die Anlass zur Durchführung der isolierten Koronarangiografie war, durch die invasive Untersuchung bestätigt werden konnte. Zu erwarten wäre, dass der Anteil an Koronarangiografien, die trotz des Verdachtes auf eine KHK keinen pathologischen Befund erbrachten, möglichst gering ausfällt.

Für diesen Qualitätsindikator wird als Ergebnis der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) die Abschaffung empfohlen, da die Indikationsstellung zur isolierten Koronarangiografie unabhängig vom Nachweis eines pathologischen Befundes gegeben sein kann und damit der Indikator nicht geeignet ist, die Qualität der Indikationsstellung zur isolierten Koronarangiografie zu beurteilen. Da die Abschaffung des Indikators erst zum Auswertungsjahr 2026 erfolgen kann, wird er in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen und nicht zur Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Da dieses Vorgehen bereits im letzten Auswertungsjahr Anwendung fand, liegen für diesen Indikator auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) vor.

Mit Blick auf die vorgenannten Rahmenbedingungen wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse für diesen Indikator im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

Gruppe: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt (IDs 56003 und 56004)

Tabelle 14: QI 56003: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	77,22 % O = 22.690 N = 29.385	79,66 % O = 22.960 N = 28.821	**81,10 %** **O = 23.370** **N = 28.816**
rechnerische Auffälligkeiten	35 von 700 5,00 %	35 von 693 5,05 %	**46 von 679** **6,77 %** **(Refbereich: ≥ 75,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	20 / 35 (57,14 %)	**25 / 35** **(71,43 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	20 / 700 (2,86 %)	**25 / 693** **(3,61 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator „‚Door-to-balloon'-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt" (ID 56003) betrachtet die Zeit, die zwischen der Krankenhausaufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit ST-Hebungsinfarkt (akuter Herzinfarkt) und der Notfall-PCI (bzw. dem Öffnen des Ballons) liegt. Dieser Indikator kann als Gradmesser für die Prozessqualität der akuten Notfallbehandlung in einem Krankenhaus betrachtet werden. Die schnelle Durchführung einer PCI senkt für diese Patientengruppe signifikant sowohl die Morbidität als auch die Mortalität und kann somit als Ausdruck einer guten Versorgungsqualität gesehen werden. Ausgeschlossen aus der Indikatorberechnung werden Patientinnen und Patienten, für die die Door- u./o. Balloon-Zeit nicht vorliegt, für die vor der Prozedur eine Fibrinolyse (d. h. eine medikamentöse Thrombolysetherapie) erfolgte oder ein kardiogener Schock vorlag.

Das Bundesergebnis dieses Indikators hat sich im Auswertungsjahr 2025 gegenüber den Vorjahren weiter leicht verbessert. Demnach konnten durchschnittlich mindestens 4 von 5 Patientinnen und Patienten rechtzeitig (d. h. innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme) einer Rekanalisation zugeführt werden. Diesbezüglich muss jedoch angemerkt werden, dass auch fallspezifische Besonderheiten zu einer Überschreitung der festgelegten „Door-to-balloon"-Zeit (< 60 Minuten) geführt haben können. Inwieweit dies zutrifft, wird für die rechnerisch auffälligen Leistungserbringer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geprüft. Der Median lag im Auswertungsjahr 2025 bundesweit bei 43 Minuten und entspricht damit exakt dem Vorjahresergebnis (AJ 2024: 43 Minuten; AJ 2023: 43 Minuten; AJ 2022: 44 Minuten; AJ 2021: 45 Minuten).

Anzumerken ist, dass für den Indikator im Auswertungsjahr 2025 erstmals ein fester Referenzbereich (≥ 75,00 %) festgelegt wurde. Durch die Umstellung vom ehemals perzentilbasierten Refe-

renzbereich (5. Perzentil) auf einen festen Referenzbereich (≥ 75,00 %) hat sich der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von ca. 5 % in den Vorjahren auf 6,77 % im Auswertungsjahr 2025 leicht erhöht. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass der Indikator im Auswertungsjahr 2024 mit 71,43 % (25 von 35 Leistungserbringern) den höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) über alle Indikatoren innerhalb des Verfahrens *QS PCI* aufweist.

Tabelle 15: QI 56004: „Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,58 % O = 778 N = 30.163	1,85 % O = 543 N = 29.364	**1,51 %** **O = 442** **N = 29.258**
rechnerische Auffälligkeiten	36 von 712 5,06 %	35 von 701 4,99 %	**38 von 685** **5,55 %** **(Refbereich: ≤ 2,50 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 36 (11,11 %)	**5 / 35** **(14,29 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 712 (0,56 %)	**5 / 701** **(0,71 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator „‚Door'-Zeitpunkt oder ‚Balloon'-Zeitpunkt unbekannt" (ID 56004) überprüft, wie häufig Angaben zum „Door"- u./o. „Balloon"-Zeitpunkt fehlten. Patientinnen und Patienten mit unbekanntem „Door"- u./o. „Balloon"-Zeitpunkt werden aus der Berechnung des Indikators zur Überprüfung der „Door-to-balloon"-Zeit (ID 56003) ausgeschlossen. Als Qualitätsziel gilt, dass der Anteil an durchgeführten Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, für die der „Door"- u./o. der „Balloon"-Zeitpunkt bei Erst-PCI unbekannt ist, möglichst niedrig sein sollte. Für diesen Indikator gelten dieselben Ein- und Ausschlussbedingungen wie für ID 56003. Ab dem Auswertungsjahr 2026 (G-BA 2024) soll der Qualitätsindikator als Auffälligkeitskriterium weitergeführt werden. Diese Empfehlung resultiert aus dem Ergebnis der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) und ist darauf zurückzuführen, dass mit dem Indikator vordergründig die Dokumentationsqualität überprüft wird.

Gegenüber den Vorjahren hat sich das Bundesergebnis weiter verbessert. Die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2024 bedürfen jedoch einer gesonderten Betrachtung. So wurden zwar nur 5 von 35 Leistungserbringern als qualitativ auffällig bewertet, dennoch ergab sich für 19 Leistungserbringer eine Bewertung aus der Kategorie „D", die auf eine fehlerhafte Dokumentation schließen lässt. Da der Indikator, wie bereits im Abschlussbericht des IQTIG zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) dargelegt, vordergründig die Dokumentationsqualität überprüft, erscheinen die D-Bewertungen, die in dem vorliegenden Kontext auch als qualitative Auffälligkeit verstanden werden können, nachvollziehbar. Zusammenfassend würde damit für 24 von 35 Leistungserbringern (68,57 %) ein qualitativ auffälliges Ergebnis vorliegen.

Mit Blick auf die Verteilung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Art der Leistungserbringung lässt sich für die Indikatorengruppe „‚Door-to-balloon'-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt" feststellen, dass sich für den Qualitätsindikator 56003 der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen erwartungsgemäß innerhalb der Gruppen der Krankenhäuser (stationär) mit 6,89 % am höchsten darstellt, da Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt normalerweise einer stationären Versorgung bedürfen. Entsprechend vorsichtig sind die rechnerischen Auffälligkeiten im QI ID 56004 („Door''-Zeitpunkt oder „Balloon''-Zeitpunkt unbekannt) zu interpretieren. Anteilig sind die meisten potenziellen rechnerischen Auffälligkeiten (16,67 %) in der vertragsärztlichen Gruppe (ambulant) zu verzeichnen, jedoch liegt der Rate nur ein rechnerisch auffälliges Ergebnis zu Grunde.

Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt (IDs 56005–56008)

Tabelle 16: QI 56005: Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,09* O = 630.801.151 cGy x cm^2 N = 450.740	1,00* O = 602.369.757 cGy x cm^2 N = 471.769	**0,94*** **O = 584.795.689 cGy x cm^2** **N = 484.716**
rechnerische Auffälligkeiten	58 von 1.193 4,86 %	58 von 1.157 5,01 %	**56 von 1.136** **4,93 %** **(Refbereich: ≤ 1,38; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	33 / 58 (56,90 %)	**36 / 58** **(62,07 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	33 / 1.193 (2,77 %)	**36 / 1.157** **(3,11 %)**	n. a.

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

Tabelle 17: QI 56006: Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,04* O = 80.555.160 cGy x cm^2 N = 23.556	0,99* O = 78.810.886 cGy x cm^2 N = 24.133	**0,98*** **O = 78.465.621 cGy x cm^2** **N = 24.245**
rechnerische Auffälligkeiten	35 von 697 5,02 %	34 von 688 4,94 %	**34 von 684** **4,97 %** **(Refbereich: ≤ 1,16; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 35 (34,29 %)	**10 / 34** **(29,41 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	12 / 697 (1,72 %)	**10 / 688** **(1,45 %)**	n. a.

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

Tabelle 18: QI 56007: Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,05* O = 925.639.327 cGy x cm^2 N = 271.201	0,99* O = 885.341.066 cGy x cm^2 N = 278.752	**0,95*** **O = 872.287.659 cGy x cm^2** **N = 284.669**
rechnerische Auffälligkeiten	48 von 976 4,92 %	49 von 971 5,05 %	**48 von 969** **4,95 %** **(Refbereich: ≤ 1,35; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	30 / 48 (62,50 %)	**22 / 49** **(44,90 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	30 / 976 (3,07 %)	**22 / 971** **(2,27 %)**	n. a.

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

Drei Qualitätsindikatoren dieser Gruppe (IDs 56005, 56006 und 56007) messen die Belastung mit ionisierender Strahlung, der die Patientinnen und Patienten im Rahmen einer isolierten Koronarangiografie, einer isolierten PCI oder einer einzeitigen PCI ausgesetzt sind. Sie stellen damit einen wesentlichen Parameter für die Prüfung der Einhaltung des Strahlenschutzes und damit für die Patientensicherheit dar.

Seit dem Auswertungsjahr 2024 wird für die Indikatoren dieser Gruppe eine veränderte Auswertungsmethodik angewendet. So wird bei diesen Indikatoren das Outcome nicht mehr dichotomisiert (Dosisreferenzwert überschritten bzw. nicht überschritten). Stattdessen handelt es sich um Indikatoren mit stetiger Zielgröße, die auf Fallebene als kontinuierlicher Zahlenwert (Dosis-Flächen-Produkt [DFP] in cGy × cm^2) gemessen wird und auch so in das Indikatorergebnis einfließt. Da es sich zugleich um risikoadjustierte Indikatoren handelt, wird die kontinuierliche Zielgröße mit der basierend auf einem Risikoadjustierungsmodell ermittelten erwarteten Zielgröße (d. h. mit dem für diesen Fall erwarteten DFP) in Beziehung gesetzt. Folglich entspricht das Indikatorergebnis dem Mittelwert der Verhältnisse aus beobachtetem und erwartetem DFP aller Fälle in der Grundgesamtheit. Die Ergebnisse nach vorheriger Auswertungsmethodik werden in Form von Nebenkennzahlen in der Bundesauswertung (Kennzahlen Nr. 4.1.2, 4.2.2, 4.3.2) weiter ausgewiesen.

Als patientenseitige Einflussfaktoren, die das Leistungserbringerergebnis und damit auch den Leistungserbringervergleich beeinflussen können, fließen in alle 3 Indikatoren (IDs 56005, 56006 und 56007) unterschiedliche Risikofaktoren ein. Während der Body-Mass-Index (BMI) in alle 3 Indikatoren eingeht, wird für die Indikatoren, die die Strahlenbelastung nach PCI messen (IDs 56006 und 56007), zusätzlich danach adjustiert, an wie vielen Gefäßen (an 2, 3 oder 4) im Rahmen der PCI eine Intervention stattgefunden hat und ob die Patientin bzw. der Patient einen Bypass hat („Zustand nach Bypassoperation"). Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen der Risikoadjustierung zu beachten.

Das Indikatorergebnis stellt die mittlere relative Abweichung des beobachteten DFP (O) vom erwarteten DFP (E) – basierend auf den patientenseitigen Einflussvariablen – dar. Für alle 3 Indikatoren liegt das Bundesergebnis unterhalb von 1,00, woraus sich ableiten lässt, dass unter Berücksichtigung patientenindividueller Risikofaktoren die beobachtete Strahlenbelastung im Mittel unter der erwarteten Strahlenbelastung lag.

Mit Blick auf die Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2024 ist festzuhalten, dass für alle 3 Indikatoren ein relativ hoher Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) festgestellt wurde. Dies betrifft mit einem Anteil von 62,07 % insbesondere den Indikator, der die Strahlenbelastung nach isolierter Koronarangiografie (ID 56005) überprüft (vgl. ID 56006: 29,41 %; ID 56007: 44,90 %). Da auch in den Vorjahren ähnlich hohe Raten an qualitativen Auffälligkeiten zu verzeichnen waren, lässt dies die Schlussfolgerung zu, dass die Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt" gut funktioniert und einen wichtigen Beitrag zur Förderung des Strahlenschutzes und der Patientensicherheit leistet.

Im Abschlussbericht des IQTIG zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) wird aufgrund der bereits bestehenden gesetzlichen Vorgaben und Maßnahmen zur Sicherung des Strahlenschutzes, insbesondere in Form der Überprüfungen durch die ärztlichen Stellen auf Landesebene und der verpflichtenden Einbindung einer/eines Medizinphysikexpertin/en (MPE), die Abschaffung der Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt" empfohlen. Die Abschaffung der DFP-Indikatoren wird ab dem Auswertungsjahr 2026 wirksam (G-BA 2024). Zugleich hat der G-BA das IQTIG beauftragt, die Aussetzungsempfehlung mit Blick auf die neue Auswertungsmethodik und das Ausmaß der

Redundanzen durch die anderen Qualitätssicherungsvorgaben noch einmal zu bewerten. Umgesetzt wird dieser Auftrag im Auswertungsjahr 2026 unter Einbeziehung der Ergebnisse aus dem letzten, offiziellen Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2025.

Tabelle 19: QI 56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,21 % O = 1.567 N = 747.108	0,19 % O = 1.472 N = 776.156	**0,23 %** **O = 1.863** **N = 795.541**
rechnerische Auffälligkeiten	125 von 1.216 10,28 %	119 von 1.197 9,94 %	**108 von 1.168** **9,25 %** **(Refbereich: ≤ 0,25 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 125 (6,40 %)	**6 / 119** **(5,04 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 1.216 (0,66 %)	**6 / 1.197** **(0,50 %)**	n. a.

Auf Grundlage des Indikators „Dosis-Flächen-Produkt unbekannt“ (ID 56008) wird überprüft, wie häufig ein Leistungserbringer kein DFP dokumentiert hat. Patientinnen und Patienten, für die kein DFP dokumentiert wurde, werden aus der Berechnung der DFP-Indikatoren (IDs 56005, 56006 und 56007) ausgeschlossen. Das Bundesergebnis für das Auswertungsjahr 2025 verdeutlicht, dass für den weit überwiegenden Teil der in den Indikator eingeschlossenen Patientinnen und Patienten (99,77 %) die Strahlenbelastung gemessen und dokumentiert worden ist. Auch wenn sich das Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr (99,81 %) geringfügig verschlechtert hat, liegen die Ergebnisse über die letzten Auswertungsjahre betrachtet auf einem hohen und stabilen Niveau. Anzumerken ist, dass der Indikator erstmals auf Grundlage eines festen Referenzbereiches (≤ 0,25 %) ausgewertet wurde. Daraus resultierten ähnlich viele rechnerische Auffälligkeiten wie in den Vorjahren unter Anwendung eines perzentilbasierten Referenzbereiches (90. Perzentil). Die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2024 bedürfen jedoch einer gesonderten Betrachtung. So wurden zwar nur 6 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet, dennoch ergab sich für 65 Leistungserbringer eine Bewertung aus der Kategorie „D“, die auf eine fehlerhafte Dokumentation schließen lässt. Da der Indikator, wie bereits im Abschlussbericht des IQTIG zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) dargelegt, vordergründig die Dokumentationsqualität überprüft, erscheinen die häufigen D-Bewertungen, die in dem vorliegenden Kontext auch als qualitative Auffälligkeit verstanden werden können, nachvollziehbar. Im Falle einer Weiterführung der DFP-Indikatoren (IDs 56005, 56006 und 56007) hat das IQTIG empfohlen, den Indikator 56008 als Auffälligkeitskriterium weiterzuführen.

Mit Blick auf die Verteilung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Art der Leistungserbringung lässt sich für die Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ feststellen, dass der Anteil von

Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen innerhalb der Gruppe der Krankenhäuser (stationär) mit 5,60 % bis 6,70 % am höchsten ausfällt. Im Qualitätsindikator 56008 („Dosis-Flächen-Produkt unbekannt") weist die Gruppe der Krankenhäuser mit 10,69 % (stationär) bzw. 6,90 % (ambulant) den höchsten Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zwischen den Gruppen auf.

Gruppe „Kontrastmittelmenge" (IDs 56009–56011)

Tabelle 20: QI 56009: Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	74,20 ml O = 33.512.403 ml N = 451.679	71,89 ml O = 33.982.394 ml N = 472.668	**70,81 ml** **O = 34.404.743 ml** **N = 485.907**
rechnerische Auffälligkeiten	60 von 1.200 5,00 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	33 / 60 (55,00 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	33 / 1.200 (2,75 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 21: QI 56010: Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	146,29 ml O = 3.453.206 ml N = 23.605	142,03 ml O = 3.435.105 ml N = 24.185	**141,56 ml** **O = 3.441.005 ml** **N = 24.307**
rechnerische Auffälligkeiten	35 von 698 5,01 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	14 / 35 (40,00 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	14 / 698 (2,01 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 22: QI 56011: Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	167,30 ml O = 45.476.200 ml N = 271.824	162,75 ml O = 45.457.647 ml N = 279.303	**162,65 ml** **O = 46.409.548 ml** **N = 285.327**
rechnerische Auffälligkeiten	49 von 979 5,01 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	25 / 49 (51,02 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	25 / 979 (2,55 %)	**n. a.**	n. a.

Die Gruppe umfasst 3 Prozessindikatoren (IDs 56009, 56010 und 56011), die die Menge des applizierten Röntgenkontrastmittels messen, das zur Bildgebung bei einer Koronarangiografie oder einer PCI erforderlich ist. Da dieses Mittel insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit vorbestehender Nierenschädigung Komplikationen hervorrufen kann, sollte es gerade bei diesen in möglichst geringer Dosierung verabreicht werden.

Analog zur Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt" wurde auch für die Indikatorengruppe „Kontrastmittelmenge" zum Auswertungsjahr 2024 eine neue Auswertungsmethodik eingeführt. Auch bei diesen Indikatoren wird das Outcome nicht mehr dichotomisiert (Grenzwert überschritten bzw. nicht überschritten). Stattdessen handelt es sich um Indikatoren mit stetiger Zielgröße, die auf Fallebene als kontinuierlicher Zahlenwert (applizierte Kontrastmittelmenge in ml) gemessen wird und auch so in das Indikatorergebnis einfließt. Folglich entspricht das Indikatorergebnis dem Mittelwert der beobachteten Kontrastmittelmengen aller Fälle in der Grundgesamtheit. Die Ergebnisse nach vorheriger Auswertungsmethodik werden in Form von Nebenkennzahlen in der Bundesauswertung (siehe Bundesauswertung im Anhang, Kennzahlen Nr. 5.1.1, 5.2.1, 5.3.1) ausgewiesen.

Im Abschlussbericht des IQTIG zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) wird empfohlen, die Indikatorengruppe „Kontrastmittelmenge" abzuschaffen, da sich im Ergebnis der durchgeführten systematischen Literaturrecherche nicht herleiten ließ, dass die Gabe von Röntgenkontrastmittel für alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Koronarangiografie oder PCI durchgeführt wird, potenziell nierenschädigend ist, und damit der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal als nicht belegt angesehen wird. Einzig für Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz konnte aus einer hochwertigen Leitlinie die Empfehlung abgeleitet werden, dass Maßnahmen ergriffen werden sollten, das Risiko einer kontrastmittelinduzierten akuten Nierenschädigung zu minimieren. Vor diesem Hintergrund strebt das IQTIG ab dem Erfassungsjahr 2027 bzw. dem Auswertungsjahr 2028 die Einführung eines neuen, modifizierten Indikators an, der für die vorgenannten Patientinnen und Patienten den Kontrastmittelverbrauch überprüft.

Da die vorübergehende Abschaffung der Indikatoren erst zum Auswertungsjahr 2026 wirksam wird, wird die Indikatorengruppe in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen und nicht zur Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen.

Aufgrund der vorgenannten Rahmenbedingungen wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse für diese Indikatorengruppe im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (ID 56012)

Tabelle 23: QI 56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,13* O/E = 3.947 / 3.484,18 0,54 % O/N = 3.947 / 736.315	1,10* O/E = 3.768 / 3.415,64 0,53 % O/N = 3.768 / 716.949	**1,07*** **O/E = 3.828 / 3.581,36** **0,51 %** **O/N = 3.828 / 752.266**
rechnerische Auffälligkeiten	62 von 1.220 5,08 %	59 von 1.195 4,94 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 62 (9,68 %)	**11 / 59** **(18,64 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 1.220 (0,49 %)	**11 / 1.195** **(0,92 %)**	n. a.

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

Der Qualitätsindikator überprüft, ob therapiebedürftige, nicht zerebrale Blutungen und andere punktionsnahe Komplikationen innerhalb der ersten 7 Tage nach einer isolierten Koronarangiografie, einer isolierten PCI oder einzeitigen Koronarangiografie und PCI aufgetreten sind. Das Qualitätsziel dieses Indikators ist ein möglichst geringer Anteil an therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen. Als Komplikation werden Thrombininjektionen nach Blutung, chirurgische/interventionelle Eingriffe nach Blutung oder ein Aneurysma spurium bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages gewertet. Bereits seit dem Auswertungsjahr 2022 wurden in Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene Transfusionen aus dem Zähler des Qualitätsindikators ausgeschlossen, da eine eindeutige Zuordnung der kodierten Transfusion zur Prozedur, z. B. aufgrund möglicher weiterer Operationen, nicht sicher gegeben ist. Auch im Auswertungsjahr 2025 werden Transfusionen aus dem Zähler des Indikators aufgrund der zuvor beschriebenen Problematik weiter ausgeschlossen.

Da es patientenseitige Einflussfaktoren gibt, die einen Einfluss auf das Leistungserbringerergebnis haben, wurde im Auswertungsjahr 2024 (vgl. Abschlussbericht des IQTIG zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) eine Risikoadjustierung eingeführt. Diese wurde im aktuellen Auswertungsjahr nochmals erweitert, sodass sich das Risikomodell für diesen Indikator nunmehr aus folgenden Risikofaktoren zusammensetzt: „Alter", „Geschlecht", „BMI", „Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht", „Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht", „Art der Prozedur", „Diabetes ohne Insulinpflicht", „Diabetes mit Insulinpflicht" „Rotablation" und „eGFR" (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; estimated glomerular filtration rate). Den stärksten Einfluss auf das Indikatorergebnis zeigt der Risikofaktor „eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht" (Odds-Ratio: 4,115; Regressionskoeffizient: 1,41), der durch die erhöhte Blutungsneigung bei Patientinnen und Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz erklärt werden kann. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen der Risikoadjustierung zu beachten.

Aus dem Bundesergebnis für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2023 lässt sich ableiten, dass unter Berücksichtigung patientenindividueller Risikofaktoren bundesweit die beobachtete Komplikationsrate um 7 % über der erwarteten lag. Von den derzeit in den Zähler eingeschlossenen Ereignissen (Komplikationen) machen therapiebedürftige Blutungen (durch Thrombininjektionen oder chirurgische/interventionelle Eingriffe nach Blutungen) mit ca. 95 % den größten Anteil aus; nur etwa 5 % der Komplikationen sind auf ein Aneurysma spurium zurückzuführen. Für Letzteres geht das Expertengremium auf Bundesebene von einer möglichen Unterdokumentation aus, da dieses aus klinischer Sicht eher eine untergeordnete Rolle spiele und nicht immer kodiert werde. Vor diesem Hintergrund wird ab dem Erfassungsjahr 2024 zusätzlich zu der Erhebung über Sozialdaten bei den Krankenkassen auch über die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erhoben, ob ein postprozedurales Aneurysma spurium vorgelegen hat. Ab dem Auswertungsjahr 2026 findet diese Anpassung auch Eingang in die Indikatorberechnung. Darüber hinaus werden ab dem Auswertungsjahr 2026 auch (wieder) postprozedurale Transfusionen in die Indikatorberechnung einbezogen, allerdings nur auf Basis fallbezogener QS-Dokumentationsdaten.

Mit Blick auf die Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 ist hervorzuheben, dass für fast 20 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Dabei ist zu berücksichtigen, dass allein für 21 rechnerisch auffällige Ergebnisse gar kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt bzw. eingeleitet wurde, weshalb die Rate qualitativer Auffälligkeiten bezogen auf die Anzahl durchgeführter Stellungnahmeverfahren bei 28,95 % (11 von 38) liegt. Am häufigsten (12-mal) wurde seitens der LAG zurückgemeldet, dass aufgrund der weiterhin bestehenden Problematik, dass Leistungserbringern nicht alle relevanten Informationen zu Follow-up-Datensätzen über die Auswertungen bereitgestellt werden (Art der Komplikation, Zeitpunkt, selber oder anderer Leistungserbringer), kein Stellungnahmeverfahren für sozialdatenbasierte Indikatoren im Verfahren *QS PCI* für das Auswertungsjahr 2024 erfolgt sei. Stattdessen hätten Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten einen schriftlichen Hinweis zur internen Analyse des Ergebnisses erhalten. Dazu ist anzumerken, dass unter Zuhilfenahme der mandantenfähigen Datenbank (M-DB) durchaus die Möglichkeit bestanden hätte, dem Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zusätzliche Informationen zu den

auffälligen Vorgängen, über die er in seinen eigenen Auswertungen nicht verfügt, bereitzustellen. Zugleich muss eingeräumt werden, dass die M-DB und die Auswertungsprodukte des IQTIG weiterentwickelt werden müssen, sodass deren Anwenderfreundlichkeit optimiert und der Aufwand zur Durchführung der Stellungnahmeverfahren für Follow-up-Indikatoren weiter reduziert wird. Im Vergleich zwischen allen sozialdatenbasierten Follow-up-Indikatoren weist der Indikator 56012 innerhalb des Verfahrens *QS PCI* den höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten – sowohl gemessen an der Anzahl aller rechnerischen Auffälligkeiten (18,64 %) als auch an der Anzahl aller in den Indikator eingeschlossenen Leistungserbringer (0,92 %) – auf.

Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (IDs 56014 und 56016)

Tabelle 24: QI 56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	94,29 % O = 36.700 N = 38.923	95,01 % O = 36.610 N = 38.531	**95,08 %** **O = 36.212** **N = 38.084**
rechnerische Auffälligkeiten	36 von 731 4,92 %	35 von 728 4,81 %	**36 von 710** **5,07 %** **(Refbereich: ≥ 94,54 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 36 (19,44 %)	**2 / 35** **(5,71 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 731 (0,96 %)	**2 / 728** **(0,27 %)**	n. a.

Tabelle 25: QI 56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	95,31 % O = 244.476 N = 256.506	95,50 % O = 253.041 N = 264.957	**95,42 %** **O = 259.108** **N = 271.550**
rechnerische Auffälligkeiten	50 von 981 5,10 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 50 (14,00 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 981 (0,71 %)	**n. a.**	n. a.

Diese Indikatorengruppe misst die Ergebnisqualität der PCI, indem zum einen für PCI nach ST-Hebungsinfarkt (ID 56014) und zum anderen für alle anderen PCI-Indikationen (ID 56016) überprüft wird, ob das zuvor verengte Gefäß durch die Ballondilatation erweitert werden konnte und der nach dem Eingriff gemessene Blutfluss in diesem Gefäß zufriedenstellend ausfällt (IDs 56014 und 56016) bzw. das Interventionsziel nach Einschätzung des Untersuchers (ID 56016) erreicht wurde.

Im Abschlussbericht des IQTIG zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) wird empfohlen, den Indikator 56016 abzuschaffen, da sich weder anhand von Leitlinien noch anhand anderer Studien herleiten ließ, dass eine angiografische Residualstenose von 50 % im dilatierten Segment als Surrogat für den Interventionserfolg gewertet werden kann. Somit kann der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal als nicht belegt angesehen werden. Zugleich wurde empfohlen, die in diesen Indikator eingeschlossenen Subgruppen „Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)“ und „subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)“, für die analog zum Indikator 56014 ebenso das Erreichen des TIMI-3-Flusses als Prozedurerfolg gewertet wird, zukünftig in den Nenner des letzteren Indikators aufzunehmen.

Da die Abschaffung des Indikators 56016 erst zum Auswertungsjahr 2026 erfolgen kann, wird er in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen und nicht zur Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen.

Aufgrund der vorgenannten Rahmenbedingungen wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse für diesen Indikator im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet und nachfolgend nur auf den Indikator 56014 Bezug genommen. Dessen Bundesergebnis hat sich gegenüber den Vorjahren weiter verbessert. Auch der Referenzbereich von ≥ 94,54 % (5. Perzentil) lässt darauf schließen, dass bundesweit bereits ein sehr hohes Qualitätsniveau für diesen Indikator besteht und die Mehrheit der Leistungserbringer das Qualitätsziel (Erreichen des TIMI-III-Flusses) im Zuge der Infarktbehandlung durch PCI erreicht.

Nur etwa jede 20. rechnerische Auffälligkeit führte im Auswertungsjahr 2024 zu einer qualitativen Auffälligkeit. Vor diesem Hintergrund sowie mit Blick auf die hohen und jahresübergreifend stabilen Bundesergebnisse drängt sich die Frage auf, inwieweit der Indikator noch über ausreichendes Verbesserungspotenzial verfügt und für die kardiologische Qualitätssicherung noch einen Nutzen stiftet. Hierzu bedarf es einer neuerlichen und kritischen Bewertung im Rahmen der Verfahrenspflege.

Mit Blick auf die Verteilung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Art der Leistungserbringung lässt sich für diesen Indikator feststellen, dass sich der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen innerhalb der Gruppen der Krankenhäuser insgesamt (stationär und ambulant) am höchsten darstellt. Dabei würde sich für ambulant tätige Krankenhäuser mit 20,83 % deutlich häufiger eine rechnerische Auffälligkeit ergeben als für stationär tätige Krankenhäuser (5,01 %).

Gruppe: MACCE (IDs 56018, 56020 und 56022)

Die Indikatorengruppe umfasst 3 risikoadjustierte Qualitätsindikatoren (IDs 56018, 56020 und 56022), die das Auftreten kardialer und zerebrovaskulärer Ereignisse (MACCE) bis zum 7. Tag nach

einer isolierten Koronarangiografie (ID 56018), einer PCI (ID 56020) oder einer PCI bei Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt (ID 56022) überprüfen. Für alle 3 Qualitätsindikatoren wurden für das Auswertungsjahr 2025 die Risikoadjustierungsmodelle erweitert. So wurden folgende neue Risikofaktoren in die Risikomodelle der MACCE-Indikatoren aufgenommen: „Angina pectoris", „Entlassdiagnose: Alter Myokardinfarkt", „Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit" (1, 2 und 3 Gefäße), „Entlassdiagnose: Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme", „eGFR" (linear und quadratisch), „eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Dialysepflicht" und „eGFR unbekannt oder unplausibel: Dialysepflicht". Ausschließlich für den Indikator 56018 wurde zudem noch der Risikofaktor „BMI" (linear, quadratisch und kubisch), für den Indikator 56020 der Risikofaktor „Entlassdiagnose: Atherosklerose" sowie für die Indikatoren 56020 und 56022 der Risikofaktor „Rotablation" neu aufgenommen.

Tabelle 26: QI 56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06* O/E = 7.052 / 6.643,98 1,67 % O/N = 7.052 / 423.418	1,03* O/E = 6.611 / 6.392,42 1,60 % O/N = 6.611 / 413.571	**1,02*** **O/E = 6.625 / 6.488,34** **1,52 %** **O/N = 6.625 / 435.262**
rechnerische Auffälligkeiten	60 von 1.199 5,00 %	58 von 1.173 4,94 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 59 (8,47 %)	**1 / 58** **(1,72 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.199 (0,42 %)	**1 / 1.173** **(0,09 %)**	n. a.

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

Für den Indikator „MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie" (ID 56018) werden in der Grundgesamtheit alle Patientinnen und Patienten (auf Prozedurebene) betrachtet, die sich einer isolierten Koronarangiografie unterzogen haben und weder 7 Tage vor noch 7 Tage nach der Prozedur eine dokumentierte PCI aufwiesen. Im Zähler dieses Indikators werden Prozeduren von Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tags intraprozedural eine transitorische ischämische Attacke (TIA) bzw. einen Schlaganfall, einen koronaren Verschluss oder postprozedural einen neu aufgetretenen Herzinfarkt, eine TIA bzw. einen Schlaganfall aufwiesen oder verstorben sind. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 (d. h. für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2023) bei 1,52 % und zeigt damit gegenüber den letzten 4 Auswertungsjahren den niedrigsten Stand. Im Vergleich über alle in den Zähler eingeschlossenen Ereignisse zeigt sich, dass das Ereignis „Tod" mit 67,44 % am häufigsten aufgetreten ist, an zweithäufigster Stelle (18,38 %) wurden Myokardinfarkte

und am seltensten (14,19 %) Schlaganfälle dokumentiert. Anzumerken ist, dass mehr als 90 % der Myokardinfarkte aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, weshalb davon auszugehen ist, dass diese Ereignisse überwiegend nach der Entlassung aus dem behandelnden Krankenhaus bzw. nach dem Tag der ambulanten Indexbehandlung aufgetreten sind.

Für folgende in die Risikoadjustierung des Indikators eingeschlossenen Risikofaktoren zeigen sich im Auswertungsjahr 2025 die stärksten Effekte: „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)" (Regressionskoeffizient: 2,05; Odds-Ratio: 7,734); „Dringlichkeit: notfallmäßig" (Regressionskoeffizient: 1,45; Odds-Ratio: 4,277); „Indikation = 10: Komplikation nach vorangegangener Prozedur" (Regressionskoeffizient: 1,35; Odds-Ratio: 3,872); „Indikation = 6: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI" (Regressionskoeffizient: 1,18; Odds-Ratio: 3,263) und „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation" (Regressionskoeffizient: 1,07; Odds-Ratio: 2,917). Auf Basis der Risikoadjustierung zeigt sich, dass sich das adjustierte Bundesergebnis mit einem Ergebnis von 1,02 (O/E) gegenüber den Vorjahren (neu berechnet auf Basis der endgültigen Rechenregeln für AJ 25) verbessert hat, die beobachtete Rate jedoch um 2 % höher liegt als erwartet. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen der Risikoadjustierung zu beachten.

Mit Blick auf die Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 ist festzuhalten, dass nur ein qualitativ auffälliges Ergebnis für diesen Indikator festgestellt wurde und damit hier von allen Indikatoren des Verfahrens *QS PCI* die geringste Anzahl und der geringste Anteil qualitativer Auffälligkeiten vorliegt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass für 25 von 58 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (43,10 %) kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt bzw. eingeleitet wurde. Am häufigsten (16-mal) wurde von einer LAG die Begründung angeführt, dass das IQTIG im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung ein Pausieren und Überarbeiten der sozialdatenbasierten Indikatoren empfohlen habe, um eine Optimierung der Validität und Risikoadjustierung zu erreichen, sodass kein oder nur ein eingeschränktes Stellungnahmeverfahren stattgefunden habe. Dazu ist anzumerken, dass eine Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2024 vom IQTIG nicht intendiert war, zumal es diesbezüglich auch keinen Hinweis in den endgültigen Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2024 (z. B. durch Aussetzung der Referenzbereiche) gegeben hat. Die am häufigsten vorliegenden Bewertungen (29 von 58 bzw. 50 %) für diesen Indikator waren Bewertungen der Kategorie „U" (qualitativ unauffällig). Die dazugehörigen Begründungen der LAG ähneln einander und fokussieren insbesondere auf die Komplexität des Indikators und die schwere Überprüfbarkeit und Zuschreibbarkeit des Zählereignisses zur Indexprozedur. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren muss kritisch hinterfragt werden, inwieweit der Indikator 56018 derzeit geeignet ist, potenzielle Qualitätsdefizite zu identifizieren, und damit als Wegbereiter qualitätsfördernder Maßnahmen dienen kann.

Tabelle 27: QI 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,02* O/E = 9.822 / 9.594,19 3,91 % O/N = 9.822 / 251.252	1,02* O/E = 9.586 / 9.421,14 3,93 % O/N = 9.586 / 244.165	**0,96*** **O/E = 9.386 / 9.760,39** **3,66 %** **O/N = 9.386 / 256.434**
rechnerische Auffälligkeiten	49 von 967 5,07 %	49 von 971 5,05 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 49 (6,12 %)	**2 / 49** **(4,08 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 967 (0,31 %)	**2 / 971** **(0,21 %)**	n. a.

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

Tabelle 28: QI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06* O/E = 6.272 / 5.890,11 14,13 % O/N = 6.272 / 44.378	1,03* O/E = 5.814 / 5.634,83 13,47 % O/N = 5.814 / 43.161	**1,04*** **O/E = 5.945 / 5.711,66** **13,60 %** **O/N = 5.945 / 43.728**
rechnerische Auffälligkeiten	37 von 750 4,93 %	38 von 746 5,09 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 37 (8,11 %)	**2 / 38** **(5,26 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 750 (0,40 %)	**2 / 746** **(0,27 %)**	n. a.

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

Die Qualitätsindikatoren „MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI" (ID 56020) und „MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt" (ID 56022) sind im Zähler identisch definiert und betrachten jeweils Patientinnen und Patienten mit PCI (isoliert oder einzeitig) ohne ST-Hebungsinfarkt (ID 56020) oder mit ST-He-

bungsinfarkt (ID 56022). Als intra- oder postprozedurale Komplikationen werden ein neu aufgetretener Herzinfarkt/Re-Infarkt, ein Schlaganfall / eine TIA, eine erneute PCI am selben Gefäß oder eine CABG, die nach der PCI erfolgte, gewertet.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten mit einem akuten STEMI, obwohl sie belegärztlich stationär versorgt wurden, in einzelnen Fällen irrtümlich dem ambulanten vertragsärztlichen Sektor zugeschrieben werden. Aufgrund dieser Einschränkung kann sich in einzelnen Fällen im Rahmen der Auswertung eine vertragsärztlich ambulant erbrachte STEMI-Versorgung darstellen. Im Rahmen der Ursachenanalyse wurde festgestellt, dass innerhalb der QS-Dokumentationssoftware eines QS-Softwareanbieters für das Datenfeld „Art der Leistungserbringung" vermutlich eine Vorbelegung (statt des Schlüssels „2 = stationär erbrachte Leistung" wird der Schlüssel „1 = ambulant erbrachte Leistung" dokumentiert) stattfindet, die dazu führt, dass eine Zuordnung des QS-Datensatzes zum Status „Belegarzt" nicht möglich ist. Der betreffende Anbieter hat angekündigt, seine QS-Dokumentationssoftware entsprechend anzupassen, sodass in den Folgejahren mit einem Rückgang der ambulant vertragsärztlich dokumentierten STEMI-Fälle zu rechnen ist. Für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2023, die im Auswertungsjahr 2025 bei sozialdatenbasierten Indikatoren betrachtet werden, hat sich für den Indikator 56022 die Zahl vertragsärztlicher Fälle von 229 auf 175 verringert und die Zahl belegärztlicher Fälle von 34 auf 57 erhöht. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass die vorgenannte Verteilung noch nicht der realen Versorgungssituation entspricht und der Effekt der in Aussicht gestellten Softwareanpassung noch nicht zum Tragen kommt. Da es sich im Auswertungsjahr 2025 um Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2023 handelt und der Softwarefehler erst Mitte des letzten Jahres (EJ 2024) festgestellt wurde, lässt sich eine verbindliche Aussage über die Behebung des Fehlers erst auf Basis der Daten des Erfassungsjahrs 2025 treffen.

Die rohe Rate liegt für den Indikator 56020 bei 3,66 % und zeigt damit gegenüber den Vorjahren einen leichten Rückgang und die jahresübergreifend geringste MACCE-Rate seit Auswertung des Indikators. Für den Indikator 56022 ergibt sich eine rohe Rate von 13,60 %, die zwar leicht über dem Wert des Vorjahres, aber etwas deutlicher unter dem des Vorvorjahres liegt.

Für folgende in die Risikoadjustierung der Indikatoren eingeschlossenen Risikofaktoren zeigen sich im Auswertungsjahr 2025 die stärksten Effekte:

Für QI 56020: „Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur" (Regressionskoeffizient: 1,78; Odds-Ratio: 5,925); „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)" (Regressionskoeffizient: 1,58; Odds-Ratio: 4,855); „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation" (Regressionskoeffizient: 1,06; Odds-Ratio: 2,888) und „Dringlichkeit: notfallmäßig" (Regressionskoeffizient: 0,83; Odds-Ratio: 2,290)

Für QI 56022: „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)" (Regressionskoeffizient: 1,42; Odds-Ratio: 4,149); „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation" (Regressionskoeffizient: 1,06; Odds-Ratio: 4,149); „PCI am letzten verbliebenen Gefäß" (Regressionskoeffizient: 0,69; Odds-Ratio: 2,000) und „eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht" (Regressionskoeffizient: 0,65; Odds-Ratio: 1,914)

Mit Blick auf das risikoadjustierte Bundesergebnis zeigt sich, dass für den Indikator 56020 (O/E: 0,96) die beobachtete Rate um 4 % geringer ausfällt als erwartet und dass sich das adjustierte Bundesergebnis gegenüber den letzten beiden Auswertungsjahren um 6 % verbessert hat (AJ 2024: 1,02; AJ 2023: 1,02). Demgegenüber ist für den Indikator 56022 eine um 4 % höhere beobachtete als erwartete Rate (O/E: 1,04) zu verzeichnen. Auch im Vergleich zum Vorjahr ergibt sich für den Indikator 56022 eine geringfügige Verschlechterung (AJ 2024: 1,03; AJ 2023: 1,06). Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen der Risikoadjustierung zu beachten.

Ähnlich wie für den Indikator 56018 ergeben sich auch für die Indikatoren 56020 (2/49 bzw. 4,08 %) und 56022 (2/38 bzw. 5,26 %) nur sehr wenige qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) aus den Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2024. Ebenso ist festzustellen, dass bezogen auf beide Indikatoren für etwa die Hälfte (ID 56020: 49 %; ID 56022: 50 %) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet bzw. durchgeführt wurde. Die Ursachen entsprechen den Begründungen, die bereits für die Indikatoren 56012 und 56018 beschrieben wurden. Mit Blick auf die qualitativ auffälligen Ergebnisse ist festzuhalten, dass für beide Indikatoren 2 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet wurden, von denen ein Leistungserbringer in beiden Indikatoren qualitativ auffällig ist. Die Begründungen für die Feststellung der qualitativen Auffälligkeit waren für beide Indikatoren identisch. So wurde von einer LAG angegeben, dass die auffälligen Ergebnisse auf einem bereits im Vorjahr aufgetreten Kodierfehler beruhten und offensichtlich keine suffizienten Maßnahmen zur Behebung des Problems ergriffen wurden. Die Fachkommission habe daher zur Korrektur des Kodierfehlers in sämtlichen betroffenen Datensätzen des Jahres 2024 aufgefordert. Zudem sollte ein unterjähriges Monitoring der Ergebnisse, z. B. anhand der unterjährigen Auswertungen des IQTIG, etabliert werden. Die zweite Begründung, die ebenso für jeweils ein qualitativ auffälliges Ergebnis bei beiden Indikatoren angegeben wurde, weist aus, dass der Parameter sowohl für den Leistungserbringer als auch für die Fachkommission schwer überprüfbar sei. Da der Fall trotzdem unzureichend aufgearbeitet wurde, erfolgte die Bewertung „qualitativ auffällig". Anzumerken ist, dass zwar jeweils 2 qualitative Auffälligkeiten für die Indikatoren 56020 und 56022 festgestellt wurden, die Begründungen aber darauf schließen lassen, dass kein medizinisches Versorgungsproblem vorgelegen habe, sondern vielmehr Dokumentationsfehler oder unsachgemäße Aufarbeitungen der rechnerischen Auffälligkeiten durch die betroffenen Leistungserbringer. Dies bekräftigt einmal mehr den bereits für den Indikator 56018 und unter Abschnitt 2.2.1 dringend empfohlenen kritischen Diskurs über die Eignung der MACCE-Indikatoren für die Qualitätssicherung innerhalb des Verfahrens *QS PCI*.

Gruppe: Sterblichkeit bei PCI (IDs 56024 und 56026)

Tabelle 29: QI 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,05* O/E = 4.512 / 4.313,64 1,92 % O/N = 4.512 / 234.577	1,02* O/E = 4.261 / 4.166,61 1,87 % O/N = 4.261 / 228.113	**0,99*** **O/E = 4.183 / 4.211,10** **1,77 %** **O/N = 4.183 / 236.918**
rechnerische Auffälligkeiten	48 von 972 4,94 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 48 (2,08 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 972 (0,10 %)	**n. a.**	n. a.

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

Tabelle 30: QI 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,04* O/E = 14.042 / 13.466,47 6,10 % O/N = 14.042 / 230.054	1,03* O/E = 13.527 / 13.096,08 6,04 % O/N = 13.527 / 223.837	**0,97*** **O/E = 13.155 / 13.542,60** **5,65 %** **O/N = 13.155 / 232.722**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

Die Indikatorengruppe umfasst die Qualitätsindikatoren „30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)“ (ID 56024) und „1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)“ (ID 56026). Für beide Indikatoren wird das Ereignis „Tod“ aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Im Auswertungsjahr 2025 erfolgt die Berichterstattung für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2023. Die Qualitätsindikatoren überprüfen, wie viele der Patientinnen und Patienten nach einer PCI innerhalb von 30 Tagen bzw. innerhalb eines Jahres verstorben

sind. Damit Patientinnen und Patienten, die bereits innerhalb von 7 Tagen nach der Prozedur von den Qualitätsindikatoren der Gruppe MACCE (ID 56018, 56020 oder 56022) erfasst wurden, nicht doppelt gezählt werden, gehen sie nicht in die Grundgesamtheit der Indikatoren der Gruppe „Sterblichkeit bei PCI" ein. Innerhalb dieser Gruppe werden zudem Patientinnen und Patienten, die bereits im Indikator 56024 erfasst wurden, nicht mehr in die Grundgesamtheit des Indikators 56026 eingeschlossen. Die „echte" 1-Jahres-Sterblichkeit (1. bis 365. postprozeduraler Tag) wird in Form einer Kennzahl zum Indikator 56026 zusätzlich ausgegeben, sodass eine Vergleichbarkeit auch im internationalen Kontext möglich ist. Da es patientenseitige Einflussfaktoren gibt, die das Leistungserbringerergebnis beeinflussen können, werden beide Indikatoren risikoadjustiert. Im Vergleich zum Vorjahr wurden die Risikoadjustierungsmodelle für beide Indikatoren um folgende neue Risikofaktoren erweitert: „Angina pectoris", „Entlassdiagnose: Atherosklerose", „Entlassdiagnose: Anämie/Blutgerinnungsstörung", „Entlassdiagnose: Herzrhythmusstörung", „Entlassdiagnose: Respiratorische Insuffizienz/Lungenkollaps", „Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS", „Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes", „Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit" (2 und 3 Gefäße), „Entlassdiagnose: keine Atherosklerotische Herzkrankheit", „eGFR" (linear, quadratisch oder kubisch), „eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Dialysepflicht" und „eGFR unbekannt oder unplausibel: Dialysepflicht".

Ausschließlich für den Indikator 56024 wurden zudem noch die Risikofaktoren „Akutes Koronarsyndrom ohne Reanimation", „1 Gebiet außer Hauptstamm", „2 Gebiete außer Hauptstamm", „3 Gebiete außer Hauptstamm", „PCI eines Koronarbypasses" und „Entlassdiagnose: Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme" sowie ausschließlich für den Indikator 56026 die Risikofaktoren „Ejektionsfraktion unter 40 %: unbekannt", „Rotablation", „PCI am kompletten Gefäßverschluss" und „PCI einer Ostiumstenose" neu aufgenommen.

Anzumerken ist, dass sämtliche Risikofaktoren auf Basis von Entlassdiagnosen, nachdem sie im Auswertungsjahr 2024 bereits in die Risikoadjustierungsmodelle der MACCE-Indikatoren aufgenommen wurden, im Auswertungsjahr 2025 nun auch Eingang in die Risikoadjustierung beider Sterblichkeitsindikatoren gefunden haben.

Für folgende in die Risikoadjustierung der Indikatoren eingeschlossenen Risikofaktoren zeigen sich im Auswertungsjahr 2025 die stärksten Effekte:

Für QI 56024: „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)" (Regressionskoeffizient: 1,19; Odds-Ratio: 3,277), „Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS" (Regressionskoeffizient: 1,16; Odds-Ratio: 3,183), „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert)" (Regressionskoeffizient: 1,05; Odds-Ratio: 2,872) „Entlassdiagnose: Respiratorische Insuffizienz/Lungenkollaps" (Regressionskoeffizient: 0,87; Odds-Ratio: 2,399) und „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation" (Regressionskoeffizient: 0,79; Odds-Ratio: 2,210)

Für QI 56026: „eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht" (Regressionskoeffizient: 1,57; Odds-Ratio: 4,805), „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert)" (Regressionskoeffizient: 0,69; Odds-Ratio: 1,994). „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (ohne Schock)"

(Regressionskoeffizient: 0,68; Odds-Ratio: 1,967), „Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS“ (Regressionskoeffizient: 0,66; Odds-Ratio: 1,928) und „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)“ (Regressionskoeffizient: 0,55; Odds-Ratio: 1,728)

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen der Risikoadjustierung zu beachten.

Im Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) hat das IQTIG bei dieser Indikatorengruppe die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als nicht gegeben eingeschätzt, da das Ereignis „Tod“ innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters (8. bis 30. Tag bzw. 31. bis 365. Tag nach PCI) dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben bzw. auf unterschiedliche (nicht prozedurbedingte) Ursachen zurückgeführt werden kann. Vor diesem Hintergrund hatte das IQTIG empfohlen, beide Qualitätsindikatoren abzuschaffen. Da jedoch die Indikatorenergebnisse eine wertvolle Zusatzinformation darstellen und für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich sein können, wurde empfohlen, die Indikatoren als Kennzahlen weiterzuführen. Da der Qualitätsindikator 56026 (1-Jahressterblichkeit) bereits – losgelöst von der Eckpunktebeauftragung des G-BA – mit den prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2024 (G-BA 2023a) in eine Transparenzkennzahl überführt wurde, wird er im kommenden Auswertungsjahr nicht mehr als Qualitätsindikator ausgewertet. Dagegen wird der Qualitätsindikator ID 56024 (30-Tage-Sterblichkeit) erst ab dem Auswertungsjahr 2027 (G-BA 2024) in eine Transparenzkennzahl überführt. Da die Abschaffung beider Indikatoren sowohl für das vorhergehende als auch für das aktuelle Auswertungsjahr noch nicht möglich war, wurden sie ersatzweise ohne Referenzbereich ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund entfiel auch das Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2024 für beide Indikatoren und wird es auch im Auswertungsjahr 2025.

Die nachfolgende Tabelle 31 stellt die Ergebnisse für die Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI“ für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2023 dar. Mit Blick auf die rohen Raten zeigen beide Qualitätsindikatoren eine leichte Verbesserung. Während die 30-Tage-Sterblichkeit (8. bis 30. postprozeduraler Tag) nach erfolgter PCI in den Vorjahren noch 1,92 % (AJ 2023) bzw. 1,87 % (AJ 2024) betrug, ist sie im aktuellen Auswertungsjahr auf 1,77 % weiter leicht gesunken. Gleiches trifft auch auf die rohe Rate für die 1-Jahres-Sterblichkeit (31. bis 365. postprozeduraler Tag) zu, die im Vergleich zu den Vorjahren von 6,10 % (AJ 2023) bzw. 6,04 % (AJ 2024) auf nunmehr 5,65 % gesunken ist. Ebenso ergibt sich auch für die „echte“ 30-Tagesterblichkeitsrate (1. bis 30. Tag postprozeduraler Tag) und die „echte“ 1-Jahressterblichkeitsrate (1. bis 365. postprozeduraler Tag) ein analoger, weiter zurückgehender Effekt. So ist die 30-Tagesterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren von 5,34 % (AJ 2023) bzw. 5,18 % (AJ 2024) im aktuellen Auswertungsjahr auf 4,91 % (12.013 von 244.777 Patientinnen und Patienten) sowie die 1-Jahressterblichkeit von 11,11 % (AJ 2023) bzw. 10,91 % (AJ 2024) im aktuellen Auswertungsjahr auf 10,28 % (25.168 von 244.777 Patientinnen und Patienten) gesunken.

Der rückläufige, positive Trend der rohen Sterblichkeitsraten spiegelt sich auch in den adjustierten Bundesergebnissen beider Indikatoren wider. So ergibt sich für beide Sterblichkeitsindikato-

ren ein O/E-Ergebnis unterhalb von 1,00, das gleichzeitig auch unterhalb der adjustierten Bundesergebnisse der Vorjahre liegt. Dies deutet dementsprechend darauf hin, dass im Vergleich zu den Vorjahren im Auswertungsjahr 2025 weniger Patientinnen und Patienten verstorben sind als erwartet. Weitere Informationen zur 1-Jahres- und 30-Tage-Sterblichkeit für entsprechende Subgruppen können der nachfolgenden Tabelle 31 entnommen werden.

Tabelle 31: Ergebnisse zur Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI" (Indexeingriffe aus dem EJ 2023)

Beschreibung	Anzahl Bund (gesamt)	Ergebnis Bund (gesamt)
30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (ID 56024) (8. bis 30. postprozeduraler Tag)		
O/N (*observed*, beobachtet)	4.183/236.918	1,77 %
E/N (*expected*, erwartet)	4.211,10/236.918	1,78 %
O/E	**-**	**0,99***
30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	12.013/244.777	4,91 %
Davon Anteil der Fälle mit:		
ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	1.229/4.183	29,38 %
Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	1.712/4.183	40,93 %
akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	260/4.183	6,22 %
elektiver PCI	1.098/4.183	26,25 %
1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (ID 56026) (31. bis 365. postprozeduraler Tag)		
O/N (*observed*, beobachtet)	13.155/232.722	5,65 %
E/N (*expected*, erwartet)	13.542,60/232.722	5,82 %
O/E	**-**	**0,97***
1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	25.168/244.777	10,28 %
Davon Anteil der Fälle mit:		
ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	1.440/13.155	10,95 %
Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	4.526/13.155	34,41 %
akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	1.030/13.155	7,83 %
elektiver PCI	6.485/13.155	49,30 %

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten werden unerwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

2.2.3 Patientenbefragung: Überblick

Die Ergebnisse der Patientenbefragung bleiben im Auswertungsjahr 2025 gegenüber dem Vorjahr weitgehend stabil. Das deutet darauf hin, dass bestimmte Aspekte der Versorgungsqualität von

den Patientinnen und Patienten weiterhin als sehr positiv bewertet werden. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur (ID 56110). Auch die Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur (ID 56107) wurden von Patientinnen und Patienten positiv bewertet. In der Regel ist eine elektive Koronarangiografie oder PCI nur indiziert, wenn die Patientin oder der Patient Symptome wie belastungsabhängigen Brustschmerz oder Belastungsdyspnoe empfindet. Auf Fragen zu ihren Symptomen vor einer elektiven Koronarangiografie gaben Patientinnen und Patienten in ca. 35 % (5.121 von 14.612) der Fälle an, dass keine entsprechenden Symptome vorlagen. Bei Patientinnen und Patienten, die eine elektive PCI erhielten, beläuft sich der Anteil auf ca. 38 % (12.760 von 33.998). Das für das Verfahren QS PCI zuständige Expertengremium erachtet es als dringlich, diesen Ergebnissen weiter nachzugehen, um eine leitliniengerechte Indikationsstellung kritisch zu prüfen.

Das Verfahren *QS PCI* umfasst im Auswertungsjahr 2025 19 Qualitätsindikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität, die ausschließlich auf der Patientenbefragung basieren. Folgende Themen werden dabei aufgegriffen:

- Koordination und Kontinuität der Versorgung
- Interaktion und Kommunikation (Art und Weise)
- Patienteninformation (Inhalte)
- Patientenbeteiligung
- Veränderung der erlebten Symptome
- körperliches Wohlbefinden und Schmerzen

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung weichen in der Konstruktion und Auswertungsmethodik von den Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren ab. Eine ausführliche Erläuterung und Darstellung ist im entsprechenden Methodendokument des IQTIG (2024b) zu finden.

Hintergründe zu den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die Indikatorenergebnisse stellen jeweils einen Index aus aggregierten Daten der Patientenbefragung dar. Jeder Index setzt sich aus den Fragen (Items) des Fragebogens zusammen, die im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung auf Grundlage der sogenannten Qualitätsmerkmale entworfen und validiert wurden. Bei den Qualitätsmerkmalen handelt es sich um eine Auswertungsebene, die die Themen, die als qualitätsrelevant erachtet werden, sinnvoll zusammenfasst und beschreibt. Ein Merkmal wird durch ein oder mehrere Items im Fragebogen abgedeckt. Ein Indikatorergebnis der Patientenbefragung fasst je ein oder mehrere Merkmale thematisch zusammen. Zum Beispiel besteht das Merkmal „Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen" im Qualitätsindikator 56111 („Patienteninformationen nach der Prozedur") aus zwei Fragebogen-Items: „Wurden Sie darüber informiert, wie Sie sich in den ersten Tagen nach der Prozedur verhalten sollen?" und „Wurden Sie darüber informiert, wie lange Sie diese Hinweise zu den Verhaltensmaßnahmen einhalten sollen?".

Hinter dem Ergebnis eines Indikators steht die Gruppe der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers, die in der jeweiligen Stichprobe enthalten sind und einen Fragebogen zurückgesendet haben. Damit repräsentieren die Indikatorenergebnisse die gemittelte Einschätzung dieser Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers. Folglich sind die Ergebnisse nicht durch Einzelmeinungen oder „besondere Einzelfälle" zu erklären, sondern geben die Wahrnehmung der befragten Patientinnen und Patienten des jeweiligen Leistungserbringers wieder. Die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen erfolgt somit auf Basis der in der Befragung erhobenen Angaben der Patientinnen und Patienten zur erhaltenen Versorgung. Damit repräsentieren die Indikatorenergebnisse die gemittelte Einschätzung dieser Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers. Im Unterschied zu den Indikatoren, die auf der Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, können die Ergebnisse nicht im Nachgang anhand von einzelnen Dokumentationen und Datensätzen, z. B. mit Patientenakten, fallspezifisch abgeglichen werden. Dies ist zum einen aufgrund der anonymen Befragung nicht möglich, zum anderen aufgrund der Auswertungsmethodik auch nicht zielführend, da die Konzeption der Patientenbefragung und deren Ergebnisinterpretation immer auf „die Gruppe der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers" angelegt ist, die ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen der Versorgung wiedergibt, und ein Ergebnis erst in der Betrachtung der Gruppe als auffällig oder nicht auffällig bewertet wird.

Interpretation der Ergebnisse der Patientenbefragung

Ein Indikatorergebnis der Patientenbefragung besteht aus einem Punktschätzer und einem Vertrauensbereich. Ein nicht-risikoadjustierter Indikatorwert wird entsprechend der Auswertungsmethodik (IQTIG 2024b) als Punktschätzer auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten dargestellt, wobei höhere Werte für ein besseres Ergebnis sprechen. Je größer die Anzahl an tatsächlich ausgewerteten Fragebögen und je homogener das Antwortverhalten ist, desto kleiner ist die statistische Unsicherheit bei der Bestimmung des Indikatorwertes, was sich durch einen kleineren Vertrauensbereich ausdrückt. Umgekehrt erlauben die Vertrauensbereiche mit abnehmender Fallzahl eine größere Abweichung des Indikatorwertes vom Referenzbereich, bevor das Ergebnis eines Leistungserbringers als rechnerisch auffällig klassifiziert wird. Ein Indikatorergebnis wird für einen Leistungserbringer nur berechnet, wenn für diesen mindestens 4 gültige Fragebögen vorliegen.

Der Referenzbereich gibt den Vergleichswert für die Auffälligkeitseinstufung vor. Bei der Betrachtung von Auffälligkeiten wird nicht der Punktschätzer berücksichtigt, sondern die obere Grenze des Vertrauensbereichs um den Punktschätzer. Ein Ergebnis wird dann als auffällig gewertet, wenn die obere Grenze des Vertrauensbereichs unterhalb des Referenzbereichs liegt.

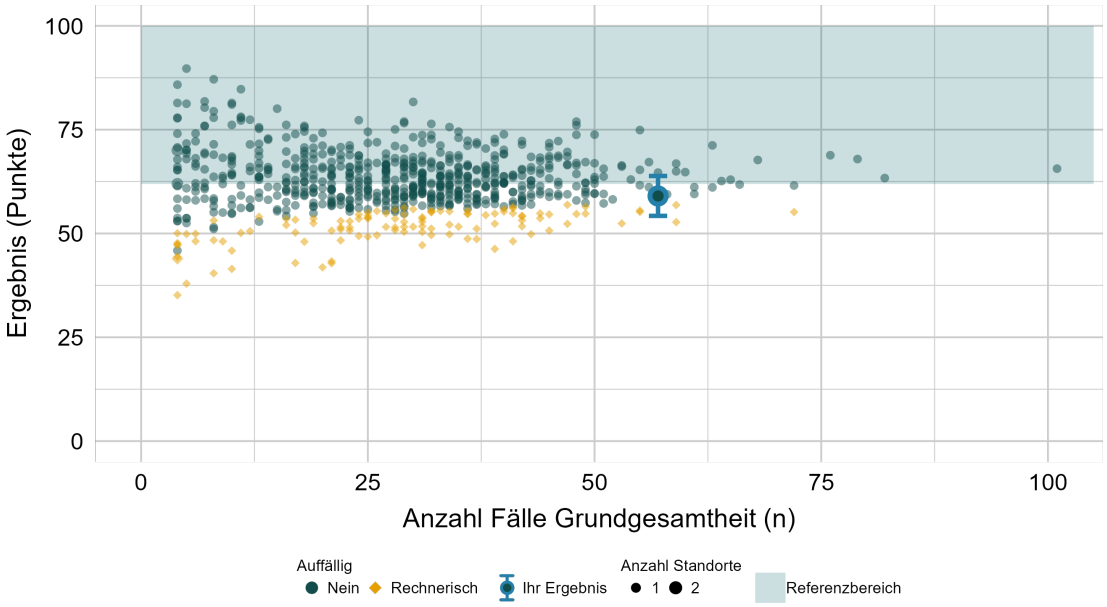


Abbildung 1: Beispiel einer grafischen Darstellung von Indikatorergebnissen der Patientenbefragung für einen Leistungserbringer

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung nutzen einen mittelwertbasierten Referenzwert. Dieser stellt eine neue Art eines verteilungsbasierten Referenzwerts dar und ist durch den nach Fallzahl gewichteten Durchschnitt der Leistungserbringerergebnisse definiert. Anhand des mittelwertbasierten Referenzwerts wird demnach das Indikatorergebnis des Leistungserbringers als rechnerisch auffällig eingestuft, falls es schlechter ist als das durchschnittliche Ergebnis. Anhand des Vertrauensbereichs um das Leistungserbringerergebnis wird bei der Einstufung die statistische Unsicherheit mitberücksichtigt. Im Beispiel in Abbildung 1 ist der Leistungserbringer nicht auffällig, obwohl der Punktschätzer außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ausschlaggebend für die Einstufung rechnerischer Auffälligkeiten ist der Vertrauensbereich.

Um nachzuvollziehen, wie ein Indikatorergebnis zustande kommt, ist es hilfreich, in die Einzelauswertungen der einzelnen Merkmale und Fragen zu gehen. Die Merkmalsergebnisse geben Hinweise, welche Themen gut und welche weniger gut bei den Leistungserbringern umgesetzt werden. In der Verteilung der Antworten auf die einzelnen Fragen kann dieses Ergebnis noch detaillierter betrachtet werden.

Hinweise zur Interpretation der risikoadjustierten Indikatorenergebnisse der Patientenbefragung

Die Indikatoren der Patientenbefragung betrachten erwünschte Ereignisse, weswegen für diese Ereignisse in der Regel hohe Prävalenzen beobachtet werden. Daher eignet sich für die Risikoadjustierung der Indikatoren der Patientenbefragung die SMOR (Standardized Mortality Odds Ratio) besser als eine O/E-Kennzahl, wie sie bei der Risikoadjustierung von Indikatoren der fallbezogenen Dokumentation und Sozialdaten angewendet wird. SMOR-Indikatoren ermöglichen im Vergleich zu O/E-Indikatoren eine bessere Differenzierung bei Ereignissen mit hohen Prävalenzen bzw. hohen Eintrittswahrscheinlichkeiten.

4 Indikatoren der Patientenbefragung werden risikoadjustiert (ID 56100, 561001, 56117 und 56118). Für diese Indikatoren wird als Ergebnis eine SMOR berechnet, die das beobachtete Indikatorergebnis mit einem für das Patientenkollektiv erwartbaren Indikatorergebnis in Beziehung setzt. Die Interpretation der Ergebnisse weicht hier von den nicht-risikoadjustierten Indikatoren ab. SMOR-Ergebnisse besitzen als Verhältnisangabe keine Einheit und können Werte > 0 erreichen. Je höher der SMOR-Wert ausfällt, desto besser ist das Ergebnis. Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung sind SMOR-Werte ab > 1 als positiv zu bewerten. Ab diesem Wert ist das beobachtete Indikatorergebnis besser, als anhand des befragten Patientenkollektivs des Leistungserbringers erwartet werden konnte. Im Gegensatz dazu erfassen die O/E-Indikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten unerwünschte Ereignisse, sodass dort Werte > 1 als negativ zu werten sind.

Hinweise zur Darstellung der Ergebnisse der Patientenbefragung in der Bundesauswertung

Die Ergebnisse der Patientenbefragung in der Bundesauswertung enthalten 4 wesentliche Elemente: eine Grafik (Streudiagramm), 2 Tabellen (Detailergebnisse und Merkmalsergebnisse), grafische Darstellung der Ergebnisse im zeitlichen Verlauf und nach Vergleichsgruppen sowie eine Tabelle der Ergebnisse über alle Leistungserbringer, die neben minimaler und maximaler Punktwerte auch die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen wiedergibt. Außerdem dienen Balkendiagramme und zugehörige Tabellen der Dokumentation der Häufigkeitsauszählungen.

In den grafischen Darstellungen der Indikatorenergebnisse ist aus Gründen der Lesbarkeit zu beachten, dass nur der Punktschätzer abgebildet wird, nicht jedoch der Vertrauensbereich (anders als in Abbildung 1). Jeder Punkt stellt ein Leistungserbringerergebnis dar. Bei der Interpretation der Auffälligkeiten sind die Farben der abgebildeten Punktschätzer zu berücksichtigen (Abbildung 1). Bei den grün gekennzeichneten Punkten überschneidet der (nicht dargestellte) Vertrauensbereich den Referenzbereich, und das Ergebnis ist nicht auffällig. Bei den gelb gekennzeichneten Punkten liegt der (nicht dargestellte) Vertrauensbereich komplett unterhalb des Referenzbereichs und stellt damit ein auffälliges Ergebnis dar.

In der Tabelle der Detailergebnisse wird das Indikatorergebnis stratifiziert dargestellt. In der Spalte „Ergebnis n“ wird die Anzahl der Fragebögen, die diesem Indikatorergebnis zugrunde liegen, ausgewiesen. Die beiden Spalten „Ergebnis“ und „Vertrauensbereich“ weisen den Punktschätzer und den zugehörigen Vertrauensbereich aus.

Die Tabelle mit den Ergebnissen der Merkmale bildet die nächsttiefere Auswertungsebene ab. Abzulesen ist das Ergebnis des Punktschätzers des jeweiligen Merkmals. Diese Tabelle dient der ersten Orientierung, welche Themen bei den Leistungserbringern gut und welche nicht so gut umgesetzt werden.

Schließlich ist auch eine Detailauswertung aller Items, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren eingehen, in der Bundesauswertung enthalten. Sie dient insbesondere bei Indikatoren, die aus mehr als einem Merkmal und mehr als einem Item bestehen, dazu, eine tiefergehende Analyse

zu Optimierungsbedarfen vornehmen zu können. Leistungserbringer können anhand der Antwortverteilungen der einzelnen Items erkennen, welches Ereignis / welches Thema von den Patientinnen und Patienten so beantwortet wurde, dass sich darauf Verbesserungspotenziale für die Qualitätsförderung ergeben.

In den nachfolgenden beiden Tabellen sind die wichtigsten Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung dargestellt. In Tabelle 47 werden die Bundesergebnisse für die Patientenbefragungs-Qualitätsindikatoren für das Auswertungsjahr 2025 dargestellt. Tabelle 48 sind die rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator der Patientenbefragung für das Auswertungsjahr 2025 zu entnehmen. Im Anschluss folgt eine tiefergreifende Analyse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren.

Tabelle 32: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (AJ 2025) – PCI

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	1,14* (rohes Bundesergebnis: 61,40 Punkte) n = 13.945	1,09* (rohes Bundesergebnis: 60,05 Punkte) n = 14.612 (≥ 1,09; Mittelwert)	vergleichbar
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	1,07* (rohes Bundesergebnis: 56,10 Punkte) n = 33.028	1,03* (rohes Bundesergebnis: 55,50 Punkte) n = 33.998 (≥ 1,03; Mittelwert)	vergleichbar
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	88,03 Punkte n = 30.797	88,20 Punkte n = 30.816 (Nicht definiert)	vergleichbar
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	88,44 Punkte n = 68.221	89,18 Punkte n = 71.106 (≥ 89,18 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	87,76 Punkte n = 68.221	86,68 Punkte n = 71.106 (≥ 86,68 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	84,66 Punkte n = 68.221	85,11 Punkte n = 71.106 (≥ 85,11 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	74,59 Punkte n = 46.973	75,09 Punkte n = 48.610 (≥ 75,09 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	89,65 Punkte n = 39.481	89,65 Punkte n = 40.832 (≥ 89,65 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	80,96 Punkte n = 46.973	80,49 Punkte n = 48.610 (≥ 80,49 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	83,80 Punkte n = 46.973	84,20 Punkte n = 48.610 (≥ 84,20 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	91,44 Punkte n = 17.371	91,25 Punkte n = 18.189 (≥ 91,25 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	78,71 Punkte n = 68.221	79,82 Punkte n = 71.106 (≥ 79,82 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	61,92 Punkte n = 21.017	61,62 Punkte n = 21.614 (≥ 61,62 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	49,39 Punkte n = 10.867	49,11 Punkte n = 11.015 (≥ 49,11 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	92,19 Punkte n = 8.080	91,88 Punkte n = 7.947 (≥ 91,88 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar

© IQTIG 2025

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	78,14 Punkte n = 68.221	78,26 Punkte n = 71.106 (≥ 78,26 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	93,12 Punkte n = 68.221	93,53 Punkte n = 71.106 (≥ 93,53 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	1,01* (rohes Bundesergebnis: 85,00 Punkte) n = 46.973	1,02* (rohes Bundesergebnis: 85,10 Punkte) n = 48.610 (≥ 1,02; Mittelwert)	vergleichbar
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	1,02* (rohes Bundesergebnis: 53,50 Punkte) n = 13.945	0,99* (rohes Bundesergebnis: 52,10 Punkte) n = 14.612 (≥ 0,99; Mittelwert)	vergleichbar

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mittels SMOR werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort SMOR-Werte > 1 als positiv zu werten sind.

Tabelle 33: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator der Patientenbefragung (AJ 2025) – PCI

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	2023	54 von 678	7,96	-
		2024	44 von 709	6,21	6
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	2023	61 von 831	7,34	-
		2024	48 von 847	5,67	9
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	2023	114 von 895	12,74	-
		2024	117 von 894	13,09	29
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	2023	239 von 895	26,70	-
		2024	214 von 894	23,94	118
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	2023	260 von 895	29,05	-
		2024	273 von 894	30,54	170
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	2023	212 von 851	24,91	-
		2024	224 von 858	26,11	104
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	2023	47 von 836	5,62	-
		2024	56 von 852	6,57	7
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	2023	116 von 851	13,63	-
		2024	123 von 858	14,34	42

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	2023	167 von 851	19,62	-
		2024	165 von 858	19,23	78
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	2023	63 von 770	8,18	-
		2024	71 von 806	8,81	12
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	2023	177 von 895	19,78	-
		2024	161 von 894	18,01	68
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	2023	115 von 739	15,56	-
		2024	126 von 749	16,82	35
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	2023	66 von 611	10,80	-
		2024	74 von 635	11,65	21
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	2023	7 von 633	1,11	-
		2024	7 von 659	1,06	1
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	2023	88 von 895	9,83	-
		2024	88 von 894	9,84	36
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	2023	43 von 895	4,80	-
		2024	15 von 894	1,68	2

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	2023	106 von 851	12,46	-
		2024	114 von 858	13,29	27
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	2023	40 von 678	5,90	-
		2024	33 von 709	4,65	3

2.2.4 Patientenbefragung: Detailergebnisse

Indikatoren zur Indikationsstellung aus Patientensicht (IDs 56100–56102)

Tabelle 34: QI 56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	1,14* (rohes Bundesergebnis: 61,40 Punkte) n = 13.945	**1,09*** (rohes Bundesergebnis: 60,05 Punkte) **n = 14.612**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	54 von 678 7,96 %	**44 von 709** **6,21 %** **(Refbereich: ≥ 1,09; Mittelwert)**

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mittels SMOR werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort SMOR-Werte > 1 als positiv zu werten sind.

Tabelle 35: QI 56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	1,07* (rohes Bundesergebnis: 56,10 Punkte) n = 33.028	**1,03*** (rohes Bundesergebnis: 55,50 Punkte) **n = 33.998**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	61 von 831 7,34 %	**48 von 847** **5,67 %** **(Refbereich: ≥ 1,03; Mittelwert)**

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mittels SMOR werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort SMOR-Werte > 1 als positiv zu werten sind.

Tabelle 36: QI 56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	88,03 Punkte n = 30.797	**88,20 Punkte** **n = 30.816**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	46 von 829 5,55 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**

Insgesamt 3 Indikatoren adressieren die Indikationsstellung aus Patientensicht. Die beiden Indikatoren „Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI" (ID 56100, rohes Bundesergebnis: 60,05 Punkte) und „Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie" (ID 56101, rohes Bundesergebnis: 56,10 Punkte) verfolgen das Qualitätsziel, dass nur diejenigen Patientinnen und Patienten eine PCI bzw. eine Koronarangiografie erhalten, die auch spürbare Symptome wahrnehmen (z. B. Angina-pectoris-Beschwerden). Beide Qualitätsindikatoren werden risikoadjustiert. Trotz der niedrigen Zahl an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen gab mehr als ein Drittel der befragten Patientinnen und Patienten

an, keine entsprechenden Symptome zu haben, sodass die Indikation sowohl bei der elektiven Angiografie als auch bei der elektiven PCI infrage zu stellen ist (ID 56100: 35,05 %; ID 56101: 37,53 %).

Der Qualitätsindikator „Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur" (ID 56102) misst, ob Patientinnen und Patienten direkt im Anschluss an die Prozedur einen routinemäßigen Termin für eine weitere Koronarangiografie erhalten. Dies soll explizit vermieden werden. Die Grundgesamtheit ist dabei auf diejenigen Patientinnen und Patienten eingeschränkt, die einen Fragebogen zurückgesendet haben und verneinen, dass nach ihrer Prozedur eine Koronarangiografie und/oder eine PCI bereits geplant war oder durchgeführt wurde. Hierdurch soll vermieden werden, dass es zu Verwechslungen zwischen indizierten Koronarangiografien bzw. PCI und „routinemäßigen Kontrollkoronarangiografien" kommt, die per se nicht medizinisch notwendig sind. Da der Referenzbereich dieses Indikators in diesem Auswertungsjahr ausgesetzt wurde, gibt es keine Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen. 87,46 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, verneinten jedoch, einen solchen Termin für eine Kontrollangiografie erhalten zu haben.

Indikatoren zur Prozessqualität aus Patientensicht (IDs 56103–56115)

Tabelle 37: QI 56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	88,44 Punkte n = 68.221	**89,18 Punkte** **n = 71.106**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	114 von 895 12,74 %	**117 von 894** **13,09 %** **(Refbereich: ≥ 89,18 Punkte; Mittelwert)**

Insgesamt 13 von 19 Indikatoren adressieren die Indikationsstellung aus Patientensicht. Der Qualitätsindikator „Prozessbegleitende Koordination der Versorgung" (ID 56103) adressiert mittels zweier Merkmale einerseits, inwiefern Patientinnen und Patienten vom Pflegepersonal und vom ärztlichen Personal deckungsgleiche Informationen erhalten, anderseits wird erfragt, ob Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, Angehörige zu ärztlichen Gesprächen mitzubringen. Der Indikator wird für alle Gruppen des Verfahrens berechnet. Dabei fällt das Ergebnis für die „Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten im Team" mit 89,25 Punkten gegenüber dem Merkmal zum Einbezug der Angehörigen mit 88,86 Punkten leicht besser aus. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 zeigt sich hier eine leichte Verbesserung des bundesweiten Mittelwertes. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen verändert sich hingegen nur marginal.

Tabelle 38: QI 56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	87,76 Punkte n = 68.221	**86,68 Punkte** **n = 71.106**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	239 von 895 26,70 %	**214 von 894** **23,94 %** **(Refbereich: ≥ 86,68 Punkte; Mittelwert)**

Tabelle 39: QI 56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	84,66 Punkte n = 68.221	**85,11 Punkte** **n = 71.106**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	260 von 895 29,05 %	**273 von 894** **30,54 %** **(Refbereich: ≥ 85,11 Punkte; Mittelwert)**

Die beiden Indikatoren „Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals“ (ID 56104) und „Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte“ (ID 56105) adressieren den Umgang des Pflege- und Assistenzpersonals sowie der Ärztinnen und Ärzte mit Patientinnen und Patienten als qualitätsrelevantes Thema. Das Qualitätsziel besteht jeweils darin, den Patientinnen und Patienten höflich, respektvoll und zugewandt zu begegnen. Zudem sollen das Pflegepersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte erreichbar sein und so gut Deutsch sprechen, dass Verständigungsprobleme vermieden werden können. Beide Qualitätsindikatoren haben eine hohe Auffälligkeitsrate. Dies liegt insbesondere an den hohen mittelwertbasierten Referenzwerten der Indikatoren (Tabelle 38 & Tabelle 39)) in Kombination mit der hohen Anzahl an zugrunde liegenden Items, aufgrund derer die statische Unsicherheit um einzelne Leistungserbringerergebnisse vergleichsweise klein ist. Bei der Kommunikation und Interaktion mit dem Pflege- und Assistenzpersonal liegt das größte Verbesserungspotenzial im Eingehen auf Anliegen der Patientinnen und Patienten (80,96 Punkte). Beim ärztlichen Personal schneidet das Merkmal zum Eingehen auf Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten während des Aufenthalts am schlechtesten ab (76,10 Punkte). Zudem gaben 22,13 % der 71.106 befragten Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, an, nie oder nur selten vom ärztlichen Personal ermutigt worden zu sein, Fragen zu stellen. Demgegenüber gaben 92,61 % der Patientinnen und Patienten an, dass die Informationen, die sie von den Ärztinnen, bzw. Ärzten erhalten haben, verständlich waren.

Tabelle 40: QI 56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	74,59 Punkte n = 46.973	**75,09 Punkte** **n = 48.610**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	212 von 851 24,91 %	**224 von 858** **26,11 %** **(Refbereich: ≥ 75,09 Punkte; Mittelwert)**

Tabelle 41: QI 56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	89,65 Punkte n = 39.481	**89,65 Punkte** **n = 40.832**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	47 von 836 5,62 %	**56 von 852** **6,57 %** **(Refbereich: ≥ 89,65 Punkte; Mittelwert)**

Der Qualitätsindikator „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur“ (ID 56106) adressiert patientenrelevante Themen wie die Information über die Zielsetzung der Prozedur, mögliche Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz der Prozedur, den Ablauf der Prozedur und den Ablauf der Nachbeobachtung, zu erwartende Schmerzen und Möglichkeiten der Sedierung sowie das Besprechen von Sorgen und Ängsten. Dem Qualitätsindikator liegen also insgesamt 8 Merkmale zugrunde. Das Verbesserungspotenzial bzgl. Bundeswert sowie Auffälligkeitsrate ist vergleichsweise hoch. Besonders auffällig ist das Ergebnis des Merkmals zur Information über Behandlungsalternativen zum Eingriff. 43,64 % der 48.610 befragten Patientinnen und Patienten, die eine elektive Prozedur hatten und einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, nicht über andere Behandlungsmöglichkeiten informiert worden zu sein; 16,08 % gaben „Weiß nicht mehr“ an. Darüber hinaus gaben 26,42 % der Patientinnen und Patienten an, nicht über die therapeutischen Konsequenzen einer PCI (bzw. Stenteinlage) informiert worden zu sein; 10,30 % gaben hier „Weiß nicht mehr“ an. Das Expertengremium auf Bundesebene bestätigt dieses Ergebnis und stellt dringenden Handlungsbedarf bezüglich der Zeit, die für die Information vor der elektiven Prozedur aufgewendet wird, fest. Der Qualitätsindikator „Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur“ (ID 56107) schneidet hingegen sehr gut ab. Patientinnen und Patienten wissen in der Regel, wie sie ihre Medikamente vor der Prozedur einnehmen müssen (86,67 % antworteten mit „Ja“). Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 sind kaum Unterschiede im bundesweiten Ergebnis erkennbar, jedoch eine leichte Erhöhung der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen.

Tabelle 42: QI 56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	80,96 Punkte n = 46.973	**80,49 Punkte** **n = 48.610**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	116 von 851 13,63 %	**123 von 858** **14,34 %** **(Refbereich: ≥ 80,49 Punkte; Mittelwert)**

Der Qualitätsindikator „Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten" (ID 56108) adressiert nur die Patientinnen und Patienten mit elektiver Prozedur. Diese sollen je nach ihren Bedürfnissen in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden. 79,01 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, „immer" oder „meistens" so einbezogen worden zu sein, wie sie es gewünscht hatten.

Tabelle 43: QI 56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	83,80 Punkte n = 46.973	**84,20 Punkte** **n = 48.610**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	167 von 851 19,62 %	**165 von 858** **19,23 %** **(Refbereich: ≥ 84,20 Punkte; Mittelwert)**

Mit dem Indikator „Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur" (ID 56109) wird die Zeit unmittelbar vor der Prozedur adressiert, wobei die Wartezeit im Patientenhemd möglichst gering sein soll. Insgesamt gaben 10,31 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, an, länger als 2 Stunden in der OP-Kleidung gewartet zu haben.

Tabelle 44: QI 56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	91,44 Punkte n = 17.371	**91,25 Punkte** **n = 18.189**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	63 von 770 8,18 %	**71 von 806** **8,81 %** **(Refbereich: ≥ 91,25 Punkte; Mittelwert)**

Der Qualitätsindikator „Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur" (ID 56110) adressiert die Zeit im Herzkatheterlabor und erfasst Fragen zum Kennenlernen der durchführenden Ärztin oder des durchführenden Arztes, Erklären des Ablaufs und Beruhigen der Patientin oder des Patienten. Patientinnen und Patienten, die ein Beruhigungsmittel erhalten haben, werden von der Berechnung des Indikators ausgeschlossen. Besonders gut hat das Merkmal bzw. Item zur Beruhigung der Patientinnen und Patienten abgeschnitten: 90,02 % gaben an, dass das Pflege- und Assistenzpersonal während der Prozedur beruhigend auf sie eingegangen sei.

Tabelle 45: QI 56111: Patienteninformation nach der Prozedur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	78,71 Punkte n = 68.221	**79,82 Punkte** **n = 71.106**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	177 von 895 19,78 %	**161 von 894** **18,01 %** **(Refbereich: ≥ 79,82 Punkte; Mittelwert)**

Der Qualitätsindikator „Patienteninformation nach der Prozedur" (ID 56111) adressiert verschiedene Themen der Nachsorge. So soll mit Patientinnen und Patienten umfassend über Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnisse, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen sowie über Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung gesprochen werden. Darüber hinaus sollen Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, wie sie Komplikationen erkennen können und wie mit diesen umzugehen ist, wie die ärztliche Weiterbehandlung ablaufen soll, dass Herzerkrankungen durch den eigenen Lebensstil beeinflussbar sind (Sekundärprävention bei PCI) und wie zuvor abgesetzte Medikamente nach der elektiven Prozedur wieder einzunehmen sind. Dem Indikator liegen demnach 7 Merkmale zugrunde. Besonders schlecht fällt das Item zu individuellen Empfehlungen zu Bewegung oder Sport aus. 44,46 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, solche Empfehlungen nicht erhalten zu haben. Zur Sekundärprävention gaben immerhin 21,96 % der Patientinnen und Patienten an, nicht darüber informiert worden zu sein, dass sie ihre Herzerkrankung durch den Lebensstil beeinflussen können. (Sehr) gute Ergebnisse konnten hingegen beim Besprechen der Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse erzielt werden: 87,77 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, dass diese Gespräche bei ihnen erfolgt seien. Ähnlich gut schneidet das Item zur Einnahme von zuvor abgesetzten Medikamenten ab: 87,10 % der Patientinnen und Patienten gaben an, hierüber informiert worden zu sein.

Tabelle 46: QI 56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	61,92 Punkte n = 21.017	**61,62 Punkte** **n = 21.614**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	115 von 739 15,56 %	**126 von 749** **16,82 %** **(Refbereich: ≥ 61,62 Punkte; Mittelwert)**

Über den Qualitätsindikator „Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI" (ID 56112) wird gemessen, inwiefern Patientinnen und Patienten umfassend über die notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei Unterbrechen der Medikation sowie Art und Dosierung). Dabei schneiden die Informationen zur Dauer der Medikamenteneinnahme (89,39 Punkte) und der Art und Dosierung (89,14 Punkte) vergleichsweise gut ab. Bei den Informationen zu Wechsel- und Nebenwirkungen (34,33 Punkte) sowie zum Verhalten beim Absetzen von Medikamenten (32,72

Punkte) fallen die Ergebnisse dagegen schlecht aus. So gaben bspw. 58,20 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, an, nicht über mögliche Neben- und Wechselwirkungen informiert worden zu sein. 58,08 % der Patientinnen und Patienten gaben an, keine Informationen darüber erhalten zu haben, was zu tun ist, wenn die Medikamenteneinnahme vergessen wurde. Das Expertengremium auf Bundesebene stellt fest, dass auch hier Handlungsbedarf besteht, um auf die individuellen Situationen der Patientinnen und Patienten eingehen zu können.

Tabelle 47: QI 56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	49,39 Punkte n = 10.867	**49,11 Punkte n = 11.015**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	66 von 611 10,80 %	**74 von 635 11,65 % (Refbereich: ≥ 49,11 Punkte; Mittelwert)**

Der Indikator „Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI“ (ID 56113) ist der einzige, der nur die akuten / dringlichen PCI in der Grundgesamtheit adressiert. Patientinnen und Patienten sollen hier bei Bedarf über die Möglichkeiten einer Rehabilitation informiert werden und Anlaufstellen mitgeteilt bekommen, falls sie sich (aufgrund ihrer Herzerkrankung) psychisch belastet fühlen. Beim Bundesergebnis für diesen Qualitätsindikator handelt es sich um den schlechtesten Indikatorwert zur Prozessqualität. Der Indikator setzt sich aus 2 Merkmalen zusammen. Hier zeigt sich, dass insbesondere das Merkmal zur Information für den Umgang mit psychischer Belastung nach der Behandlung starken Verbesserungsbedarf zeigt. Lediglich 26,24 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, solche Informationen erhalten zu haben. Besser fiel das Ergebnis beim zweiten Merkmal aus: 62,51 % der Patientinnen und Patienten an, über Möglichkeiten zur Rehabilitation informiert worden zu sein. Das Expertengremium auf Bundesebene unterstreicht dieses Ergebnis für die Versorgungspraxis. Zugleich wird angemerkt, dass mit der Information zum Umgang mit psychischen Belastungen auch Erwartungen geweckt werden könnten, die Ärztinnen und Ärzte aufgrund fehlender Anbindung an Institutionen für Rehabilitationsmöglichkeiten nicht erfüllen können.

Tabelle 48: QI 56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	92,19 Punkte n = 8.080	**91,88 Punkte n = 7.947**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	7 von 633 1,11 %	**7 von 659 1,06 % (Refbereich: ≥ 91,88 Punkte; Mittelwert)**

Der Indikator „Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI“ (ID 56114) wird für alle Patientinnen und Patienten berechnet, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben und angaben, vor einem Wochenende oder Feiertag entlassen worden zu sein. Diese Patientinnen und Patienten sollen mit einem Rezept oder einer Medikamentenmitgabe versorgt werden. Hier gab es nur wenig rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Tabelle 49: QI 56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	78,14 Punkte n = 68.221	**78,26 Punkte** **n = 71.106**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	88 von 895 9,83 %	**88 von 894** **9,84 %** **(Refbereich: ≥ 78,26 Punkte; Mittelwert)**

Im Indikator **„**Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung“ (ID 56115) wird dargestellt, ob die Patientinnen und Patienten in der Zeit unmittelbar nach der Prozedur mehrfach gefragt wurden, ob sie Schmerzen haben und ob sie bei Bedarf ein Schmerzmittel erhalten haben. 20,52 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, nicht wiederholt nach Schmerzen gefragt worden zu sein.

Indikatoren zur Ergebnisqualität aus Patientensicht (IDs 56116–56118)

Tabelle 50: QI 56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	93,12 Punkte n = 68.221	**93,53 Punkte** **n = 71.106**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	43 von 895 4,80 %	**15 von 894** **1,68 %** **(Refbereich: ≥ 93,53 Punkte; Mittelwert)**

Insgesamt werden auf Basis der Daten aus der Patientenbefragung 3 Indikatoren zur Ergebnisqualität berechnet. Der Qualitätsindikator „Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle“ (ID 56116) adressiert nicht erwünschte längerfristige Sensibilitätsstörungen. Insgesamt gaben lediglich 5,43 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, an, zum Zeitpunkt der Befragung (ca. 2–12 Wochen nach der Prozedur) Sensibilitätsstörungen gehabt zu haben. Auch wenn das Bundesergebnis im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 keinen starken Unterschied aufweist, sind im Auswertungsjahr 2025 nur 15 Leistungserbringer rechnerisch auffällig geworden (AJ 2024: 43).

Tabelle 51: QI 56117: Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	1,01* (rohes Bundesergebnis: 85,00 Punkte) n = 46.973	**1,02*** (rohes Bundesergebnis: 85,10 Punkte) **n = 48.610**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	106 von 851 12,46 %	**114 von 858** **13,29 %** **(Refbereich: ≥ 1,02; Mittelwert)**

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mittels SMOR werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort SMOR-Werte > 1 als positiv zu werten sind.

Der Indikator „Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur" (ID 56117, rohes Bundesergebnis: 85,00 Punkte) misst anhand von 3 Fragen, ob die Patientinnen und Patienten großflächige Hämatome hatten, die ihnen Schmerzen bereiteten und/oder bewegungseinschränkend waren, und ob sie deswegen eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen mussten. 21,43 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, berichteten, eine Woche nach der Prozedur immer noch schmerzhafte Blutergüsse gehabt zu haben.

Tabelle 52: QI 56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- n = -	1,02* (rohes Bundesergebnis: 53,50 Punkte) n = 13.945	**0,99*** (rohes Bundesergebnis: 52,10 Punkte) **n = 14.612**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	40 von 678 5,90 %	**33 von 709** **4,65 %** **(Refbereich: ≥ 0,99; Mittelwert)**

* Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mittels SMOR werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort SMOR-Werte > 1 als positiv zu werten sind.

Der Qualitätsindikator „Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI" (ID 56118, rohes Bundesergebnis: 52,10 Punkte) misst anhand eines Differenzmaßes, inwieweit sich die Symptome durch Angina-pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingte Luftnot nach der elektiven PCI verbessert haben. Für insgesamt 42,77 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, konnte mindestens eine leichte Verbesserung der Symptomschwere festgestellt werden. Bei 36,85 % ist die Symptomschwere unverändert, bei 4,51 % haben sich die Symptome verschlechtert. Das Expertengremium auf Bundesebene bekräftigt, dass bei rund 50 % der Patientinnen und Patienten eine unmittelbare Symptomverbesserung mit der Prozedur einhergehen muss, und stellt fest, dass hier auch ein adäquates Erwartungsmanagement für die Patientinnen und Patienten wichtig ist.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Verfahren *QS PCI* wurden im Auswertungsjahr 2025 insgesamt 4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Die Bundesergebnisse für das Auswertungsjahr 2025 haben sich für die meisten Auffälligkeitskriterien, mit Ausnahme des „Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)" (ID 852209) (AJ 2025: 0,06 %; AJ 2024: 0,05 %), verbessert. Dabei haben sich mit einer prozentualen Verbesserungsrate von 31,13 % die Ergebnisse für das Auffälligkeitskriterium „Angabe EF ‚unbekannt' (ID 852103) am deutlichsten verbessert (AJ 2025: 3,65 %; AJ 2024: 5,30 %). Das verbesserte Ergebnis für dieses Auffälligkeitskriterium trägt damit dazu bei, dass die Angaben zur Ejektionsfraktion (Auswurfleistung des Herzens), die in die Risikoadjustierung einiger Indikatoren einfließen, vollständiger und in validerer Form vorliegen.

Mit 113 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bzw. einem Anteil von 8,93 % an allen Leistungsbringern (n = 1.266) weist das „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation" (ID 852201) die meisten rechnerischen Auffälligkeiten von allen Auffälligkeitskriterien des Verfahrens *QS PCI* im Auswertungsjahr 2025 aus. Zugleich wurden im Rahmen des letzten Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2024 für dieses Auffälligkeitskriterium 61,21 % (71 von 116) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse qualitativ auffällig bewertet. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass den rechnerischen Auffälligkeiten in vielen Fällen auch tatsächliche Dokumentationsmängel zu Grunde liegen. Im Sinne einer fairen und validen Indikatorauswertung muss es das Ziel sein, die Ergebnisse für dieses Auffälligkeitskriterium auf Ebene einzelner Leistungserbringer zukünftig deutlich zu verbessern.

Mit Blick auf die Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2024 ist festzustellen, dass alle Auffälligkeitskriterien, insbesondere im Vergleich zu den Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS PCI*, einen hohen Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) aufweisen. Mit 83,61 % (51 von 61 Leistungserbringer) stellt sich für das Auffälligkeitskriterium „Angabe EF ‚unbekannt' (ID 852103) der Anteil am höchsten dar. Damit wird deutlich, wie notwendig die Durchführung und Aufrechterhaltung einer Datenvalidierung für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer ist. Für das Erfassungsjahr 2023 war für die Patientenbefragung noch kein Stellungnahmeverfahren verpflichtend vorgesehen, sodass im kommenden Bundesqualitätsbericht über die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2025 berichtet werden kann.

Tabelle 53: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PCI

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852103	Angabe EF ‚unbekannt'	3,65 % 27.776/761.825 (≤ 12,38 %; 95. Perzentil)
852104	Angabe ‚sonstiges' bei Indikation zur Koronarangiographie	1,26 % 9.719/771.234 (n. d.)
852105	Angabe Zustand nach Bypass ‚unbekannt'	0,21 % 1.584/763.026 (≤ 0,99 %; 95. Perzentil)
852106	Angabe Kreatininwert ‚unbekannt'	0,45 % 3.200/703.626 (≤ 1,57 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	101,22 % 763.454/754.238 (≥ 95,00 %)
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	101,22 % 763.454/754.238 (≤ 110,00 %)
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,06 % 428/754.238 (≤ 5,00 %)

Tabelle 54: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – PCI

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852103	Angabe EF ‚unbekannt'	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	2024	55 von 1.168	4,71	21
852105	Angabe Zustand nach Bypass ‚unbekannt'	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	2024	49 von 1.168	4,20	18

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
852106	Angabe Kreatininwert ‚unbekannt'	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	2024	49 von 1.154	4,25	15
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	113 von 1.266	8,93	39
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	59 von 1.266	4,66	20
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	4 von 1.266	0,32	3

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 55: AK 852103: Angabe EF „unbekannt“

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	5,30 % O = 39.359 N = 741.962	**3,65 %** **O = 27.776** **N = 761.825**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	61 von 1.197 5,10 %	**55 von 1.168** **4,71 %** **(Refbereich: ≤ 12,38 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**51 / 61 (83,61 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**51 / 1.197 (4,26 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft auf Basis eines perzentilbasierten Referenzbereichs (95. Perzentil), ob für das Datenfeld „Ejektionsfraktion unter 40 %“ häufig der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ dokumentiert wurde. Die Ejektionsfraktion (EF) gibt den prozentualen Anteil des Blutes an, das bei jedem Herzschlag aus der linken Herzkammer ausgeworfen wird, und geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle der MACCE-Qualitätsindikatoren (IDs 56018, 56020 und 56022) sowie der Sterblichkeitsindikatoren (IDs 56024 und 56026) ein. Eine fehlerhafte Dokumentation der EF führt zu einem falschen Risikoprofil der Leistungserbringer. Folglich ist eine valide und vollzählige Dokumentation der EF besonders relevant.

Bundesweit wurde für 3,65 % der Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die im Herzkatheterlabor verstorben sind, eine EF mit dem Status „unbekannt“ im Erfassungsjahr 2024 dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich das Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 deutlich, um 31,13 % verbessert. Die Tatsache, dass im Rahmen des letzten Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2024 51 von 61 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen als qualitativ auffällig bewertet wurden, verdeutlicht, dass das Auffälligkeitskriterium dazu beitragen kann, die Dokumentationsqualität zu verbessern.

Tabelle 56: AK 852104: Angabe „sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,48 % O = 10.683 N = 723.503	1,30 % O = 9.769 N = 751.971	**1,26 %** **O = 9.719** **N = 771.234**
rechnerische Auffälligkeiten	49/1.214 (4,04 %).	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	19 / 49 (38,78 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	19 / 1.214 (1,57 %)	**n. a.**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft auf Basis eines perzentilbasierten Referenzbereichs (95. Perzentil), ob für das Datenfeld „führende Indikation für diese Koronarangiographie" häufig der Schlüsselwert „99 = sonstige" dokumentiert wurde. Fälle mit der Angabe „sonstige" werden aus der Berechnung der beiden Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Indikationsstellung (IDs 56000 und 56001) ausgeschlossen. Eine Fehldokumentation der führenden Indikation für die Koronarangiografie würde daher zu einem ungerechtfertigten Fallausschluss aus der Indikatorberechnung führen.

Da beide Qualitätsindikatoren, auf die sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, aufgrund von Validitätsproblemen im Auswertungsjahr 2025 ohne Referenzbereich ausgewiesen wurden, wurde folgerichtig, analog zum Vorjahr, auch der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium im Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt. Aufgrund des vorgenannten Sachverhalts kann über das Stellungnahmeverfahren aus dem Auswertungsjahr 2024 nicht berichtet werden.

Tabelle 57: AK 852105: Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt"

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,58 % O = 4.172 N = 714.555	0,25 % O = 1.851 N = 743.232	**0,21 %** **O = 1.584** **N = 763.026**
rechnerische Auffälligkeiten	54 von 1.216 4,44 %	47 von 1.197 3,93 %	**49 von 1.168** **4,20 %** **(Refbereich: ≤ 0,99 %;** **95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	34 / 54 (62,96 %)	**36 / 47** **(76,60 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	34 / 1.216 (2,80 %)	**36 / 1.197** **(3,01 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft auf Basis eines perzentilbasierten Referenzbereichs (95. Perzentil) für alle Fälle in diesem QS-Verfahren, ob für das Datenfeld „Zustand nach koronarer

Bypass-OP“ häufig der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ dokumentiert wurde. Die Information über das Vorliegen einer bekannten koronaren Bypassoperation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle ein. Eine fehlerhafte Dokumentation führt zu einem falschen Risikoprofil der Leistungserbringer. Folglich ist eine valide und vollzählige Dokumentation des Datenfeldes „Zustand nach koronarer Bypass-OP“ relevant.

Das Bundesergebnis hat sich gegenüber den Vorjahren verbessert. Obgleich das Ergebnis nur eine sehr geringe Rate an Datensätzen mit dem Status „unbekannt“ aufzeigt, handelt es sich um eine elementare und klinisch bedeutsame Information, die in aller Regel von jedem Leistungsbergringer dokumentiert werden können müsste. Folglich wird trotz des sehr guten Bundesergebnisses zunächst die Weiterführung dieses Auffälligkeitskriteriums empfohlen. Zudem untermauern die Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren, in dem mehr als drei Viertel der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse qualitativ auffällig bewertet wurden, dass den rechnerischen Auffälligkeiten potenziell vermeidbare Dokumentationsfehler zugrunde liegen.

Tabelle 58: AK 852106: Angabe Kreatininwert „unbekannt“

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,69 % O = 4.530 N = 652.524	0,50 % O = 3.405 N = 683.151	**0,45 %** **O = 3.200** **N = 703.626**
rechnerische Auffälligkeiten	50 von 1.194 4,19 %	48 von 1.170 4,10 %	**49 von 1.154** **4,25 %** **(Refbereich: ≤ 1,57 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	30 / 50 (60,00 %)	**37 / 48** **(77,08 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	30 / 1.194 (2,51 %)	**37 / 1.170** **(3,16 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft auf Basis eines perzentilbasierten Referenzbereichs (95. Perzentil), ob für das Datenfeld „Kreatininwert i. S. unbekannt“ (i. S. = im Serum) häufig der Schlüsselwert „1 = ja“ dokumentiert wurde. Der Kreatininwert ist ein wichtiger Laborwert zur Beurteilung der Nierenfunktion und geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren (IDs 56012, 56018, 56020, 56022, 56024 und 56026) ein. Eine unvollzählige Dokumentation des Kreatininwertes würde zu einem falschen Risikoprofil der Leistungserbringer führen. Folglich ist eine valide und vollzählige Dokumentation des Datenfeldes „Kreatininwert i. S.“ relevant.

Bundesweit wurde im Auswertungsjahr 2025 für 0,45 % aller Fälle, unter Ausschluss von Notfällen, das Datenfeld „Kreatininwert i. S. unbekannt“ mit „1 = ja“ dokumentiert. Damit setzt sich der positive Trend aus dem Vorjahr (AJ 2024: 0,50 %; AJ 2023: 0,69 %) fort. Ungeachtet der Tatsache, dass bundesweit für nur 0,45 % (n = 3.200) der Fälle der Kreatininwert nicht bekannt war, sollte dies

möglichst nur in wenigen Ausnahmefällen vorkommen. Die Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren zeigen, dass für fast 80 % der rechnerischen Auffälligkeiten auch eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Damit dürfte in den meisten Fällen von einer vermeidbaren Unterdokumentation des Kreatininwertes auszugehen sein.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 59: AK 852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,91 % O = 714.881 N = 708.421	101,77 % O = 743.610 N = 730.643	**101,22 %** **O = 763.454** **N = 754.238**
rechnerische Auffälligkeiten	127 von 1.324 9,59 %	116 von 1.303 8,90 %	**113 von 1.266** **8,93 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	41 / 126 (32,54 %)	**71 / 116** **(61,21 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	41 / 1.324 (3,10 %)	**71 / 1.303** **(5,45 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Leistungserbringer werden innerhalb dieses Auffälligkeitskriteriums rechnerisch auffällig, wenn sie mehr als 5 % ihrer dokumentationspflichtigen Daten, die gemäß Sollstatistik zu erwarten gewesen wären, nicht dokumentiert und an die Bundesauswertungsstelle übermittelt haben.

Im Ergebnis besteht für das Verfahren *QS PCI* auf Bundesebene eine leichte Überdokumentation, die gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken ist. Die Rate an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Im Vergleich zwischen den Sektoren bzw. Leistungserbringergruppen ergeben sich für die Gruppe der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und die Gruppe der selektivvertraglichen Leistungserbringer mit Dokumentationsraten von 94,10 % bzw. 95,61 % die niedrigsten Dokumentationsraten. Mit Blick auf den weiterhin recht hohen Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sowie den ebenso verhältnismäßig hohen Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) wäre für zukünftige Auswertungs- und Erfassungsjahre eine deutliche Verbesserung notwendig, um leistungserbringerübergreifend faire und verlässliche Aussagen über die Versorgungsqualität treffen zu können.

Tabelle 60: AK 852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,91 % O = 714.881 N = 708.421	101,77 % O = 743.610 N = 730.643	**101,22 %** **O = 763.454** **N = 754.238**
rechnerische Auffälligkeiten	72 von 1.324 5,44 %	94 von 1.303 7,21 %	**59 von 1.266** **4,66 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	37 / 72 (51,39 %)	**36 / 94** **(38,30 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	37 / 1.324 (2,79 %)	**36 / 1.303** **(2,76 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 110,00 % und mindestens 20 Fällen im Zähler. Die Dokumentationsrate von 101,22 % sagt zunächst nur aus, dass im Bundesdurchschnitt für das Verfahren *QS PCI* eine leichte Überdokumentation vorliegt. Aussagekräftiger ist der Anteil an Leistungserbringern, die rechnerisch auffällig geworden sind. Hier hat sich im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Verbesserung von knapp 36 % eingestellt. Die Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren zeigen, dass für 38,30 % der rechnerischen Auffälligkeiten auch eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Damit können die Ursachen einer Überdokumentation nicht immer zweifelsfrei dem Leistungserbringer zugeschrieben werden. Anzumerken ist jedoch, dass für 45 Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2024 kein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, weshalb sich die Rate der qualitativen Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) ggf. auch hätte höher darstellen können.

Tabelle 61: AK 852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,05 % O = 326 N = 708.421	0,05 % O = 378 N = 730.643	**0,06 %** **O = 428** **N = 754.238**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 1.324 0,30 %	8 von 1.303 0,61 %	**4 von 1.266** **0,32 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	**4 / 8** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.324 (0,23 %)	**4 / 1.303** **(0,31 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen dokumentiert und übermittelt wurden. Minimaldatensätze fließen nicht in die Indikatorberechnung ein, weshalb ihr Anteil möglichst gering sein sollte.

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 5,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass – nahezu identisch zum Vorjahr – nur bei 0,06 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS angelegt wurde. Dies deutet darauf hin, dass der QS-Filter valide definiert ist und für nur wenige Fälle eine fälschliche Dokumentationspflicht auslöst. Anzumerken ist, dass alle MDS in den beiden Auswertungsjahren 2025 und 2024 ausschließlich von Krankenhäusern dokumentiert wurden. Auf Leistungserbringerebene hat sich im Vergleich zum Vorjahr die Rate rechnerischer Auffälligkeiten von 0,61 % auf 0,32 % verbessert. Die Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren zeigen, dass für 4 der 8 Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen auch eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 62: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	18.333	-	18.073	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	17.367	100,00	11.251	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	931	5,36	621	5,52
davon ohne QSEB-Übermittlung	2	0,21	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	930	100,00	621	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	929	99,89	621	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	1	0,11	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	203	21,83	121	19,48
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	727	78,17	500	80,52
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	724	99,59	500	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	13	1,79	1	0,20
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	329	35,38	215	34,62
Bewertung als qualitativ auffällig	243	26,13	136	21,90
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	119	12,80	124	19,97
Sonstiges	36	3,87	25	4,03

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	76	n. a.	79	n. a.
Maßnahmenstufe 2	2	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Für das Erfassungsjahr 2023 war für die Patientenbefragung gemäß DeQS-RL noch kein Stellungnahmeverfahren verpflichtend vorgesehen. Erst ab dem zweiten vollständigen Erfassungsjahr (EJ 2024) sieht die DeQS-RL die verpflichtende Umsetzung vor, sodass im kommenden Jahr über die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2025 berichtet werden kann.

In das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden insgesamt 12 der 19 dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren einbezogen. Die Menge der Indikatorergebnisse entspricht in etwa dem Vorjahreswert, die Anzahl der Indikatorergebnisse mit Referenzbereich hat sich dagegen um ca. ein Drittel verringert. Ursächlich für diesen Rückgang sind die ausgesetzten Referenzbereiche von 4 Qualitätsindikatoren (IDs 56001 und 56009–56011). Entsprechend sind 308 rechnerische Auffälligkeiten weniger ermittelt worden als im Auswertungsjahr 2023, im Verhältnis bleiben diese jedoch auf konstantem Niveau. Die Stellungnahmen wurden dabei fast ausschließlich schriftlich durchgeführt, nur in einem Fall kam es zusätzlich zu einem Gespräch. Als Konsequenz des Stellungnahmeverfahrens wurden bei 79 Leistungserbringern Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert, im Gegensatz zum Vorjahr beschränkten sich diese ausschließlich auf die Maßnahmenstufe 1.

Mit 21,90 % (n = 136) sind ca. 4 % weniger Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens qualitativ auffällig bewertet worden als im Vorjahr. Der Indikator „‚Door-to-balloon'-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt" (ID 56003) weist dabei mit etwas über 71 % (n = 25) den größten Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen in Relation zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen (n = 35) auf. In größerer Häufigkeit wurden qualitative Auffälligkeiten zudem für den Prozessindikator „Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI" (ID 56007, n = 22, 44,90 %) festgestellt. Unter den Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Indikationsstellung wurden die meisten qualitativen Auffälligkeiten für den Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie" (ID 56000, n = 14, 26,92 %) ermittelt. Hierzu muss jedoch angemerkt werden, dass die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2024 in erster Linie dazu diente, eine Sonder- bzw. Einzelfallanalyse bei den Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen durchzuführen, auf deren Grundlage Lösungen zur Optimierung der Validität abgeleitet werden sollten.

Bei den in der Folge von qualitativen Auffälligkeiten vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen waren es auch 2 der 3 genannten Qualitätsindikatoren, bei denen am häufigsten Maßnahmen initiiert wurden: der Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie" (ID 56000; n = 10, 71,43 %) und der „‚Door-to-balloon'-Zeit"-

Indikator (ID 56003; n = 10, 40,00 %). Am häufigsten wurden Maßnahmen der Stufe 1 in Form der Implementierung von Behandlungspfaden vereinbart.

Analog zum Rückgang der qualitativ auffälligen Bewertungen wurde um 5 % häufiger als im Vorjahr von einer Bewertung wegen einer fehlerhaften Dokumentation abgesehen. Insgesamt zeigte sich dabei für 124 Ergebnisse eine fehlerhafte Dokumentation. Hier verteilen sich die meisten Bewertungen wiederum auf den Qualitätsindikator 56000 (n = 22) sowie die Indikatoren „‚Door'-Zeitpunkt oder ‚Balloon'-Zeitpunkt unbekannt" (ID 56004, n = 19) und „Dosis-Flächen-Produkt unbekannt" (ID 56008, n = 65).

Mit jeweils über 60 % qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnissen wurden für die Qualitätsindikatoren „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt" (ID 56014) und „Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI" (ID 56006) die höchsten Anteile unauffälliger Ergebnisse gemessen an der Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ermittelt. Für beide Qualitätsindikatoren wurden spezielle Patientenkollektive, Einzelfälle sowie bereits getroffene Maßnahmen als Begründung herangezogen.

Leistungserbringer können nicht nur in einem, sondern in mehreren Qualitätsindikatoren rechnerische und qualitativ auffällige Ergebnisse aufzeigen.

Für die Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten in mindestens 3 Indikatoren zeigt sich ein deutlicher Rückgang im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024: 39; AJ 2023: 103). Die Verteilung auf Ebene der Anzahl der Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten hat sich im Vergleich zum Vorjahr dagegen für alle 3 Kategorien verringert (Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit: -8 LE bzw. -9 %; Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten: -15 LE bzw. -47 %; Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten: -18 LE bzw. -75 %)

Tabelle 63: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PCI

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
304	88	39	80	17	6

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 64: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	7.684	100,00	7.539	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	356	4,63	374	4,96
davon ohne QSEB-Übermittlung	2	0,56	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	355	100,00	374	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	132	37,18	82	21,93
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	223	62,82	292	78,07
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	223	100,00	292	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,45	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	2	0,68
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	30	8,45	19	5,08
Bewertung als qualitativ auffällig	164	46,20	235	62,83
Sonstiges	29	8,17	36	9,63
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	13	n. a.	18	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul *QS PCI* insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft. zu denen 7.539 Ergebnisse ermittelt wurden. Dabei wurden 374 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zu 292 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein

schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 82-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Es wurden 235 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 374) einem Anteil von 62,83 % entspricht und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einen Anteil von 80,00 % (235 von 292). Es zeigt sich somit ein Zuwachs um 16,63 % qualitativ auffälliger Ergebnisse gegenüber dem Auswertungsjahr 2023 (46,23 %).

Im Vergleich zu den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens für die Qualitätsindikatoren zeigt sich für die Auffälligkeitskriterien ein deutlich höherer Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen (vgl. QI: 21,90 % vs. AK: 62,83 %). Dies lässt vermuten, dass sich ein Dokumentationsfehler eindeutiger nachweisen lässt als ein potenzieller Qualitätsmangel in der medizinischen Versorgung. Bei 18 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 empfohlen; Maßnahmenstufe 2 wurde nicht initiiert.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden für das „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation" (ID 852101) ermittelt (n = 116 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 1.303 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium: 8,90 %). Knapp 55 % sind dabei dem vertragsärztlichen Sektor zuzuschreiben. Dieser hat sich demnach im Ergebnis im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 (73,81 %) verbessert.

Mit 84,84 % (n = 51) am häufigsten qualitativ auffällig wurden Leistungserbringer hingegen im Auffälligkeitskriterium „Angabe EF ‚unbekannt'" (ID 852103), das Stellungnahmeverfahren bestätigt demnach für Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen eine ungenügende Dokumentation der Auswurfleistung des Herzens. Ebenfalls hohe Anteile an qualitativen Auffälligkeiten in der Dokumentation zeigten sich in den Auffälligkeitskriterien „Angabe Zustand nach Bypass ‚unbekannt'" (ID 852105, n = 36 von 47; 76,60 %) und „Angabe Kreatininwert ‚unbekannt'" (ID 852106, n = 37 von 48; 77,08 %).

Die nachfolgende Tabelle 65 zeigt, dass Leistungserbringer – sofern sie rechnerisch auffällig waren oder qualitativ auffällig bewertet wurden – überwiegend nur in einem Indikator auffällig waren. Demgegenüber waren etwa 12 % der auffälligen Leistungserbringer mehrfach auffällig. Im letzten Jahr betrug der Anteil der mehrfach auffälligen Leistungserbringer noch knapp 40 %.

Tabelle 65: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PCI

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
291	31	7	184	21	3

4 Evaluation

4.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten

Im Auswertungsjahr 2025 adressieren 2 Indikatoren die Qualität der Indikationsstellung, 9 Indikatoren die Prozessqualität und weitere 8 Indikatoren die Ergebnisqualität. Dabei ist festzuhalten, dass für nur 7 der 19 Qualitätsindikatoren (36,84 %) im Auswertungsjahr 2025 ein Referenzwert definiert war und somit nur für diese Indikatoren die Voraussetzungen zur Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens bzw. für eine Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse gegeben sind. Mit Blick auf die Aussetzung der Referenzbereiche muss konstatiert werden, dass im Auswertungsjahr 2025 vordergründig nur für die Indikatoren, die die Prozessqualität adressieren, eine Qualitätsbewertung stattfindet. Damit werden die Qualität der Indikationsstellung sowie die Ergebnisqualität (mit Ausnahme des Indikators 56014) im Auswertungsjahr 2025 keiner Qualitätsbewertung unterzogen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass 5 der 12 Indikatoren, für die kein Referenzbereich ausgewiesen wurde, ab dem nächsten Auswertungsjahr nicht mehr Bestandteil des Verfahrens *QS PCI* sind, da sie abgeschafft werden.

Die Problematik der unzureichenden Risikoadjustierung, die insbesondere die sozialdatenbasierten Indikatoren betrifft, konnte mit dem Auswertungsjahr 2025 noch nicht gelöst werden. Demnach zeigen sich für einige risikoadjustierte Qualitätsindikatoren im Subgruppenvergleich weiterhin nicht plausible Unterschiede, die womöglich darauf zurückzuführen sind, dass bestimmte (relevante) Risikofaktoren noch nicht in die Risikomodelle eingeschlossen sind. Vor diesem Hintergrund bedarf es weiterhin intensiver Überlegungen und Maßnahmen, die Probleme in Zukunft zu lösen.

Zusätzlich zeigen die Ergebnisse aus den letzten Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2024, dass die Indikatorengruppe MACCE nur sehr wenige qualitative Auffälligkeiten hervorruft. Die Ursachen sind vor allem, wie auch von der Landesebene zurückgemeldet, auf die Aufwände des Stellungnahmeverfahrens zurückzuführen. Damit dieses zielgerichteter und effizienter wird, müssen die technischen Voraussetzungen in Form des Ausbaus der mandantenfähigen Datenbank (M-DB), die wichtige fallbezogene medizinische Daten enthält, weiter optimiert werden. Zugleich muss für die MACCE-Indikatoren generell beobachtet werden, inwieweit sie tatsächlich geeignet sind, qualitative Auffälligkeiten zu detektieren.

Aus § 1 Abs. 3 Satz 3 Teil 2 Verfahren 1 (*QS PCI*) DeQS-RL ergeben sich für das Verfahren *QS PCI* folgende Verfahrensziele:

a) Verbesserung der Indikationsstellung
b) Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit
c) Verringerung der Komplikationsrate während und nach der Behandlung, hierbei insbesondere eine Verringerung von unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und der Sterblichkeit

d) Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation, Koordination und Kontinuität der Versorgung
e) Verbesserung der Patientenorientierung bezüglich Information und gemeinsamer Entscheidungsfindung
f) Erfassung und Verbesserung der den Eingriff begründenden Symptomatik und der mit dem Eingriff assoziierten Schmerzen und Beschwerden aus Patientensicht

Nach Umsetzung der Empfehlungen aus dem Abschlussbericht adressieren die verbleibenden Qualitätsindikatoren – gemeinsam mit der Patientenbefragung PCI – nach aktuellem Stand weiterhin alle genannten Ziele des QS-Verfahrens. Das aktuelle Indikatorenset enthält weiterhin Indikatoren, die die Verbesserung der Indikationsstellung (ID 56000), die leitliniengerechte Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit (ID 56003, ID 56014) sowie die Verringerung der Komplikationsraten während und nach der Behandlung (ID 56012, ID 56018, ID 56020, ID 56022) adressieren. Ebenso werden weiterhin die unter den Buchstaben d) bis f) genannten Verfahrensziele mit der Patientenbefragung für das Verfahren *QS PCI* verfolgt. Noch nicht abgeschlossen ist die im Rahmen des Abschlussberichtes avisierte Weiterentwicklung der Indikatoren zum Kontrastmittelverbrauch, sodass in das Verfahrensziel „Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit" zukünftig ggf. weitere Indikatoren eingeschlossen sein könnten.

Für den Qualitätsindikator ID 56000 wurde im Auswertungsjahr 2024 eine LAG-Sonderanalyse durchgeführt, um zusätzliche Informationen zur Verbesserung seiner Validität zu generieren. Auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse wurden mit der Spezifikation und den Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026 umfangreiche Anpassungen vorgenommen, die die Validitätsprobleme für diesen Indikator beheben sollen.

Für das Auswertungsjahr 2024 haben 7 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt.

Die meisten Rückmeldungen adressierten die großen Aufwände und die besondere Komplexität des Stellungnahmeverfahrens bei sozialdatenbasierten Indikatoren. Demnach stünden den LAG und den Leistungserbringern weiterhin keine ausreichenden Informationen bzgl. des auslösenden Ereignisses einer Auffälligkeit zur Verfügung. Die Informationen, welche Komplikation konkret zur Auslösung führte, wann sie auftrat und ob sie im eigenen Haus oder bei einem anderen Leistungserbringer versorgt wurde, werden zudem als Minimalanforderungen verstanden, um Auffälligkeiten näher analysieren zu können. Für die MACCE-Indikatoren wird vorgeschlagen, die auffälligen Vorgänge mit Vorgangsnummern nach Art der Komplikation (TIA/Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod, Infarkt) und Zeitpunkt (intraprozedural, postprozedural) in der Leistungserbringerauswertung auszuweisen. Ebenso wäre die Angabe, ob die Auffälligkeit aus den QS-Dokumentationsdaten oder den Sozialdaten bei den Krankenkassen stammt, hilfreich. Nur so seien Leistungserbringer in der Lage, die Fälle zu identifizieren, zu analysieren und sinnvoll Stellung zu beziehen.

Im Weiteren haben sich mehrere LAG kritisch zur geplanten Abschaffung der Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt" (IDs 56005–56007) zurückgemeldet. Demnach sei das Dosis-Flächen-

Produkt – bei angemessener Risikoadjustierung – bestens geeignet für die Abbildung in einem Indikator und sollte im Sinne der Patienten- und Mitarbeitersicherheit beibehalten werden. In den vergangenen Jahren hätten sich bei diesen Indikatoren viele rechnerische und v. a. auch qualitativ auffällige Ergebnisse ergeben. Der Großteil weiterführender Maßnahmen entfiel ebenfalls auf diese Indikatoren. Die Maßnahmen, z. B. kollegiale Gespräche/Zielvereinbarungen, konnten häufig mit großem Erfolg abgeschlossen werden. Auch werden Vorschläge zur Erweiterung der Risikoadjustierung für die Indikatorengruppe unterbreitet. Angemerkt wurde außerdem von einer LAG, dass bei einigen Leistungserbringern aufgrund der neuen Auswertungsmethodik Verständnisprobleme bei den Qualitätsindikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt vorgelegen hätten.

Weitere einzelne Rückmeldungen enthielten jeweils den Wunsch, klare und ressourcenschonende Regelungen im Umgang mit Verbringungsleistungen zu treffen, die Einführung fester Referenzbereiche weiter voranzutreiben, Zwischenberichte früher und regelmäßiger den Leistungserbringern bereitzustellen sowie die Anpassung und ggf. Abschaffung der Auffälligkeitskriterien 852103 und 852105 zu prüfen.

Die Rückmeldungen der LAG wurden gesichtet und hinsichtlich akuten Handlungsbedarfs geprüft. Potenzielle Anpassungen an der Spezifikation und den Rechenregeln, die sich aus den Rückmeldungen ergeben, erfolgen turnusgemäß im Herbst des Berichtsjahres im Zuge der Erstellung der prospektiven Rechenregeln und Spezifikationsempfehlungen. Darüber hinaus werden die Hinweise zu den DFP-Indikatoren mit in die Evaluation der Aussetzungsempfehlung, die im nächsten Auswertungsjahr geplant ist, einfließen.

4.2 Patientenbefragung

Im Erprobungszeitraum flankiert das IQTIG gemäß der Beauftragung des G-BA die Einführung der Patientenbefragung *QS PCI* mit einer wissenschaftlichen Begleitevaluation. Dabei werden insbesondere Datenflüsse sowie das Befragungsinstrument eingehender betrachtet und Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Die Evaluation zeigt, dass die Befragung im Verfahren *QS PCI* von Patientinnen und Patienten überwiegend positiv aufgenommen wurde: Über 87 % empfanden sie als relevant oder sehr relevant. Nur sehr wenige gaben an, Fragen nicht beantworten zu können. Jedoch wurde im Rahmen der Evaluation auch festgestellt, dass der Aufwand, der derzeit bei den Einrichtungen für die Patientenbefragung entsteht, teilweise sehr kritisch bewertet wird. Auch sieht ein relevanter Teil der befragten Leistungserbringer (66,67 %) nur ein eingeschränktes Potenzial, die Ergebnisse für interne Qualitätsverbesserungsmaßnahmen nutzen zu können. Auch in diesem Erhebungszeitraum traten einige technische Probleme auf, etwa beim rechtzeitigen Versand der Unterlagen. Diesen Herausforderungen wurde mit der zum 1. Januar 2025 in Kraft getretenen Verlängerung der Versandfristen und der Suche nach einem neuen Druckdienstleister konstruktiv begegnet. Aus den Ergebnissen der Patientenbefragung und der wissenschaftlichen Begleitung lassen sich aus Sicht des IQTIG verlässlich Möglichkeiten der Verbesserung der Prozesse des QS-Verfahrens ableiten. Für die Zukunft soll neben der weiteren Analyse der Befragung auch untersucht werden, wie gut Auffälligkeiten nachvollziehbar den Leistungserbringern zugeordnet werden können und wie praktikabel das Stellungnahmeverfahren in Bezug auf zeitlichen Aufwand und Durchführbarkeit ist.

4.3 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung

Hintergrund

Im Juli 2022 startete im Rahmen des Verfahrens *QS PCI* die erste Patientenbefragung als Teil eines gesetzlich verpflichtenden externen Qualitätssicherungsverfahrens. Damit ist ein zentraler Meilenstein für die Integration der Patientenperspektive in die Messung und Bewertung der Versorgungsqualität erreicht. Die Patientenbefragung erweitert das Verfahren *QS PCI* und adressiert Qualitätsdimensionen, die durch die Datenquellen fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen bislang nicht abgedeckt werden konnten.

Mit der Einführung der Patientenbefragung wurden die Datenflüsse teils neu aufgesetzt und angepasst sowie neue Stakeholder wie die Versendestelle implementiert. Patientinnen und Patienten sind nun erstmals selbst aktiver Teil in einem QS-Verfahren.

Auftrag und Auftragsverständnis

Gemäß der DeQS-RL wird die Patientenbefragung PCI für viereinhalb Jahre erprobt, um die dafür entwickelten Softwaretools, Datenflüsse, Rückmeldeberichte und Qualitätsindikatoren sowie deren Bewertung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu evaluieren und ggf. zu optimieren. Dazu wurde das IQTIG mit Beschluss vom 3. Mai 2023 unter dem Titel „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung gemäß § 19 Absatz 8 *QS PCI* der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)“ beauftragt (G-BA 2023b).

Die wissenschaftliche Begleitung des Erprobungszeitraums ist gemäß Auftrag in 4 Betrachtungszeiträume untergliedert, in denen – entsprechend dem Umsetzungsstand – verschiedene Aspekte der Patientenbefragung in zunehmender Tiefe analysiert werden. Jährlich ist zum 15. Januar des Folgejahres ein Bericht zu erstellen, der die Erkenntnisse der jeweiligen Betrachtungszeiträume enthält. Die entsprechenden Prüfinhalte sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 66: Übersicht über die Auftragsinhalte gemäß Beschluss des G-BA vom 03.05.2023 für die Erprobungsphase 2022–2026

Bericht Nr.	Jahr der Abgabe des Berichts	Betrachtungszeitraum	Prüfinhalte
1	2024	01.07.2022–31.10.2023	▪ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse ▪ Spezifikation und Umsetzung dieser in den Softwareprodukten ▪ Support für Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten ▪ Funktionalität der Stichprobenziehung und der Vollerhebung ▪ Dauer zwischen Indexeingriff und Fragebogeneingang
2	2025	01.01.2023–31.10.2024	▪ Alle unter 1 genannten Inhalte ▪ Validität und Auswertung der Qualitätsindikatoren ▪ Funktionalität und Verständlichkeit der Auswertungen und Rückmeldeberichte, inklusive Bundesauswertung ▪ Bewertung und Aufklärung von besonders schwerwiegenden Auffälligkeiten ▪ Rücklaufquote gesamt und je Leistungserbringer ▪ Aufwand-Nutzen-Verhältnis mit Blick auf Aufwand für die am Verfahren beteiligten Stakeholder und Nutzen im Sinne der Rücklaufquote
3	2026	01.01.2024–31.10.2025	▪ Alle unter 1 und 2 genannten Inhalte ▪ Größe der Stichprobenziehung bezogen auf Rücklaufquoten ▪ Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten und Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer ▪ Zeitlicher Aufwand für das Stellungnahmeverfahren ▪ Durchführbarkeit und Durchführung von Stellungnahmeverfahren
4	2027	01.01.2025–31.12.2026	▪ Alle unter 1, 2 und 3 genannten Inhalte ▪ Validität der Daten und Auswertungsmethodik ▪ Aufwand-Nutzen-Verhältnis der Patientenbefragung einschließlich Vorschläge zur Aufwandsreduktion und Nutzenoptimierung ▪ Abschließende Empfehlung über Fortführung oder Überarbeitung der Patientenbefragung

Die folgenden Analysen und Erkenntnisse beziehen sich auf den zweiten Betrachtungszeitraum vom 1. Januar 2023 bis 31. Oktober 2024.

Zentrale Begrifflichkeiten

Die wissenschaftliche Begleitevaluation der Patientenbefragung PCI betrachtet vor allem die Funktionalität und Praktikabilität der Verfahrenselemente und das Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Diese 3 zentralen Begriffe werden für die gesamte Erprobungsphase wie folgt definiert:

Im Kontext der Patientenbefragung bezieht sich die Funktionalität im Kern auf die Datenerhebung und den Datenfluss und wird definiert als reibungsloses Ablaufen der für die Patientenbefragung notwendigen Prozesse. Mithilfe dieser Prozesse soll die Versorgungsqualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten zielgerichtet gemessen werden können.

Praktikabilität ist die Durchführbarkeit und Verwendbarkeit von Prozessen und Produkten. Im Kontext der Patientenbefragung bezieht sich die Praktikabilität auf die Datenerhebung und den Datenfluss. Die entsprechenden Prozesse sollen in der Praxis dauerhaft durchführbar sein, fehlerfrei umgesetzt werden und aufwandsarm sein.

Bei der Betrachtung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses sind unter „Aufwand" im vorliegenden Kontext die notwendigen zeitlichen und fachlichen Ressourcen zu verstehen, die zur Durchführung des QS-Verfahrens bzw. der Patientenbefragung eingesetzt werden müssen. Im Fokus stehen die Aufwände, die für die Leistungserbringer durch Dokumentation und Datenversand und für die Patientinnen und Patienten durch das Ausfüllen und den Versand des Fragebogens entstehen. Zudem entstehen Aufwände bei den an der Durchführung beteiligten Stakeholdern sowie im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens. Der Nutzen besteht in der Verbesserung einer patientenzentrierten Versorgungsqualität.

Methodisches Vorgehen

Gemäß dem Beauftragungsgegenstand sollen die am Verfahren beteiligten Stakeholder, nämlich LAG, Datenannahmestellen, Softwareanbieter, Versendestelle, Leistungserbringer sowie Patientinnen und Patienten, in die wissenschaftliche Begleitung einbezogen werden. Dies erfolgt durch eine strukturierte, online-basierte Befragung der jeweiligen Gruppen und Institutionen (LAG: n = 13; DAS: n = 19; SWA: n = 7; LE: n = 227; Patientinnen und Patienten: n = 675). Zudem wurden auch die Trägerorganisationen und Patientenvertreterinnen und -vertreter des G-BA eingebunden, die zur Funktionalität und Verständlichkeit der Auswertungen und Rückmeldeberichte inklusive der Bundesauswertung befragt wurden (n = 2).

Darüber hinaus wurden die Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten sowie der Verfahrenssupport für Leistungserbringer beim IQTIG im Kontext der Patientenbefragung durch eine quantitative Auswertung der Supportanfragen evaluiert.

Weiterhin werden die Daten der Patientenbefragung in Bezug auf Rücklaufquoten und Versandzeitpunkte der Befragungsunterlagen und Erinnerungsschreiben ausgewertet. Zudem wird überprüft, ob die Ausgestaltung der Patientenbefragung (insbesondere die Dauer zwischen Indexeingriff und Rücklauf des Fragebogens) Effekte auf das Antwortverhalten hat und somit indirekt Rückschlüsse auf die Funktionalität der Patientenbefragung gezogen werden können.

Des Weiteren werden die Validität und die Auswertung der Qualitätsindikatoren in verschiedenen Facetten betrachtet. Dies umfasst auch die vertiefte Betrachtung des Eignungskriteriums des Verbesserungspotenzials, für das erstmals empirische Ergebnisse für die Patientenbefragung PCI berichtet werden.

Ergebnisse und Empfehlungen

Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenflüsse
Für 2023 lieferten insgesamt 1.005 Leistungserbringer mindestens einmal Daten für die Patientenbefragung. Dies entspricht 83,96 % der Anzahl der Leistungserbringer für die fallbezogene QS-Dokumentation (IQTIG 2024a).

Der Großteil (n = 160; 70,48 %) aller Leistungserbringer, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben (n = 227) übermittelt die Daten monatlich einmal gesammelt an die Datenannahmestellen. Dabei wählen 68,51 % (124 von 181) der stationären Leistungserbringer diese Option; bei den ambulanten Leistungserbringern (n = 29) sind es sogar 86,21 % (n = 25). Von den stationären Leistungserbringern (n = 181) geben darüber hinaus 20,44 % (n = 37) an, mehrmals im Monat Daten zu übermitteln. Aus der Sicht der Datenannahmestellen bestätigt sich dieses Bild weitgehend. Hier geben 47,37 % (n = 9) der Datenannahmestellen, die an der Befragung teilgenommen haben (n = 19), an, dass sie einmal monatlich Daten erhalten, und weitere 31,58 % (n = 6), dass der Zeitpunkt der Datenlieferung der Leistungserbringer unterschiedlich ist und es kein überwiegendes Vorgehen gibt. Laut eigenen Aussagen können die Datenannahmestellen diesen in der Praxis unterschiedlichen Datenübermittlungszeitpunkten der Leistungserbringer adäquat begegnen. Die Datenprüfung bei den Datenannahmestellen erfolgt unmittelbar und reibungslos. Laut Angaben der Leistungserbringer erfolgt die Datenübermittlung an die Datenannahmestellen zu 88,55 % (n = 201) überwiegend fristgerecht. Auf Basis der in der Versendestelle Patientenbefragung dokumentierten Eingänge für die ersten 3 Quartale im Jahr 2024 zeigt sich über alle Datenannahmestellen in Deutschland ein ähnliches Bild wie in den Selbstberichten: 81,69 % aller Datensätze sind bei den Datenannahmestellen fristgerecht eingegangen und 18,31 % wurden nicht-fristgerecht übermittelt.

Den zusätzlichen Dokumentationsaufwand durch die Patientenbefragung beurteilten 53,75 % (n = 122) aller Leistungserbringer als *hoch* oder *sehr hoch*. 19,82 % (n = 45) bewerten den Aufwand hingegen als *gering* oder *sehr gering*, 24,23 % (n = 55) geben *neutral* an. Darüber hinaus wurden die Leistungserbringer befragt, ob sie die Patientenbefragung als Instrument zur Verbesserung einer stärker patientenorientierten Versorgung ansehen. Unter den stationären Leistungserbringer stimmen dieser Aussage 56,90 % (103 von 181) *eher nicht* oder *überhaupt nicht* zu. Unter den ambulanten Leistungserbringern stimmen 82,76 % (24 von 29) nicht zu. 14,98 % (14 von 227) der befragten Leistungserbringer geben *Weiß nicht* an.

Die Qualität der gelieferten Daten beurteilt die Versendestelle insgesamt als *eher gut*, was eine Verbesserung zum Vorjahr bedeutet. Dennoch konnten einige der im Jahr 2023 berichteten Gründe für Einschränkungen der Datenqualität noch nicht behoben werden. So würden (systematisch) fehlerhafte Adressdaten weiterhin auf dem Niveau aus dem Vorjahr auftreten. Dies liegt unter anderem an Problemen mit der Software, die ein falsches Befüllen der Adressfelder zuließ.

Die Datenannahmestellen und die Versendestelle haben im Datenfluss keine Möglichkeit, die Adressen im Vorfeld zu verifizieren, sodass fehlerhafte Adressen erst bei der Stichprobenziehung und der Bereitstellung der Drucksachen auffallen. Auch Herausforderungen durch die hohe Komplexität der Datentrennung in der Versendestelle bestehen laut ihrer Aussage weiterhin. Darüber hinaus sei das Problem, dass es innerhalb der XML-Dateien (XML = Extensible Markup Language) bei den Softwareanbietern eine inkonsistente Nutzung von Namespaces gibt, noch immer relevant. Diesem Problem konnte die Versendestelle allerdings durch eine interne Umwandlung der XML-Dateien in eine Version, die eindeutig verarbeitet werden kann, begegnen.

Nach der Stichprobenziehung erstellt die Versendestelle die Versandunterlagen und übergibt sie an den Postdienstleister. Die Versendestelle unterhält einen Nachunternehmer, der den Druck der Versandunterlagen übernimmt. Eine Analyse der Versandzeitpunkte für die Jahre 2023 und 2024 zeigt, dass sich die Situation verschlechtert hat: Der pünktliche Versand der Befragungsunterlagen konnte in diesen Jahren noch seltener eingehalten werden, insbesondere bei zeitkritischen Versandterminen wie dem Erstanschreiben und dem zweiten Erinnerungsschreiben. Für das Erstanschreiben zeigt sich, dass im Betrachtungszeitraum 86,40 % mit Verspätung versendet wurden. Lediglich 13,60 % wurden pünktlich versendet. Das erste Erinnerungsschreiben, das nur aus einer DIN-A4-Seite besteht, wird am häufigsten pünktlich versendet; im Betrachtungszeitraum war das bei 57,46 % der Fall. Von den zweiten Erinnerungsschreiben wurden 3,45 % pünktlich versendet. Der Rest wurde mit Verspätung versendet (96,55 %).

Kernaufgabe der Fragebogenannahmestelle ist das (maschinelle) Einlesen und Verarbeiten der eingehenden Fragebögen und das Weiterleiten dieser Daten sowie der Mappingtabelle und Vollzähligkeitstabelle an das IQTIG. Aus Sicht der Fragebogenannahmestelle läuft dieser Prozess zuverlässig. Im Erhebungsjahr 2024 wurde den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit eingeräumt, dem Versand weiterer Erinnerungsschreiben nach Erhalt des Erstanschreibens zu widersprechen. Hierzu hat das IQTIG zusammen mit der Versendestelle Patientenbefragung und der Fragebogenannahmestelle einen Prozess etabliert, der sich reibungslos in die bisherigen Prozesse integrieren ließ. Die Anschreiben stellen nun die letzten 12 Ziffern der Fragebogen-ID in 4er-Blöcken und vergrößerter Schriftart dar. Patientinnen und Patienten können sich unter Angabe dieser Ziffern bei der Kontaktstelle Patientenbefragung vom Erinnerungsverfahren ausschließen.

Patientinnen- und Patientenperspektive

Im Betrachtungszeitraum konnte eine Rücklaufquote von 54,82 % verzeichnet werden. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation wurden im Zeitraum vom 16. August bis zum 7. November 2024 Patientinnen und Patienten, die geantwortet haben (Respondenten), aber auch die, die nicht geantwortet haben (Non-Respondenten), befragt. Insgesamt haben 572 Respondenten und 103 Non-Respondenten der Patientenbefragung PCI an der Online-Befragung teilgenommen. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten (n = 334; 62,55 %) gibt an, die Patientenbefragung als überhaupt nicht belastend empfunden zu haben, weitere 25,47 % (n = 136) antworteten mit weniger belastend. Die überwiegende Mehrheit der Respondenten bewertet die Patientenbefragung PCI als sehr relevant oder relevant für die Versorgung von Menschen mit Koronarangiografie oder PCI (n = 500; 87,42 %). 6,82 % (n = 39) der Befragten bewerten die Befragung als teilweise relevant. Bei den Non-Respondenten wurde als häufigster Grund für eine Nicht-Teilnahme angegeben,

dass kein Verbesserungsbedarf bei der eigenen Versorgung gesehen wurde (n = 28; 28,57 %). Von jeweils 16,33 % (n = 16) wurde mitgeteilt, dass der Rückversand der Unterlagen als zu aufwendig angesehen wird oder dass der Fragebogen zu lang erschien.

Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten
Mit der Einführung der Patientenbefragung wurde am IQTIG eine Kontaktstelle eingerichtet, an die sich Patientinnen und Patienten bei Anliegen zur Patientenbefragung per E-Mail oder telefonisch wenden können. 4,36 % (10.984 von 251.851) der über die Patientenbefragung angeschriebenen Patientinnen und Patienten wendeten sich im Berichtszeitraum an die Kontaktstelle. Hier wurde am häufigsten der Wunsch geäußert, nicht teilzunehmen, oder von Angehörigen angegeben, dass die angeschriebene Patientin / der angeschriebene Patient verstorben sei. Andere Patientinnen und Patienten machten deutlich, dass sie kein Interesse an der Befragung haben oder gesundheitlich nicht in der Lage seien, an der Befragung teilzunehmen.

Hinweise zu Rückmeldeberichten, Bundesauswertung und Bundesqualitätsbericht
Die Trägerorganisationen und Patientenvertreterinnen und -vertreter des G-BA wurden gebeten, Hinweise zur Darstellung der Ergebnisse in der Bundesauswertung zu geben. Hierbei werden übergreifend Vorschläge zu den verschiedenen Darstellungsformen in der Bundesauswertung geäußert. Zudem wird empfohlen, Erläuterungen zu verschiedenen Fachbegriffen und ein Abkürzungsverzeichnis aufzunehmen. Darüber hinaus sollte jeder Tabelle und Grafik eine Beschriftung bzw. Beschreibung vorausgehen, damit die Darstellung alleinstehend interpretierbar ist. Im Hinblick auf die Bundesauswertung als Ganzes wird angemerkt, dass leicht ersichtlich sein sollte, ob ein Qualitätsindikator auf Basis der Patientenbefragung berechnet wurde, z. B. durch ein separates Kapitel zur Patientenbefragung. Insgesamt deuten die Anmerkungen der Organisationen, die an der Befragung der Trägerorganisationen des G-BA zur Bundesauswertung teilgenommen haben, darauf hin, dass die dort enthaltenen Formen der Darstellung zur Interpretation der entsprechenden Ergebnisse beitragen und beibehalten werden können, während weitere Verbesserungsbedarfe geprüft werden.

Im Mai 2024 haben alle Leistungserbringer, die Daten für die Patientenbefragung übermittelt haben, zum zweiten Mal ihre Ergebnisse innerhalb der Rückmeldeberichte für das Verfahren *QS PCI* erhalten. Ein Großteil der Leistungserbringer (n = 153; 67,40 %) gibt an, sich diesen Rückmeldebericht angesehen zu haben. 44,44 % (n = 68) der Leistungserbringer, die ihren Rückmeldebericht angesehen haben (n = 153), fanden ihn verständlich. Dabei geben 46,92 % (n = 61) der stationären Leistungserbringer (n = 130) an, dass der Rückmeldebericht für sie grundsätzlich verständlich war, von den ambulanten Leistungserbringern (n = 11) stimmten hier nur 27,27 % (n = 3) zu. Dies stellt insgesamt eine Verschlechterung zum letzten Jahr dar, wo insgesamt 63,5 % (n = 47) der Leistungserbringer, die ihren Rückmeldebericht angesehen hatten (n = 74), diesen als verständlich beurteilten. Darüber hinaus geben dieses Jahr zusätzliche 32,03 % (n = 49) an, dass die Ergebnisse der Patientenbefragung teilweise verständlich und nachvollziehbar waren, und 18,30 % (n = 28), dass sie es nicht waren.

Support für Leistungserbringer und allgemeine Kommunikation mit dem IQTIG
Das IQTIG stellt seit Start der Patientenbefragung im Verfahren *QS PCI* auf seiner Website Informationsflyer sowohl für Leistungserbringer als auch für Patientinnen und Patienten zum Download zur Verfügung.[15] Im Rahmen der Stakeholderbefragung wurden die Leistungserbringer zu ihrer Nutzung der Flyer befragt. Ähnlich wie im Vorjahr geben 10,13 % (n = 23) der Leistungserbringer an, beide Flyer zu nutzen. 20,26 % (n = 46) nutzen nur die Flyer für Patientinnen und Patienten und insgesamt 44,49 % (n = 101) aller Leistungserbringer nutzen das Informationsmaterial gar nicht (n = 54 bzw. 23,79 % antworteten mit *Weiß nicht*). Seit Mai 2024 stellt das IQTIG zudem eine Arbeitshilfe zum Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung zur Verfügung, die als Hilfestellung bei der Interpretation und dem Umgang mit den Befragungsergebnissen dienen soll („Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung *QS PCI* im Stellungnahmeverfahren") (IQTIG 2024c). 30,84 % (n = 70) der Leistungserbringer, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben, geben an, dieses Dokument zu nutzen. Von den Leistungserbringern, die die Arbeitshilfe kennen (n = 70), gaben 61,43 % (n = 45) an, dass sie ihnen (teilweise) im Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung hilft. Als Hürde bezüglich der Nutzung gaben die Leistungserbringer an, dass das Dokument zu umfangreich sei, was auch das Finden der relevanten Informationen erschwere. Dies wird vom IQTIG zum Anlass genommen, eine Kurzfassung der Arbeitshilfe zu erstellen.

Konzept zur Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten
Das IQTIG betrachtet es als notwendig, die Ausgestaltung von Stellungnahmeverfahren so anzupassen, dass ein zielführender und machbarer Umgang mit Blick auf eine effektive Verbesserung der Versorgungsqualität im Sinne der Patientenzentrierung erfolgen kann. Dabei sind auch die Referenzbereiche als Auslösekriterium für das Stellungnahmeverfahren und die qualitative Beurteilung des Stellungnahmeverfahrens zu betrachten.

Mittels der Markierung von Standards wird das anzustrebende (idealtypische) Versorgungsziel definiert, das auf Basis von Wissensbeständen wie Leitlinien oder medizinethischen Standards bei den Indikatoren zur Patienteninformation abgeleitet wird. Benchmarks sollen, mithilfe eines relationalen Vergleichs mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, einen qualitätsorientierten Wettbewerb fördern. Bei einem Referenzbereich, der als Schwellenwert zur Auslösung des Stellungnahmeverfahrens herangezogen werden soll, steht hingegen vor allem die Anzahl an durchführbaren Stellungnahmeverfahren bei den LAG im Vordergrund.

Validität der Qualitätsindikatoren
Die vorgenommene Prüfung der Validität adressierte im Kern vor allem die Güte der Qualitätsindikatoren. Sie erfolgte über folgende Schritte:

1. Prüfung der inhaltlichen Plausibilität der QI-Ergebnisse mittels Einschätzungen des Expertengremiums
2. statistische Betrachtung der Erinnerungszeiträume und deren Effekte auf das Antwortverhalten der Patientinnen und Patienten

[15] Das IQTIG hat auf seiner Website verschiedenste Informationsmaterialien bereitgestellt, die auch für die Patientinnen und Patienten genutzt werden können (IQTIG 2022a, IQTIG 2022b, IQTIG 2022c).

3. Berechnung und Einschätzung des Verbesserungspotenzials für die Qualitätsindikatoren
4. inhaltliche Diskussion der Angemessenheit der Referenzbereiche

Insgesamt konnte in jedem Schritt eine zufriedenstellende Validität für die Qualitätsindikatoren festgestellt werden. Dies umfasst auch die Ergebnisse der ersten empirischen Prüfung des Verbesserungspotenzials. Die Qualitätsindikatoren wiesen überwiegend ein (eher) hohes Verbesserungspotenzial auf, lediglich bei einem Qualitätsindikator (ID 56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI) wurde ein mittleres – und damit ebenfalls relevantes – Verbesserungspotenzial festgestellt. Davon unbenommen werden grundsätzlich noch einmal kleinere Anpassungen am QI-Set vorgeschlagen, um die Inhaltsvalidität zu stärken.

Aufwand-Nutzen-Betrachtung
Im Rahmen der vorläufigen Betrachtung des Aufwand-Nutzens-Verhältnisses wird deutlich, dass die Durchführung der Patientenbefragung PCI bei verschiedenen Stakeholdern mit Aufwänden verknüpft ist, die teilweise als sehr hoch eingeschätzt werden. In den weiteren Jahren sollte daher vertiefend betrachtet werden, worin diese Aufwände bestehen, ob sie sich durch die Etablierung des Verfahrens verringern und wie sie sonst ggf. reduziert werden können. Die ersten Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung geben jedoch Hinweise darauf, dass den Aufwänden ein hoher Nutzen gegenübersteht. Dieser Nutzen wird vor allem durch das bestehende Verbesserungspotenzial, die hohe Bedeutung der Patientenbefragung für die Patientinnen und Patienten und die daraus entstehende Patientenzentrierung der Versorgung gestützt.

Überarbeitung des Stichprobenkonzepts
Das IQTIG hat in Abstimmung mit der Versendestelle eine Aktualisierung des Stichprobenkonzepts erarbeitet. Das bisherige Verfahren sah vor, bei Leistungserbringern, die jährlich voraussichtlich mehr als 200 Behandlungsfälle vorweisen, eine Stichprobe zu ziehen. Grundlage hierfür waren die standortbezogenen Vorjahreszahlen. Es hat sich gezeigt, dass es mit diesem Verfahren nicht sehr gut gelingt, auf schwankende Datenlieferungen seitens der Leistungserbringer zu reagieren und die Zielgröße von 200 gezogenen Fällen, die in die Patientenbefragung für die betreffenden Leistungserbringer eingehen sollen, zu erreichen. Die Entscheidung zwischen Stichprobenziehung und Vollerhebung und der Wechsel zwischen den beiden Optionen konnte nicht optimal erfolgen.

Das überarbeitete Konzept sieht vor, dass bei jedem Leistungserbringer, unabhängig von seinen Fallzahlen, monatlich 17 Fälle gezogen werden. Bei einer Datenlieferung von mehr als 17 Fällen werden die zu ziehenden 17 Fälle zufällig ausgewählt. Werden weniger als 17 Fälle in einem oder mehreren Monaten übermittelt, so werden alle Fälle gezogen und die Differenz zu 17 auf den Folgemonat bzw. die Folgemonate übertragen. Werden im Folgemonat mehr als 17 Fälle an die Versendestelle übermittelt, wird die Differenz (soweit wie möglich) ausgeglichen. Dies bedeutet, dass dann die regelhaften 17 Fälle plus die Anzahl der fehlenden Fälle aus dem Vormonat gezogen werden. Das Verfahren kann besser auf unstetes Lieferverhalten reagieren und die Erreichung der Zielgröße von 200 Fällen besser steuern. Vollerhebungen finden, je nach Lieferverhalten der Leistungserbringer, indirekt statt.

Empfehlungen

Aus den Erkenntnissen des zweiten Beobachtungszeitraums der wissenschaftlichen Begleitung der Patientenbefragung PCI leitet das IQTIG folgende (neue) Empfehlungen ab:

1. Das IQTIG empfiehlt die Anpassung des Stichprobenverfahrens zum Spezifikationsjahr 2026. Entsprechende Anpassungen von Teil 2 § 19 DeQS-RL sind erforderlich.
2. Es wird empfohlen, für das Auswertungsjahr 2027 Informationen zur Berechnung der Sollstatistik aus dem ersten, verschlüsselten Container in den Container, der für den Austausch zwischen Leistungserbringer und Datenannahmestelle vorgesehen ist, zu verschieben, um somit die Einsicht und Zuordnung für die Datenannahmestellen zu ermöglichen. Dies erfordert parallel eine Anpassung in § 2 Abs. 2a der Anlage zu Teil 1 DeQS-RL. Das IQTIG empfiehlt die Ergänzung eines neuen 3. Satzes.
3. Es wird die Einführung eines Auffälligkeitskriteriums (AK), bezogen auf den Soll-Ist-Abgleich im Auswertungsjahr 2028, empfohlen.
4. Zudem wird eine Anpassung der Fragebögen bzw. des QI-Sets empfohlen, um die Validität weiter zu steigern.
5. Es wird empfohlen, Anpassungen bei der Auslösung des Stellungnahmeverfahrens und der qualitativen Bewertung gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) vorzunehmen. Dies erfordert Anpassungen der entsprechenden Regelungen der DeQS-RL, die jedoch perspektivisch im Rahmen der grundsätzlichen Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens erfolgen sollten. Bis dahin wurde eine praxisorientierte Empfehlung ohne verpflichtenden Charakter für die Ausgestaltung durch die LAG vom IQTIG für das Auswertungsjahr 2025 vorgelegt. Aufgrund der Kurzfristigkeit sind die Empfehlungen mit Limitationen verbunden, die vor allem die technische Umsetzung betreffen.
6. Es wird empfohlen, bei der Angemessenheit von Referenzbereichen allein die Funktion „Auslösung von Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL“ heranzuziehen. Getrennt davon sollten Zielwerte im Sinne von „Markierung von Standards“, sowie „Benchmarkwerte“ zur Orientierung für die Leistungserbringer ausgegeben werden. Somit wird deutlich, wo die avisierten Qualitätsstandards liegen und wo sich der jeweilige Leistungserbringer in der Versorgungslandschaft verortet.
7. Es wird empfohlen, durch die Rechtsabteilung des G-BA prüfen zu lassen, ob auf die physische Archivierung der Fragebögen bei der Fragebogenannahmestelle verzichtet werden kann.

Fazit und Ausblick

Im Juli 2022 startete im Rahmen des Verfahrens *QS PCI* die erste Patientenbefragung als elementarer Bestandteil der gesetzlichen Qualitätssicherung. Mit diesem Meilenstein wurden neue Strukturen geschaffen, neue Datenflüsse etabliert und neue Fristen implementiert. Im Fokus der Evaluation liegen die Auswertungen der Stakeholderbefragungen, die Analysen der Befragungsdaten bzw. zur Validität der Qualitätsindikatoren sowie die Aufwand-Nutzen-Betrachtung für den zweiten Betrachtungszeitraum.

Auch für diesen Betrachtungszeitraum bewertet das IQTIG die Durchführung der Patientenbefragung als weitgehend positiv. 87,42 % der Patientinnen und Patienten betrachten die Patientenbefragung als *relevant* oder *sehr relevant*. Die hohe Bedeutung für die Patientinnen und Patienten wird hierbei auch durch die hohe Rücklaufquote von 54,82 % und die geringe Rate an Non-Response-Antworten (Median = 1,16 %; Mittelwert = 4,18 %) deutlich. Zudem sprechen die wenigen *Weiß-nicht-(mehr)*-Antworten für eine hohe Akzeptanz und ein gut validiertes Fragebogeninstrument. Die Leistungserbringer verbinden die Patientenbefragung dagegen noch immer eher mit Aufwänden und sehen bei sich kein Verbesserungspotenzial für die Qualitätssicherung.

In diesem Betrachtungszeitraum gab es auch wieder verschiedene technische Herausforderungen bei der Durchführung der Patientenbefragung. Den Herausforderungen wurde vonseiten der Stakeholder erneut konstruktiv begegnet. Dies umfasst beispielhaft Schwierigkeiten beim pünktlichen Versand der Befragungsunterlagen, die der G-BA mit verlängerten Fristen für den Fragebogenversand – die mit Beginn des Jahres 2025 gelten – und die VPB mit der Suche nach einem neuen bzw. weiteren externen Druckdienstleister lösen möchte.

Unabhängig von den technischen Verbesserungspotenzialen sind die Güte des Befragungsinstruments und die Auswertungsmethodik der Befragungsdaten zu verstehen. Hier zeigt die Prüfung der Validität der Qualitätsindikatoren, dass vom Befragungsinstrument relevante Prozesse erfasst werden, die zumeist ein (eher) hohes Verbesserungspotenzial aufweisen. Das unterstreicht, dass die erhobenen Daten und berechneten Ergebnisse der Patientenbefragung relevant und aussagekräftig sind. Dies ermöglicht es, wichtige Einblicke in das Patientenerleben zu bekommen und damit die Qualität der Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Neben der fortführenden Beobachtung und Analyse der hier thematisierten Aspekte der Patientenbefragung werden im nächsten Betrachtungszeitraum u. a. die Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten (inkl. der Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer), der zeitliche Aufwand für das Stellungnahmeverfahren und die Durchführbarkeit und Durchführung von Stellungnahmeverfahren fokussiert.

5 Ausblick

5.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten

Für die Mehrzahl der Indikatoren des Verfahrens *QS PCI* hat sich das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2025 gegenüber den Vorjahren verbessert. Ab dem Auswertungsjahr 2026 werden mehrere Indikatoren entweder abgeschafft (IDs 56001, 56005–56011 und 56016) oder als Transparenzkennzahl weitergeführt (ID 56026; ab AJ 2027 auch ID 56024). Für die Indikatorengruppe „Kontrastmittelmenge" (IDs 56009–56011), die zur Abschaffung empfohlen wurde, prüft das IQTIG gegenwärtig, ob sie zukünftig in einer anderen Form (Fokus auf Patientinnen und Patienten mit manifester Niereninsuffizienz) weitergeführt werden kann. Für die ebenfalls zur Abschaffung empfohlene Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt" (IDs 56005–56008) wurde das IQTIG im Zuge des G-BA-Beschlusses über die prospektiven Rechenregeln 2025 vom 18. Juli 2024 beauftragt, die Aussetzungsempfehlung mit Blick auf die neue Auswertungsmethodik und das Ausmaß der Redundanzen durch die anderen Qualitätssicherungsvorgaben noch einmal zu bewerten. Diesem Auftrag kommt das IQTIG im kommenden Auswertungsjahr unter Einbeziehung der Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2025 nach.

Vor großen Herausforderungen steht das IQTIG in Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Risikoadjustierung. So ist es bislang noch nicht gelungen, die Risikomodelle so zu gestalten, dass der Vergleich der Leistungserbringergruppen Ergebnisse liefert, die alle Bedenken der Unplausibilität ausräumen. Vor diesem Hintergrund bemüht sich das IQTIG intensiv um eine Weiterentwicklung oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung innerhalb des Verfahrens *QS PCI*.

Darüber hinaus muss kritisch hinterfragt und analysiert werden, welche Möglichkeiten bestehen, die MACCE-Indikatoren zukünftig zielführender für die Qualitätssicherung einzusetzen und welche Rahmenbedingungen dazu erforderlich sind und ggf. noch geschaffen werden müssen. Hierzu bedarf es eines offenen und kritischen Diskurses zwischen den an der gesetzlichen Qualitätssicherung beteiligten Akteuren.

Für die Indikatoren, die die Indikationsstellung adressieren, konnten mit den Spezifikations- und Rechenregelempfehlungen für das Erfassungsjahr 2026 sowohl größere Anpassungen zur Optimierung der Validität vorgenommen (ID 56000) als auch ein neuer Indikator zur Überprüfung der Indikationsstellung für die elektive PCI zur Einführung vorgeschlagen werden. Damit würden ab dem Auswertungsjahr 2028 Ergebnisse über die Qualität der Indikationsstellung für die elektive Koronarangiografie und die elektive PCI vorliegen. In diesem Zusammenhang gilt es zu beobachten, inwieweit es mit Blick auf den G-BA-Beschluss vom 18. Januar 2024, der zur Aufnahme der Computertomografie-Koronarangiografie (CCTA) in den ambulanten Leistungskatalog geführt hat, zu einem Rückgang der invasiven KHK-Diagnostik und damit auch zu einem Fallzahlrückgang innerhalb des Verfahrens *QS PCI* kommen wird.

Da sich aus den Stellungnahmeverfahren regelmäßig Hinweise auf Dokumentationsfehler ergeben und für das Verfahren *QS PCI* bislang keine fundierten Hinweise über die Dokumentationsqualität vorliegen, wäre die Durchführung einer Datenvalidierung in Form eines systematischen Abgleichs zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation eine wichtige Maßnahme für die Zukunft. Hierzu wäre es erforderlich, dass zunächst der G-BA eine entsprechende Regelung beschließt, die einen Datenabgleich möglich macht. Auch aus den Reihen des Expertengremiums auf Bundesebene wird die Durchführung einer Datenvalidierung ausdrücklich gefordert.

Eine größere Veränderung im Rahmen der Fallauslösung und Datenerhebung könnte sich für das Verfahren *QS PCI* ab dem Erfassungsjahr 2026 ergeben. Um einen Anreiz zur Ambulantisierung zu schaffen, werden ab diesem Jahr sogenannte Hybrid-DRGs eingeführt. Dabei handelt es sich um Fallpauschalen, bei denen für ambulante und stationäre Leistungen die gleiche Vergütung gezahlt wird. Der Hybrid-DRG-Katalog gilt für ambulante und vollstationär erbrachte Fälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Belegungstagen und löst für die aufgenommenen Prozeduren (OPS-Kodes) die bisherigen Regelungen des ambulanten Operierens ab. Einige dieser OPS-Kodes betreffen auch das Verfahren *QS PCI*. Mit Blick auf diese grundlegenden Änderungen der Abrechnungssystematik muss geprüft werden, inwieweit die Fallauslösung und Datenerhebung für das Erfassungsjahr 2026 unter Berücksichtigung der bereits vom G-BA beschlossenen Spezifikation für das Erfassungsjahr 2026 gewährleistet werden kann und welche Anforderungen sich für die kommenden Auswertungen ergeben. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung ist davon auszugehen, dass die Fallauslösung für das Erfassungsjahr 2026 lediglich für den vertragsärztlichen Bereich eingeschränkt sein könnte.

5.2 Patientenbefragung

Auch im Auswertungsjahr 2025 bestätigt die Evaluation der Patientenbefragung im Verfahren *QS PCI* ein insgesamt stabiles Bild der wahrgenommenen Versorgungsqualität. Auffällig ist dabei, dass ein Anstieg der Behandlungszahlen bei gleichzeitig rückläufiger Zahl der Leistungserbringer zu verzeichnen war. Trotz dieser strukturellen Veränderung zeigen die Ergebnisse in bestimmten Qualitätsindikatoren, etwa der Interaktion und Kommunikation bei elektiven Eingriffen (ID 56110), weiterhin positive Bewertungen. Demgegenüber offenbaren andere Bereiche – z. B. die patientenorientierte Information zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung im Rahmen dringender bzw. akuter PCI (ID 56113) – einen anhaltenden und deutlichen Verbesserungsbedarf. Vor allem bei der Indikationsstellung gibt es zwar nur eine kleine Menge Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen, jedoch gab mehr als ein Drittel der Befragten an, keine entsprechenden Symptome zu haben, sodass die Indikation sowohl bei der elektiven Angiografie als auch bei der elektiven PCI infrage zu stellen ist. Vor diesem Hintergrund sollte die Patientenbefragung als kontinuierlich eingesetzte und systematisch verankerte Datenquelle in der externen Qualitätssicherung weiter etabliert werden, um patientenzentrierte Perspektiven dauerhaft zu integrieren, zeitliche Entwicklungen vergleichbar darzustellen und gezielte Verbesserungsmaßnahmen evidenzbasiert abzuleiten.

Literatur

AAPOR [The American Association for Public Opinion Research] (2023): Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 10th edition. Revised 2023. Alexandria, US-VA: AAPOR. URL: https://aapor.org/wp-content/uploads/2023/05/Standards-Definitions-10th-edition.pdf (abgerufen am: 07.06.2023).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2024 zu Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI – postoperative Wundinfektionen), Verfahren 4 (QS NET) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 20.07.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6113/2023-07-20_DeQS-RL_prospektive-Rechenregeln_PCI_WI_NET_EJ_2024.pdf (abgerufen am: 22.07.2024).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung gemäß § 19 Absatz 8 QS PCI der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand.] 03.05.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5999/2023-05-03_IQTIG-Beauftragung_wissensachftliche-Begleitung-Erprobung-PCI.pdf (abgerufen am: 14.06.2024).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2025 zu Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI – postoperative Wundinfektionen), Verfahren 4 (QS NET) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 18.07.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6744/2024-07-18_DeQS-RL_prospektive-Rechenregeln-QS-PCI-WI-NET-EJ-2025.pdf (abgerufen am: 30.07.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Information zur Patientenbefragung im QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie* (QS PCI) für Krankenhäuser und Arztpraxen. Stand: 01.07.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG_Info_PPCI_LE_kurz_2022-06-09_web.pdf (abgerufen am: 27.05.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Information zur Patientenbefragung im QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie* (QS PCI) für Patientinnen und Patienten. Befragung von Patientinnen und Patienten mit Herzkatheteruntersuchung, Stenteinlage bzw. Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen. Stand: 01.07.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG_Info_PPCI_Patienten_2022-06-09_web.pdf (abgerufen am: 28.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022c): Information zur Patientenbefragung im QSVerfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*. Hinweise zum Ablauf zur Patientenbefragung QS PCI. Stand: 22.03.2022. [Berlin]: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/Infoschreiben/2022/2022-03-22_IQTIG_Info_LAG.pdf (abgerufen am: 28.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS PCI*, *QS HSMDEF* und *QS KEP*. Abschlussbericht. [Stand:] 19.07.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS_Verfahren-PCI-HSMDEF-KEP_2023-07-19-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 18.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Bundesqualitätsbericht 2024. [Stand:] 22.10.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2024_2024-10-22.pdf (abgerufen am: 11.12.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 20.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024c): Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren. Arbeitshilfe für die Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer. Version 1.0. Stand: 02.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Patientenbefragung-QS-PCI_STNV_Arbeitshilfe_2024.pdf (abgerufen am: 27.05.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Auswertungsjahr 2025. Berichtszeitraum Q1/2023 – Q4/2024. Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL (Endgültige Rechenregeln). Stand: 28.05.2025. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2025/pci/DeQS-RL_PCI_AJ2025_QIDB-RR-E_V02_2025-05-28.pdf (abgerufen am: 11.08.2025).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

PCI:
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 7

Datengrundlagen 9

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 13

Datengrundlage Patientenbefragung 14

Ergebnisübersicht 16

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 19

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 23

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 25

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 27

56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie 27

Details zu den Ergebnissen 31

56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund 33

Details zu den Ergebnissen 37

Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt 38

56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt 38

56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt 42

Details zu den Ergebnissen 46

Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt 49

56005: Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien 49

56006: Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI 53

56007: Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI 57

56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt 61

Details zu den Ergebnissen 65

Gruppe: Kontrastmittelmenge 68

56009: Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien ... 68

56010: Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI ... 72

56011: Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI ... 76

Details zu den Ergebnissen ... 80

56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen ... 81

Details zu den Ergebnissen ... 86

Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI ... 87

56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt ... 87

56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI ... 91

Details zu den Ergebnissen ... 95

Gruppe: MACCE ... 96

56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie ... 96

56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI ... 102

56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt ... 108

Details zu den Ergebnissen ... 114

Gruppe: Sterblichkeit bei PCI ... 117

56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) ... 117

56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag) ... 123

Details zu den Ergebnissen ... 129

56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI ... 131

56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie ... 136

56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur ... 141

56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung ... 145

56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals ... 150

56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte ... 159

56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur ... 171

56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur ... 184
56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten ... 188
56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur ... 192
56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur ... 196
56111: Patienteninformation nach der Prozedur ... 202
56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI ... 214
56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI ... 223
56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI ... 228
56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung ... 233
56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle ... 238
56117: Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur ... 242
56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI ... 248
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 252
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 252
852103: Angabe EF "unbekannt" ... 252
852104: Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie ... 254
852105: Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt" ... 256
852106: Angabe Kreatininwert "unbekannt" ... 258
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 260
852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 260
852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 262
852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 264
Basisauswertung ... 266
Basis ... 266
Übersicht (Gesamt) ... 266
Patientinnen und Patienten ... 267
Vorgeschichte ... 269
Interventionen ... 270

Postprozeduraler Verlauf ... 270
Koronarangiographie ... 271
Patientinnen und Patienten ... 271
Vorgeschichte ... 272
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur) ... 273
Indikation und Diagnose ... 274
Intervention ... 276
Komplikationen ... 279
PCI ... 279
Patientinnen und Patienten ... 279
Vorgeschichte ... 280
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur) ... 281
Indikation und Diagnose ... 282
Intervention ... 282
Komplikationen ... 287
Sozialdaten ... 287
Erfassungsjahr 2023 ... 287
7 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2023 ... 287
Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes ... 287
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 292
Mortalität ... 300
30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2023 ... 302
365 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2023 ... 303
Patientinnen- und Patientenbefragung ... 303
Patientinnen und Patienten ... 304
Stichprobenbeschreibung ... 305

Einleitung

Die vorliegende Jahresauswertung beinhaltet die Ergebnisse für das QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI). Es wurden sowohl Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 auf Basis der QS-Dokumentation und der Patientenbefragung als auch sozialdatenbasierte Follow-up-Qualitätsindikatoren für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2023 ausgewertet und berichtet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) – das QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt, d. h., es werden sowohl ambulante als auch stationär erbrachte Eingriffe qualitätsgesichert.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung: Koronarangiographien sind nur durchzuführen, wenn ausreichende medizinische Gründe für deren Notwendigkeit vorliegen

- Förderung der Leitlinienadhärenz: bei der Durchführung sind die medizinisch-wissenschaftlichen Standards einzuhalten, wie sie insbesondere in den Leitlinien empfohlen werden

- Verringerung der Anzahl der Komplikationen während und nach dem Eingriff

Das Indikatorenset für das Auswertungsjahr 2025 besteht aus insgesamt 38 Indikatoren, von denen 13 Indikatoren ausschließlich auf der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, 6 Indikatoren - zusätzlich zu der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer - auf den Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie 19 Indikatoren auf einer Patientenbefragung basieren. Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt. Die Adressdaten für die Patientenbefragung werden monatlich von den Leistungserbringern über die DAS an die Versendestelle übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten definiert (hier: Abrechnung einer Koronarangiographie bzw. PCI in einem definierten Zeitraum). In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für die definierte Patientin bzw. den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare Datensätze können für die (sozialdatenbasierte) QI-Berechnung nicht ausgewertet bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel „Datengrundlagen“ wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren Datensätze berichtet.

Die Daten aus der Patientenbefragung werden nicht mit den QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten verknüpft. Die Patientenbefragung wird anonym ausgewertet und erfolgt, sobald die Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen für einen Qualitätsindikator mindestens 4 beträgt.

Die Patientenbefragung ist zum 1. Juli 2022 gestartet. Dabei dienten die ersten 6 Monaten insbesondere der Erprobung der Datenerhebung und des Datenflusses. Die Ergebnisse aus diesem Zeitraum wurden im Auswertungsjahr 2023 nicht in der Bundesauswertung bzw. nicht im Bundesqualitätsbericht berichtet. Vor diesem Hintergrund werden im vorliegenden Bericht für das Auswertungsjahr 2025 keine Vorvorjahresergebnisse dargestellt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- von Patientinnen und Patienten zurückgesendete Fragebögen
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar. In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Datensätze und Leistungserbringer wird entsprechend des Datenflusses für kollektivvertragliche Leistungen, stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern und selektivvertragliche Leistungen ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird darüber hinaus auf Institutionskennzeichennummer (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	70.959 70.959 0	75.408	94,10
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	688.901 688.473 428	675.071	102,05
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	3.594 3.594 0	3.759	95,61

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	763.454 763.026 428	754.238	101,22
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	259		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	259	282	91,84
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	259	282	91,84
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	916		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	981	982	99,90
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	785	786	99,87
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	30		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	30	30	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	30	30	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.168		

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.241	1.266	98,03
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	1.045	1.070	97,66

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	69.109 69.109 0	70.651	97,82
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	670.675 670.297 378	660.084	101,60
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	3.826 3.826 0	0	-
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	743.610 743.232 378	730.735	101,76
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	254		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	254	283	89,75
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	254	283	89,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	955		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	1.029	1.018	101,08

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	821	817	100,49
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	35		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	35	0	-
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	35	0	-
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.196		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.279	1.301	98,31
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	1.071	1.100	97,36

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2023 auf Ebene des Leistungserbringers sowie auf Bundes- und Landesebene differenziert nach Sektoren entsprechend des Datenflusses dar (analog der vorherigen Tabelle). Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonyme (PID) mit den für Indexeingriffe des Erfassungsjahres 2023 gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	69.109	91,79 N = 63.436
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	670.297	97,56 N = 653.941
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	3.826	57,21 N = 2.189
Bund (gesamt)	743.232	96,82 N = 719.566

Datengrundlage Patientenbefragung

Rücklaufquote der Patientenbefragung

Die Rücklaufquote stellt das Verhältnis der versendeten Fragebögen (brutto) zu den zurückgeschickten Fragebögen (netto) dar. Die zurückgesendeten, gültigen Fragebögen bilden die Berechnungsgrundlage für die Qualitätsindikatoren. Die Rücklaufquote wird gemäß AAPOR Standard RR6 berechnet.

Bei der Patientenbefragung wird grundsätzlich zwischen einer Vollerhebung und einer Stichprobe auf Leistungserbringerebene abgewogen. Anhand der Vorjahresdaten entscheidet die Versendestelle, ob eine Vollerhebung durchgeführt wird (≤ 200 Fälle im Vorjahr) oder eine Stichprobe gezogen wird (> 200 Fälle im Vorjahr). In Abhängigkeit zu diesem Vorgehen stellt das Brutto je Leistungserbringer entweder alle Fälle je Erfassungszeitraum (Vollerhebung) oder eine Stichprobe dar.

Für das Auswertungsjahr 2025 ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobenziehung in der Versendestelle nicht optimal verläuft und es daher sein kann, dass keine 200 Fälle gezogen wurden. Grund dafür ist, dass die Prognose der Versendestelle nicht in allen Fällen gut funktioniert. Das IQTIG hat zusammen mit der Versendestelle eine Überarbeitung des Stichprobenkonzepts erarbeitet, welches ab dem Erfassungsjahr 2026 umgesetzt werden soll. Dies dient der Verbesserung des Verhältnisses zwischen den zu ziehenden Fällen (Zielgröße n = 200 Fälle pro Jahr) und den tatsächlich in der Versendestelle gezogenen Fällen pro Leistungserbringer pro Jahr.

Erfassungsjahr	Anzahl versendete Fragebögen (Brutto)	Anzahl zurückgesendete Fragebögen (Netto)	Rücklaufquote in %
2024	135.884	71.106	52,33

Soll-Ist-Abgleich Patientenbefragung

Für die Patientenbefragung sind die Leistungserbringer gemäß DeQS-RL dazu verpflichtet, die Daten der Patientinnen und Patienten, die im Vormonat einen Indexeingriff hatten bzw. im Vormonat entlassen wurden, monatlich bis zum 7. Tag über die Datenannahmestellen an die Versendestelle Patientenbefragung zu übermitteln. Zu diesen Daten gehören insbesondere die Adressdaten der Patientinnen und Patienten sowie medizinische und behandlungsspezifische Daten, die für die Auswahl des korrekten Fragebogens in der Versendestelle erforderlich sind. An den Übermittlungsstichtag (7. Tag eines Monats) schließt sich eine 7-tägige Korrekturfrist an. Daten, die nach dieser Korrekturfrist eingehen, sind nicht fristgemäß und werden für den Versand der Fragebögen nicht berücksichtigt. Die „Anzahl der übermittelten Dokumentationsdaten“ stellt also die Anzahl fristgerecht übermittelter Fälle durch die Leistungserbringer dar. Die Anzahl der fristgerecht übermittelten Dokumentationsdaten ist für den Soll-Ist-Abgleich gemäß DeQS-RL relevant.

Die Daten der Patientenbefragung werden nicht in die Berechnung der Sollstatistik der fallbezogenen Dokumentation des QS-Verfahrens PCI einbezogen. Nichtsdestotrotz erfolgt ein Abgleich mit ebendieser. Für diesen Abgleich wird die Anzahl der fristgerecht übermittelten Datensätze für die Patientenbefragung an die Versendestelle (Ist) der Anzahl der erwarteten Daten (Soll) der fallbezogenen Dokumentation gegenübergestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der spezifischen Bestimmungen für die Patientenbefragung eine exakte Übereinstimmung nicht erzielt werden kann. Updates und Stornos, die nach Ablauf der monatlichen Korrekturfrist eingehen, können für die Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden. Zudem gelten strenge Löschfristen, sodass eine spätere Zuordnung zu den Befragungsdaten nicht möglich ist.

Erfassungsjahr	Anzahl der eingegangenen Dokumentations-daten (Ist)	Anzahl der erwarteten Dokumentations-daten (Soll)	Quote in %
2024	609.579	754.238	80,82

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses bzw. pro Betriebsstättennummer eines vertragsärztlichen Leistungserbringers.

Aufgrund der Umstellung der Auswertungsmethodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit zum EJ 2021 gilt im QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) ein Ergebnis als auffällig, wenn der gesamte Vertrauensbereich außerhalb des Referenzbereiches liegt. Nähere Informationen sind auf der Internetseite https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-auffaelligkeitseinstufung/ abrufbar.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert werden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren, können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden. Sogenannte Follow-up-Indikatoren, sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren PCI bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt

- nach Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024 sowie
- nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2023.

Für die Ergebnisse aus der Patientenbefragung sind folgende zusätzliche Hinweise zu beachten:

- Für die Patientenbefragung werden keine Rückmeldungen gegeben, wenn die Anzahl der zurückgeschickten Fragebögen für einen Qualitätsindikator $n < 4$ ist.

- Die Ergebnisse der Patientenbefragung beziehen sich auf das Jahr 2024, wenn für den jeweiligen Standort bzw. die jeweilige Betriebsstättennummer Daten an die Versendestelle geliefert wurden. Anhand dieser gelieferten Daten wurde, entsprechend der Vorgaben in der DeQS-RL (Teil II, Verfahren 1 § 19, Abs. 2), eine Vollerhebung oder Stichprobenziehung durchgeführt. Die Ergebnisse stellen die Antworten aller zurückgesendeten Fragebögen von Patientinnen und Patienten dar.

- Die Ergebnisse von 18 der 19 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden mit Referenzbereichen dargestellt. Nur der Referenzbereich des Qualitätsindikators „Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur“ (ID 56102) wird bei der diesjährigen Auswertung ausgesetzt. Grundsätzlich gilt, dass hohe Werte (bis maximal 100) ein gutes Ergebnis darstellen. Diese Interpretation gilt nicht für die risikoadjustierten QI der Patientenbefragung.

- Für die risikoadjustierten Indikatoren der Patientenbefragung wird als Ergebnis eine SMOR (Standardized Mortality Odds Ratio) berechnet, die das beobachtete Indikatorergebnis mit einem für das Patientenkollektiv erwartbaren Indikatorergebnis in Beziehung setzt. SMOR-Ergebnisse besitzen als Verhältnisangabe keine Einheit und können Werte > 0 erreichen. Je höher der SMOR-Wert ausfällt, desto besser ist das Ergebnis. Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind SMOR-Werte ab > 1 als positiv zu bewerten.

- Die Ergebnisse der Patientenbefragung in der Bundesauswertung enthalten vier wesentliche Elemente: eine Grafik (Plot), zwei Tabellen (Detailergebnisse und Merkmalsergebnisse) sowie Balkendiagramme und zugehörige Tabellen (Häufigkeitsauszählungen).
In den Plots werden die Ergebnisse (Punktschätzer) der Leistungserbringer dargestellt. Bei der Interpretation der Auffälligkeiten sind die Farben der abgebildeten Punktschätzer zu berücksichtigen. Bei den grün gekennzeichneten Punkten überschneidet der (nicht dargestellte) Vertrauensbereich den Referenzbereich, und das Ergebnis ist nicht auffällig. Bei den gelb gekennzeichneten Punkten liegt der (nicht dargestellte) Vertrauensbereich komplett unterhalb des Referenzbereichs und stellt damit ein auffälliges Ergebnis dar.

In der Tabelle der Detailergebnisse wird das Indikatorergebnis stratifiziert dargestellt. In der Spalte „Ergebnis n“ wird die Anzahl der Fragebögen, die diesem Indikatorergebnis zugrunde liegen, ausgewiesen. Die beiden Spalten „Ergebnis“ und „Vertrauensbereich“ weisen den Punktschätzer und den zugehörigen Vertrauensbereich aus.
Die Tabelle mit den Ergebnissen der Merkmale bildet die nächsttiefere Auswertungsebene ab. Abzulesen ist das Ergebnis des Punktschätzers des jeweiligen Merkmals. Diese Tabelle dient der ersten Orientierung, welche Themen bei den Leistungserbringern gut und welche nicht so gut umgesetzt werden.
Die Detailauswertung aller Items, die in die Berechnung eines Indikators eingehen, sollen insbesondere im Stellungnahmeverfahren dazu befähigen, bei QIs, die aus mehr als einem Merkmal und mehr als einem Item bestehen, eine tiefergehende Analyse zu Optimierungsbedarfen vornehmen zu können.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) und zur Patientenbefragung PCI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter: https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pci/ sowie https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/ .

Unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/ finden Sie nähere Informationen zur Konstruktion und Auswertung von Patientenbefragungs-QIs.

Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar, die auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und der Patientenbefragung berechnet wurden.

Aufgrund der Umstellung der Auswertungsmethodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit zum EJ 2021 gilt im QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) ein Ergebnis als auffällig, wenn der gesamte Vertrauensbereich außerhalb des Referenzbereiches liegt. Nähere Informationen sind auf der Internetseite https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-auffaelligkeitseinstufung/ abrufbar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	Nicht definiert	71,51 % O = 170.028 N = 237.760
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	Nicht definiert	25,35 % O = 52.825 N = 208.359
Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt			
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	≥ 75,00 %	81,10 % O = 23.370 N = 28.816
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	≤ 2,50 %	1,51 % O = 442 N = 29.258

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt			
56005	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien	≤ 1,38 (95. Perzentil)	0,94 O = 584.795.689 E = 625.414.199,79 N = 484.716
56006	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI	≤ 1,16 (95. Perzentil)	0,98 O = 78.465.621 E = 80.565.964,24 N = 24.245
56007	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI	≤ 1,35 (95. Perzentil)	0,95 O = 872.287.659 E = 922.337.621,21 N = 284.669
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	≤ 0,25 %	0,23 % O = 1.863 N = 795.541
Gruppe: Kontrastmittelmenge			
56009	Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien	Nicht definiert	70,81 ml O = 34.404.743 ml N = 485.907
56010	Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI	Nicht definiert	141,56 ml O = 3.441.005 ml N = 24.307
56011	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI	Nicht definiert	162,65 ml O = 46.409.548 ml N = 285.327

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI			
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 94,54 % (5. Perzentil)	95,08 % O = 36.212 N = 38.084
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	Nicht definiert	95,42 % O = 259.108 N = 271.550
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	≥ 1,09 (Mittelwert)	1,09 n = 14.612
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	≥ 1,03 (Mittelwert)	1,03 n = 33.998
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	Nicht definiert	88,20 Punkte n = 30.816
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	≥ 89,18 Punkte (Mittelwert)	89,18 Punkte n = 71.106
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	≥ 86,68 Punkte (Mittelwert)	86,68 Punkte n = 71.106
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	≥ 85,11 Punkte (Mittelwert)	85,11 Punkte n = 71.106
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	≥ 75,09 Punkte (Mittelwert)	75,09 Punkte n = 48.610
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	≥ 89,65 Punkte (Mittelwert)	89,65 Punkte n = 40.832

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	≥ 80,49 Punkte (Mittelwert)	80,49 Punkte n = 48.610
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	≥ 84,20 Punkte (Mittelwert)	84,20 Punkte n = 48.610
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	≥ 91,25 Punkte (Mittelwert)	91,25 Punkte n = 18.189
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	≥ 79,82 Punkte (Mittelwert)	79,82 Punkte n = 71.106
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	≥ 61,62 Punkte (Mittelwert)	61,62 Punkte n = 21.614
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	≥ 49,11 Punkte (Mittelwert)	49,11 Punkte n = 11.015
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	≥ 91,88 Punkte (Mittelwert)	91,88 Punkte n = 7.947
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	≥ 78,26 Punkte (Mittelwert)	78,26 Punkte n = 71.106
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	≥ 93,53 Punkte (Mittelwert)	93,53 Punkte n = 71.106
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	≥ 1,02 (Mittelwert)	1,02 n = 48.610
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	≥ 0,99 (Mittelwert)	0,99 n = 14.612

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 dar, die auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen und der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer berechnet wurden. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	Nicht definiert	1,07 O/E = 3.828 / 3.581,36 N = 752.266
Gruppe: MACCE			
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	Nicht definiert	1,02 O/E = 6.625 / 6.488,34 N = 435.262
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	Nicht definiert	0,96 O/E = 9.386 / 9.760,39 N = 256.434
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	Nicht definiert	1,04 O/E = 5.945 / 5.711,66 N = 43.728

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI			
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	Nicht definiert	0,99 O/E = 4.183 / 4.211,10 N = 236.918
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	Nicht definiert	0,97 O/E = 13.155 / 13.542,60 N = 232.722

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit prüfen die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z.B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit prüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert bei Krankenhäusern auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Bei vertragsärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern wird die Sollstatistik dagegen auf Ebene der Betriebsstättennummer (BSNR) ausgewiesen. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher bei Krankenhäusern auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden. Bei vertragsärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern werden alle Auffälligkeitskriterien einheitlich auf Basis der BSNR berechnet.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse für die Auffälligkeitskriterien zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar, die auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer berechnet wurden.

© IQTIG 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852103	Angabe EF "unbekannt"	≤ 12,38 % (95. Perzentil)	3,65 % 27.776 / 761.825	4,71 % 55 / 1.168
852104	Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie	Nicht definiert	1,26 % 9.719 / 771.234	0,00 % 0 / 1.167
852105	Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"	≤ 0,99 % (95. Perzentil)	0,21 % 1.584 / 763.026	4,20 % 49 / 1.168
852106	Angabe Kreatininwert "unbekannt"	≤ 1,57 % (95. Perzentil)	0,45 % 3.200 / 703.626	4,25 % 49 / 1.154
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	101,22 % 763.454 / 754.238	8,93 % 113 / 1.266
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	101,22 % 763.454 / 754.238	4,66 % 59 / 1.266
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,06 % 428 / 754.238	0,32 % 4 / 1.266

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie

Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven isolierten Koronarangiographien, bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive Ischämiezeichen) vorliegt, soll hoch sein.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle elektiven, isolierten Koronarangiographien mit führender Indikation: „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „Verdacht auf Progression der bekannten KHK“ unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit CCS III
Zähler	Patientinnen und Patienten mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (Belastungs-EKG, Herz-CT, Belastungsszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests)
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

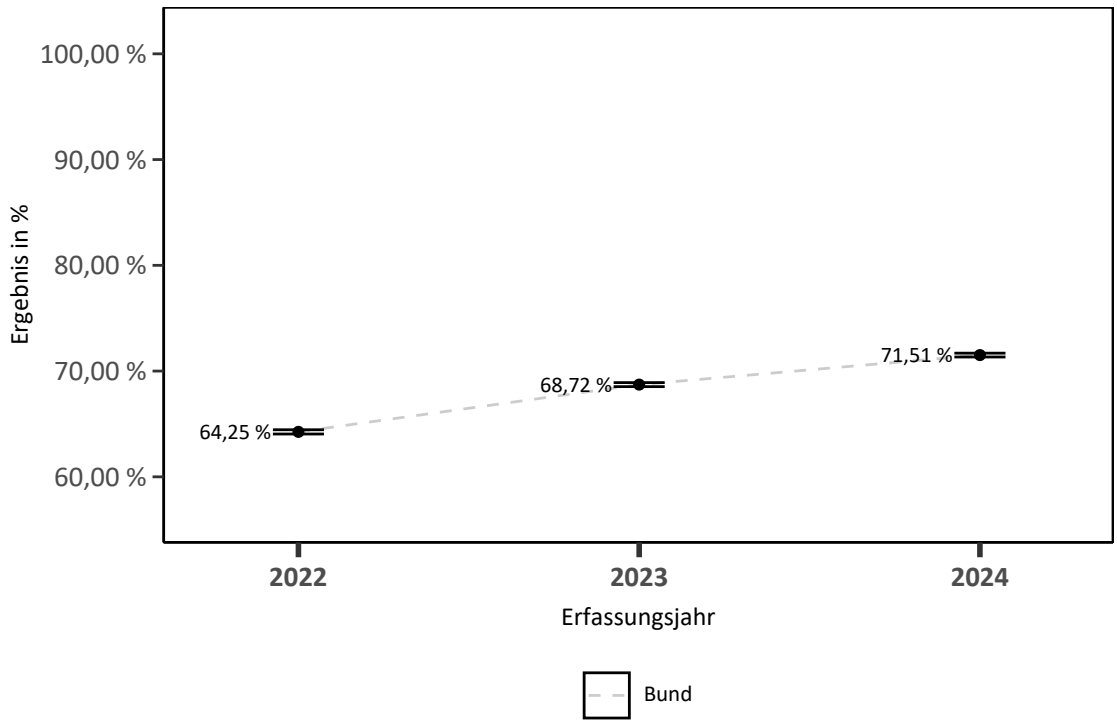
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2022**	20.219 / 30.666	65,93	65,40 - 66,46
		2023	25.083 / 35.505	70,65	70,17 - 71,12
		2024	27.363 / 37.468	73,03	72,58 - 73,48
	KH	**2022**	22.918 / 33.272	68,88	68,38 - 69,38
		2023	34.428 / 48.199	71,43	71,02 - 71,83
		2024	43.488 / 58.958	73,76	73,40 - 74,11
Stationär	**BÄ**	**2022**	273 / 446	61,21	56,63 - 65,65
		2023	445 / 690	64,49	60,87 - 68,00
		2024	527 / 666	79,13	75,92 - 82,09
	KH	**2022**	93.641 / 149.004	62,84	62,60 - 63,09
		2023	96.502 / 143.347	67,32	67,08 - 67,56
		2024	97.265 / 138.749	70,10	69,86 - 70,34

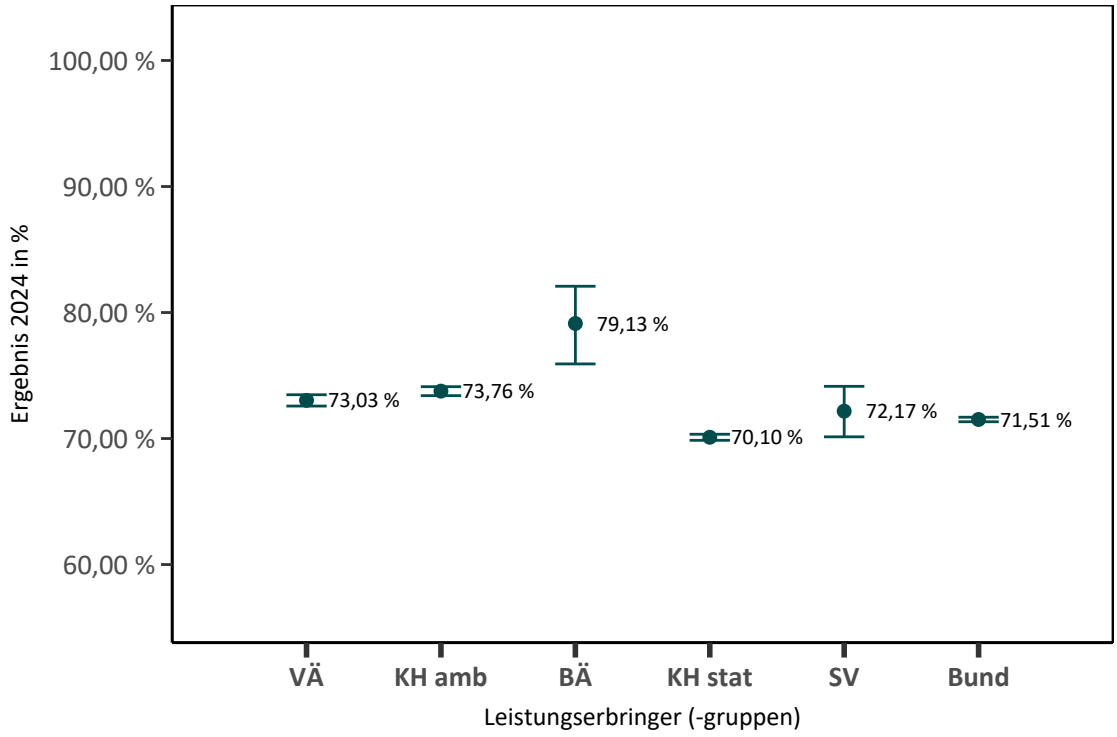
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	1.320 / 1.972	66,94	64,84 - 68,99
	2023	1.416 / 1.991	71,12	69,10 - 73,08
	2024	1.385 / 1.919	72,17	70,14 - 74,14
Bund	**2022**	138.371 / 215.360	64,25	64,05 - 64,45
	2023	157.874 / 229.732	68,72	68,53 - 68,91
	2024	170.028 / 237.760	71,51	71,33 - 71,69

Ergebnisse im Zeitverlauf

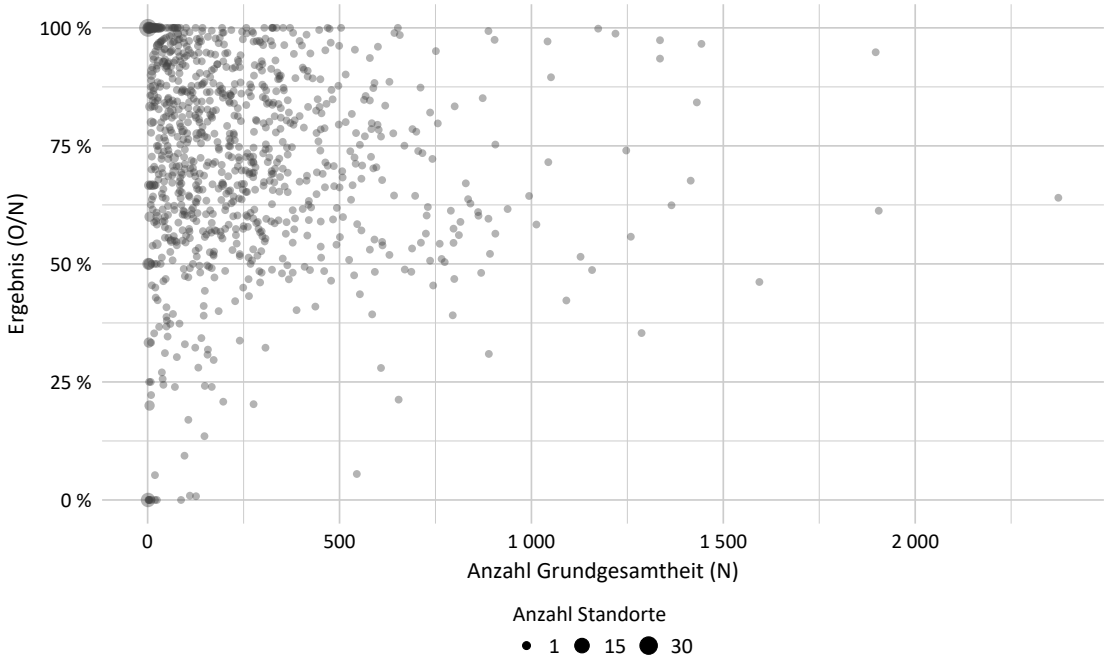
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.033	0	0,00	100,00	75,32

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 56000** **Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie**	71,51 % 170.028/237.760
1.1.1	ID: 56_22000 gesicherte Ischämiezeichen	59,46 % 141.374/237.760
1.1.1.1	ID: 56_24005 gesicherte Ischämiezeichen nach Ruhe-EKG	18,83 % 26.626/141.374
1.1.1.2	ID: 56_24006 gesicherte Ischämiezeichen nach Ruhe-Echokardiographie	33,82 % 47.812/141.374
1.1.1.3	ID: 56_24007 gesicherte Ischämiezeichen nach Belastungs-EKG	15,43 % 21.812/141.374
1.1.1.4	ID: 56_24008 gesicherte Ischämiezeichen nach Stress-Echokardiographie	6,02 % 8.515/141.374
1.1.1.5	ID: 56_24009 gesicherte Ischämiezeichen nach nicht-invasiven radiologischen und nuklearmedizinischen Verfahren	19,29 % 27.274/141.374
1.1.1.6	ID: 56_24010 gesicherte Ischämiezeichen nach sonstigen Verfahren	6,60 % 9.335/141.374
1.1.2	ID: 56_22001 fragliche Ischämiezeichen	12,05 % 28.654/237.760
1.1.2.1	ID: 56_24011 fragliche Ischämiezeichen nach Ruhe-EKG	25,96 % 7.439/28.654
1.1.2.2	ID: 56_24012 fragliche Ischämiezeichen nach Ruhe-Echokardiographie	31,80 % 9.113/28.654
1.1.2.3	ID: 56_24013 fragliche Ischämiezeichen nach Belastungs-EKG	21,64 % 6.200/28.654
1.1.2.4	ID: 56_24014 fragliche Ischämiezeichen nach Stress-Echokardiographie	3,14 % 901/28.654
1.1.2.5	ID: 56_24015 fragliche Ischämiezeichen nach nicht-invasiven radiologischen und nuklearmedizinischen Verfahren	6,62 % 1.897/28.654
1.1.2.6	ID: 56_24016 fragliche Ischämiezeichen nach sonstigen Verfahren	10,83 % 3.104/28.654
1.1.3	ID: 56_24000 Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter Ausschluss KHK aufweisen	17,98 % 42.739/237.760
1.1.4	ID: 56_22002 Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter eine KHK mit Lumeneinengung geringer als 50 % aufweisen	35,95 % 85.480/237.760

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.5	ID: 56_22003 Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter eine KHK mit Lumeneinengung größer als 50 % aufweisen	30,71 % 73.013/237.760
1.1.6	ID: 56_24001 Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter eine Kardiomyopathie aufweisen	2,35 % 5.589/237.760
1.1.7	ID: 56_24002 Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter ein Herzklappenvitium aufweisen	1,85 % 4.404/237.760
1.1.8	ID: 56_24003 Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter ein Aortenaneurysma aufweisen	0,18 % 422/237.760
1.1.9	ID: 56_24004 Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter eine hypertensive Herzerkrankung aufweisen	7,13 % 16.960/237.760
1.1.10	ID: 56_22004 Anteil der Fälle, welche als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter „andere kardiale Erkrankung“ aufweisen	3,85 % 9.153/237.760

56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“ (d. h. ohne vorbekannte KHK)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

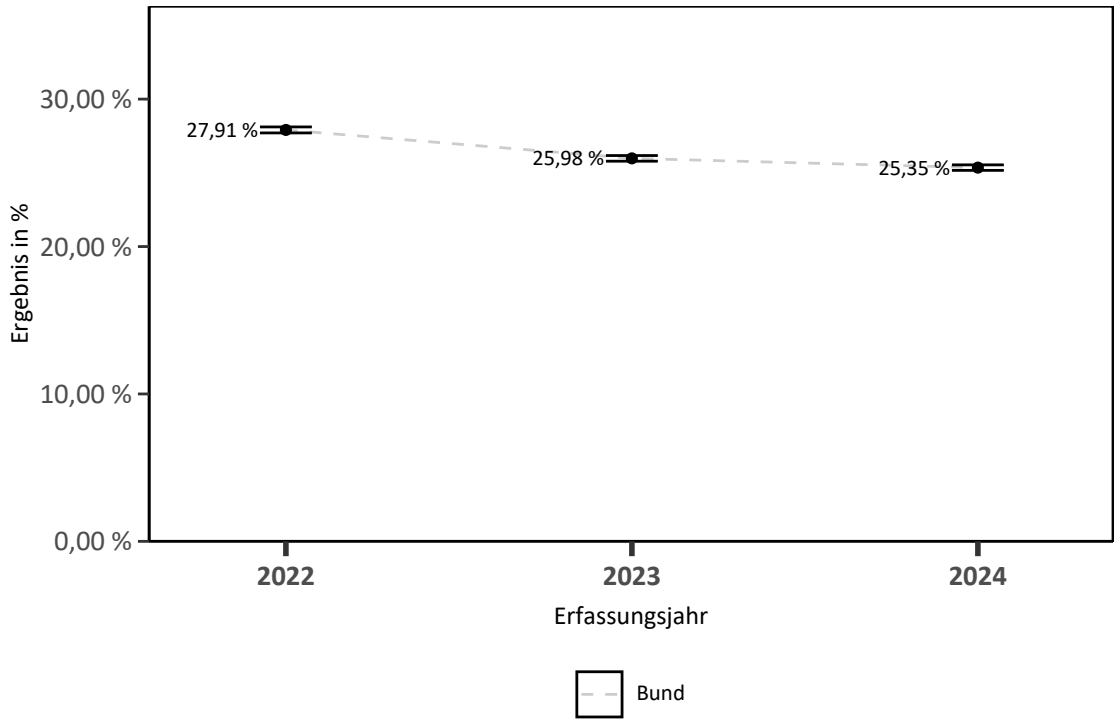
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2022**	7.875 / 27.407	28,73	28,20 - 29,27
		2023	8.792 / 31.945	27,52	27,03 - 28,01
		2024	9.060 / 33.566	26,99	26,52 - 27,47
	KH	**2022**	8.777 / 27.120	32,36	31,81 - 32,92
		2023	11.567 / 38.899	29,74	29,28 - 30,19
		2024	13.114 / 47.166	27,80	27,40 - 28,21
Stationär	**BÄ**	**2022**	100 / 428	23,36	19,54 - 27,54
		2023	165 / 626	26,36	23,02 - 29,91
		2024	148 / 579	25,56	22,14 - 29,23
	KH	**2022**	34.976 / 130.183	26,87	26,63 - 27,11
		2023	31.327 / 127.764	24,52	24,28 - 24,76
		2024	30.116 / 125.590	23,98	23,74 - 24,22
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	386 / 1.583	24,38	22,32 - 26,54
		2023	322 / 1.583	20,34	18,41 - 22,38
		2024	387 / 1.458	26,54	24,32 - 28,85

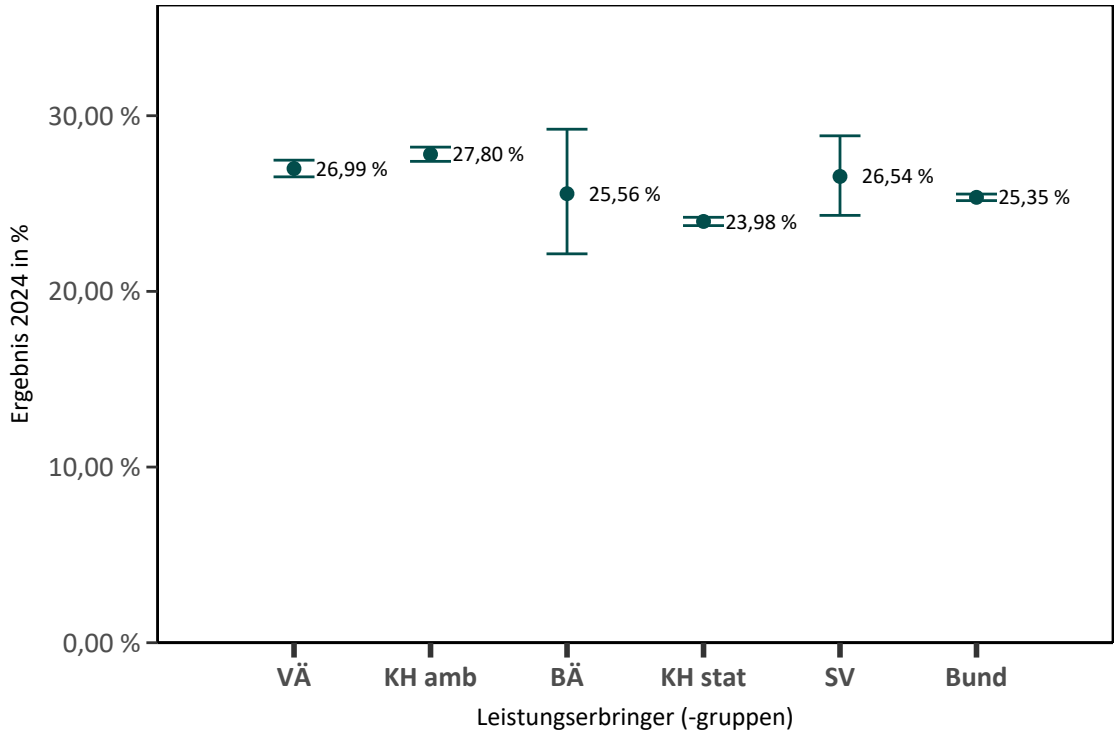
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	52.114 / 186.721	27,91	27,71 - 28,11
	2023	52.173 / 200.817	25,98	25,79 - 26,17
	2024	52.825 / 208.359	25,35	25,17 - 25,54

Ergebnisse im Zeitverlauf

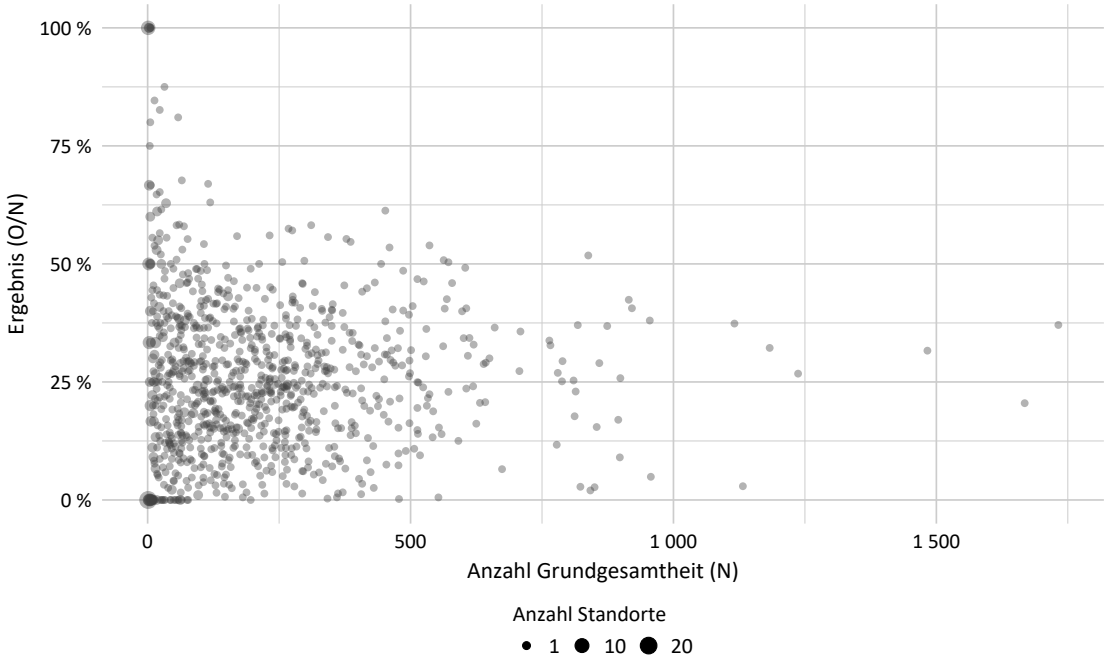
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.057	0	0,00	100,00	24,10

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 56001** **Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund**	25,35 % 52.825/208.359
2.1.1	ID: 56_22010 Anteil der Fälle, welche keine Anzeichen einer stabilen Angina Pectoris haben	25,61 % 53.355/208.359
2.1.2	ID: 56_22011 Anteil der Fälle, welche Anzeichen einer Angina pectoris bei schwerer Belastung (CCS I) haben	10,72 % 22.327/208.359
2.1.3	ID: 56_22012 Anteil der Fälle, welche Anzeichen einer Angina pectoris bei mittlerer Belastung (CCS II) haben	36,80 % 76.670/208.359
2.1.4	ID: 56_22013 Anteil der Fälle, welche Anzeichen einer Angina pectoris bei leichter Belastung (CCS III) haben	13,18 % 27.456/208.359
2.1.5	ID: 56_24017 Anteil der Fälle, welche Anzeichen einer atypische Angina pectoris haben	12,85 % 26.773/208.359

Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

Qualitätsziel	Möglichst niedrige "Door-to-balloon"-Zeit.

56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Erst-PCIs (isoliert oder einzeitig) bei Patientinnen und Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies unbekannt ist und bei denen vor der Prozedur kein kardiogener Schock (stabilisiert oder instabil) vorlag. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit gültigen Angaben zum "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkt sowie mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor
Zähler	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten
Referenzbereich	≥ 75,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

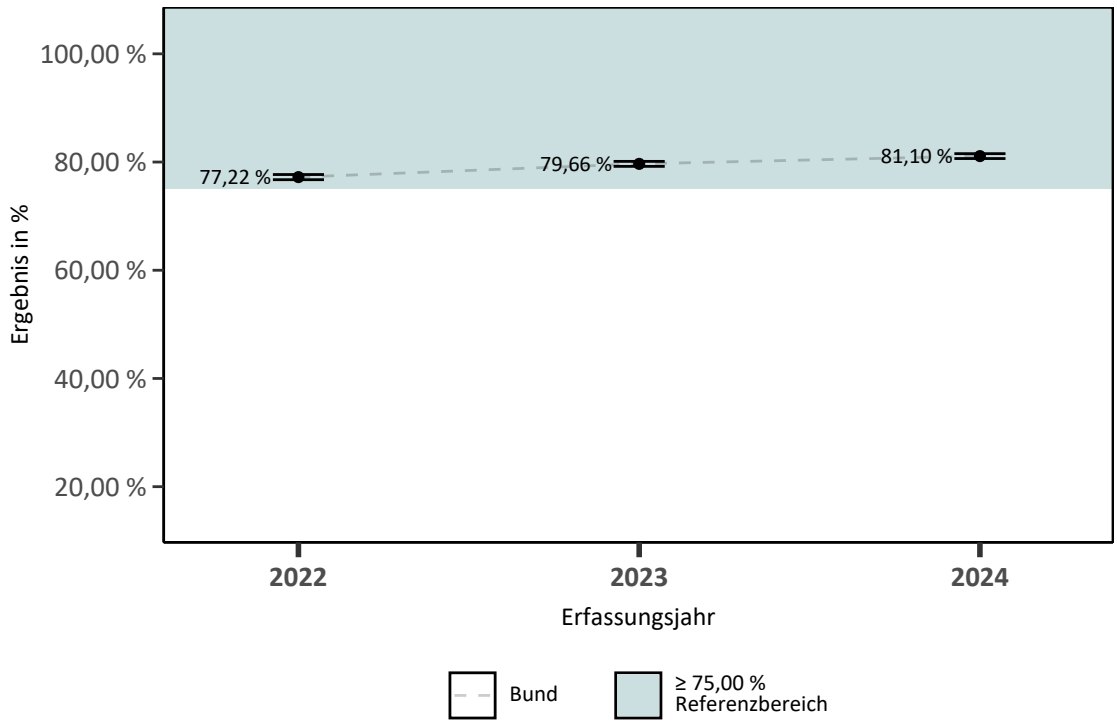
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2022**	117 / 146	80,14	73,11 - 85,98
		2023	109 / 121	90,08	83,82 - 94,46
		2024	80 / 98	81,63	73,11 - 88,32
	KH	**2022**	86 / 131	65,65	57,25 - 73,37
		2023	123 / 160	76,88	69,90 - 82,89
		2024	112 / 136	82,35	75,30 - 88,05
Stationär	**BÄ**	**2022**	19 / 21	90,48	72,81 - 97,97
		2023	19 / 32	59,38	42,16 - 74,98
		2024	17 / 22	77,27	57,14 - 90,76
	KH	**2022**	22.468 / 29.087	77,24	76,76 - 77,72
		2023	22.709 / 28.508	79,66	79,19 - 80,12
		2024	23.160 / 28.559	81,10	80,64 - 81,55

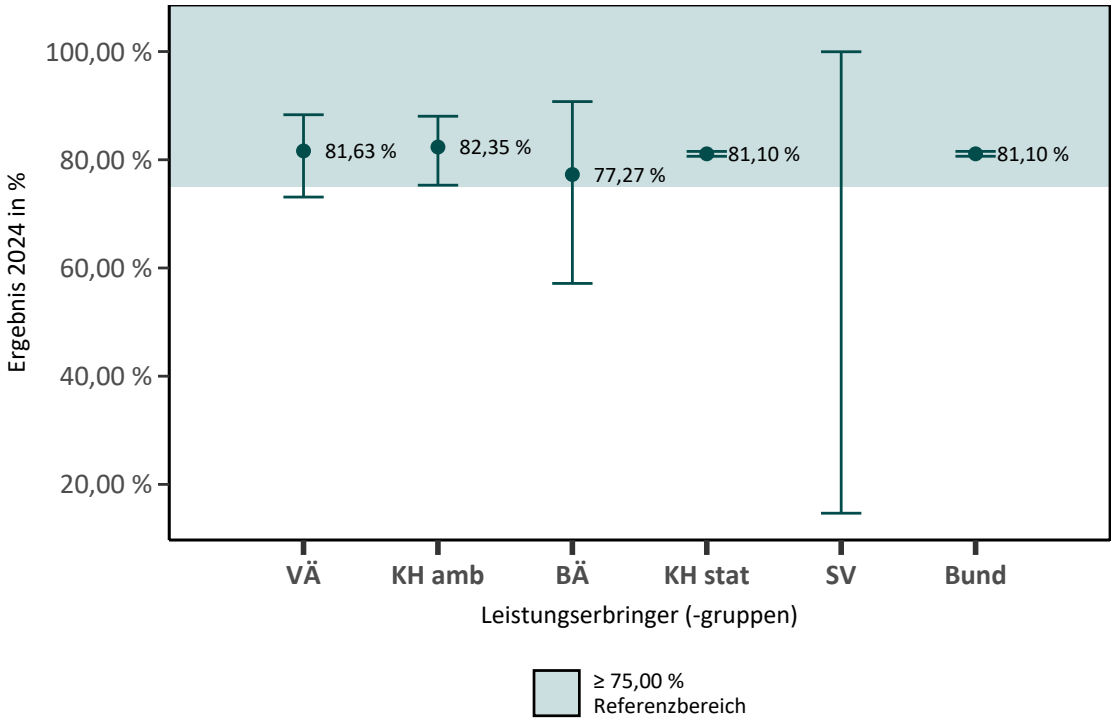
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	0 / 0	-	0,15 - 99,85
	2023	0 / 0	-	0,15 - 99,85
	2024	≤3	x	14,67 - 99,96
Bund	**2022**	22.690 / 29.385	77,22	76,73 - 77,69
	2023	22.960 / 28.821	79,66	79,20 - 80,13
	2024	23.370 / 28.816	81,10	80,65 - 81,55

Ergebnisse im Zeitverlauf

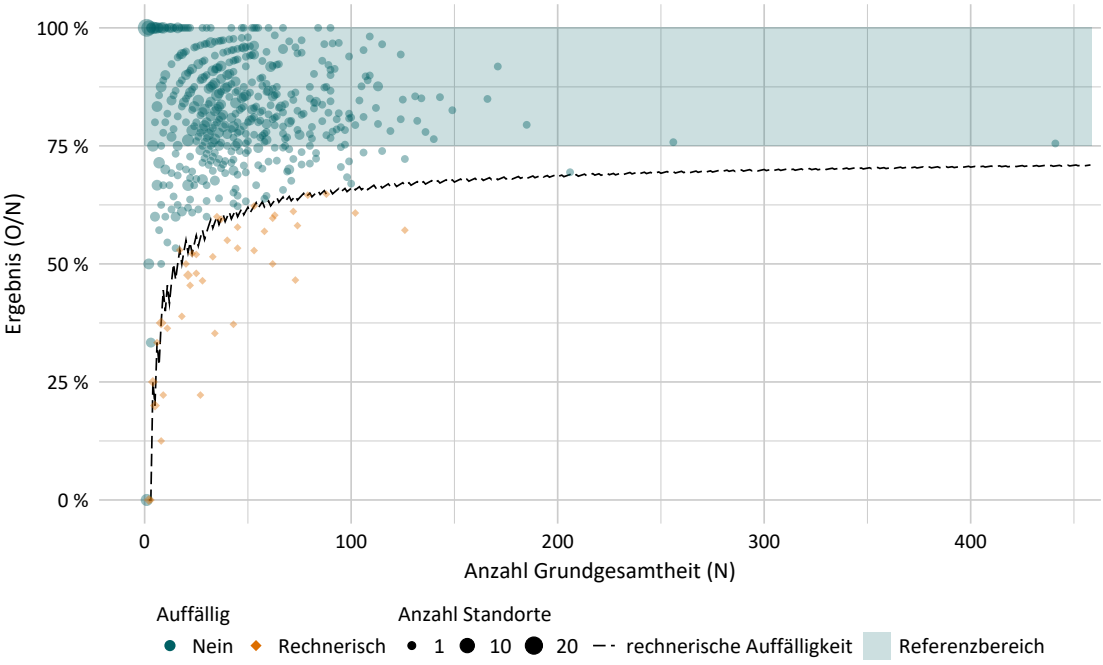
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	679	46	0,00	100,00	82,46

56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Erst-PCIs (isoliert oder einzeitig) bei Patientinnen und Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies unbekannt ist und bei denen vor der Prozedur kein kardiogener Schock (stabilisiert oder instabil) vorlag. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor oder mit fehlenden Angaben zum "Door"- oder "Balloon"-Zeitpunkt
Zähler	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt
Referenzbereich	≤ 2,50 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

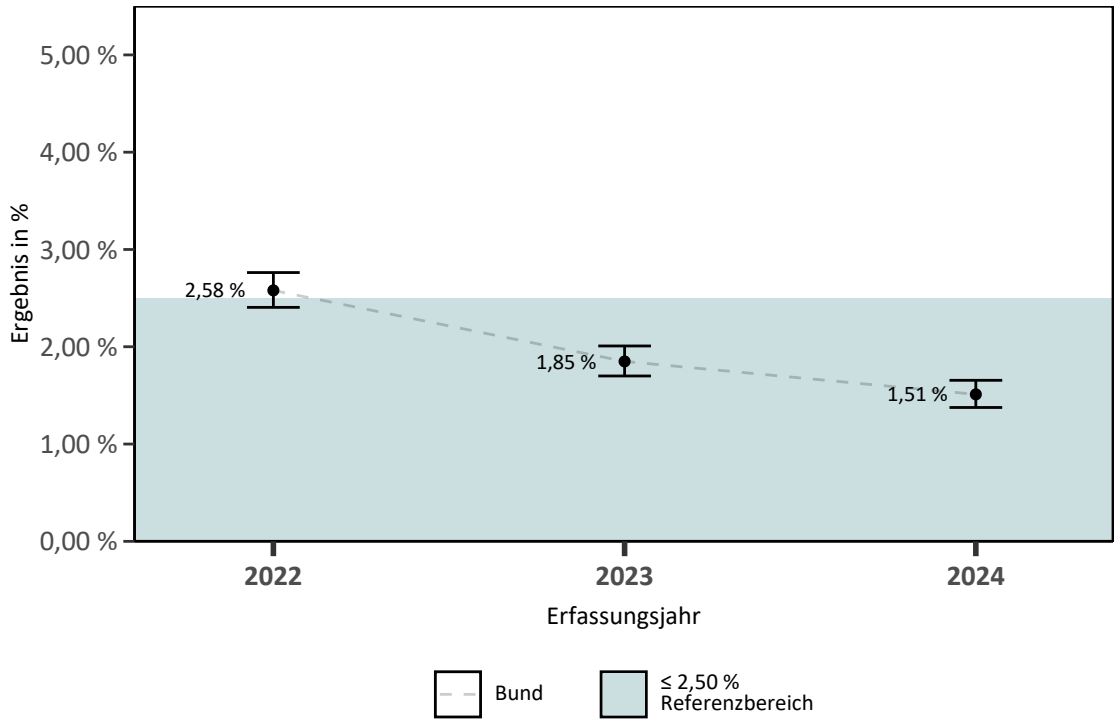
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	VÄ	2022	11 / 157	7,01	3,78 - 11,80
		2023	6 / 127	4,72	2,00 - 9,48
		2024	≤3 / 99	x	0,11 - 4,62
	KH	2022	≤3 / 134	x	0,63 - 5,85
		2023	≤3 / 163	x	0,52 - 4,83
		2024	4 / 140	2,86	0,97 - 6,65
Stationär	BÄ	2022	≤3 / 23	x	1,85 - 25,08
		2023	6 / 38	15,79	6,87 - 29,68
		2024	0 / 22	0,00	0,00 - 10,67
	KH	2022	762 / 29.849	2,55	2,38 - 2,74
		2023	528 / 29.036	1,82	1,67 - 1,98
		2024	437 / 28.996	1,51	1,37 - 1,65
Selektivvertragliche Leistungen		2022	0 / 0	-	0,15 - 99,85
		2023	0 / 0	-	0,15 - 99,85
		2024	≤3	x	0,04 - 85,33

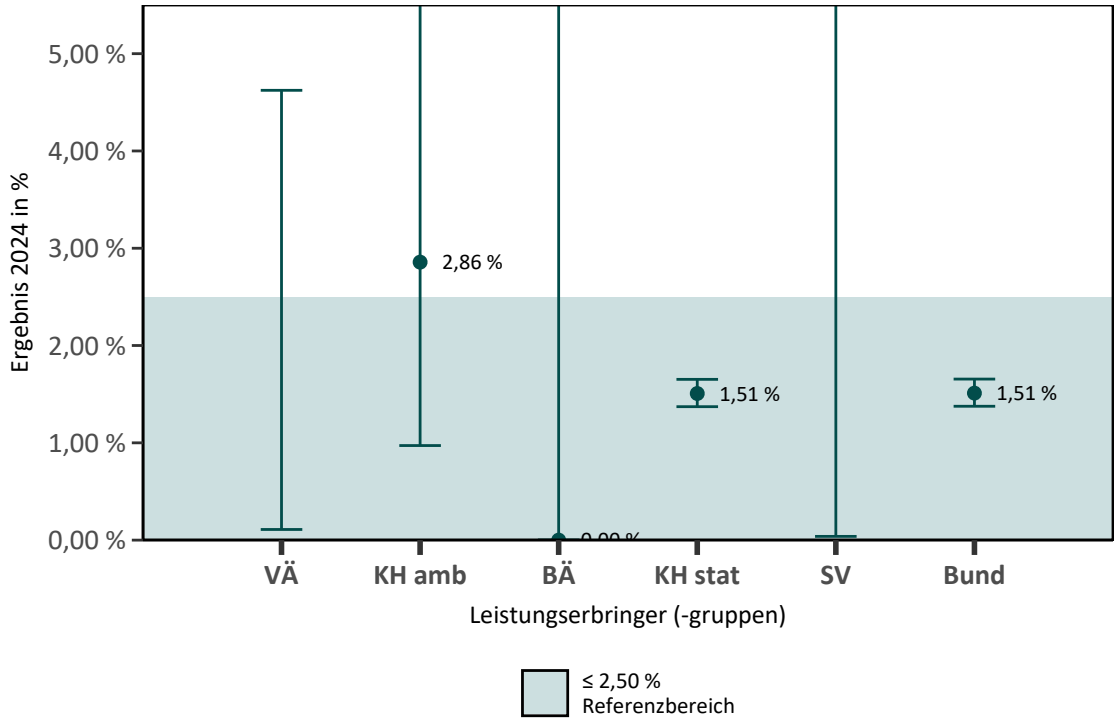
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	778 / 30.163	2,58	2,40 - 2,76
	2023	543 / 29.364	1,85	1,70 - 2,01
	2024	442 / 29.258	1,51	1,38 - 1,66

Ergebnisse im Zeitverlauf

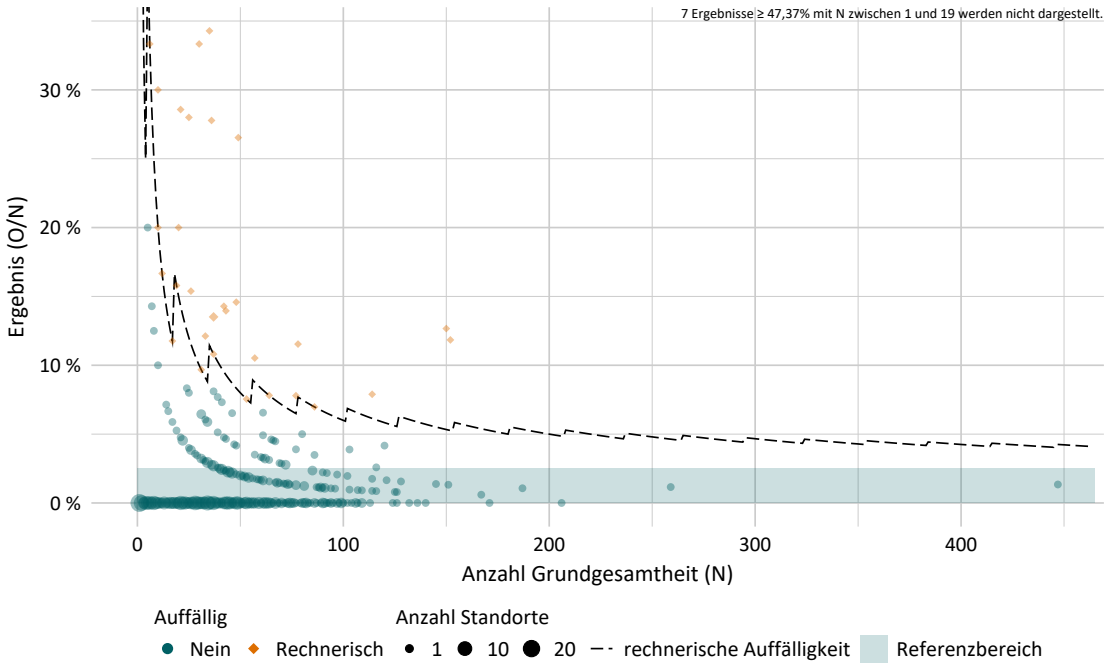
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	685	38	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 56003** **"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt**	81,10 % 23.370/28.816

3.1.1 Altersverteilung und Geschlecht für Fälle mit einer "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt Ergebnis Bund (gesamt)	**Geschlecht männlich**	**Geschlecht weiblich**	**Geschlecht divers**	**Geschlecht unbestimmt**	**Geschlecht unbekannt**
18 - 29 Jahre	ID: 56_22024 0,13 % 22/16.729	ID: 56_22031 0,06 % 4/6.637	ID: 56_22038 - 0/0	ID: 56_22045 x % ≤3	ID: 56_22242 - -/-
30 - 39 Jahre	ID: 56_22025 2,31 % 386/16.729	ID: 56_22032 1,11 % 74/6.637	ID: 56_22039 - 0/0	ID: 56_22046 x % ≤3	ID: 56_22243 - -/-
40 - 49 Jahre	ID: 56_22026 11,44 % 1.914/16.729	ID: 56_22033 6,04 % 401/6.637	ID: 56_22040 - 0/0	ID: 56_22047 x % ≤3	ID: 56_22244 - -/-
50 - 59 Jahre	ID: 56_22027 28,69 % 4.799/16.729	ID: 56_22034 15,53 % 1.031/6.637	ID: 56_22041 - 0/0	ID: 56_22048 x % ≤3	ID: 56_22245 - -/-
60 - 69 Jahre	ID: 56_22028 31,34 % 5.243/16.729	ID: 56_22035 27,98 % 1.857/6.637	ID: 56_22042 - 0/0	ID: 56_22049 x % ≤3	ID: 56_22246 - -/-
70 - 79 Jahre	ID: 56_22029 15,94 % 2.666/16.729	ID: 56_22036 22,98 % 1.525/6.637	ID: 56_22043 - 0/0	ID: 56_22050 x % ≤3	ID: 56_22247 - -/-
≥ 80 Jahre	ID: 56_22030 10,16 % 1.699/16.729	ID: 56_22037 26,29 % 1.745/6.637	ID: 56_22044 - 0/0	ID: 56_22051 x % ≤3	ID: 56_22248 - -/-
Gesamt	ID: 56_24018 100,00 % 16.729/16.729	ID: 56_24019 100,00 % 6.637/6.637	ID: 56_24020 - 0/0	ID: 56_24021 x % ≤3	ID: 56_22249 - -/-

3.1.2 Altersverteilung und Geschlecht für Fälle mit einer "Door-to-balloon"-Zeit über 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt Ergebnis Bund (gesamt)	**Geschlecht männlich**	**Geschlecht weiblich**	**Geschlecht divers**	**Geschlecht unbestimmt**	**Geschlecht unbekannt**
18 - 29 Jahre	ID: 56_22052 0,43 % 16/3.758	ID: 56_22059 0,30 % 5/1.686	ID: 56_22066 - 0/0	ID: 56_22073 - 0/0	ID: 56_22250 - -/-
30 - 39 Jahre	ID: 56_22053 2,53 % 95/3.758	ID: 56_22060 2,02 % 34/1.686	ID: 56_22067 - 0/0	ID: 56_22074 - 0/0	ID: 56_22251 - -/-
40 - 49 Jahre	ID: 56_22054 11,23 % 422/3.758	ID: 56_22061 5,93 % 100/1.686	ID: 56_22068 - 0/0	ID: 56_22075 - 0/0	ID: 56_22252 - -/-
50 - 59 Jahre	ID: 56_22055 26,08 % 980/3.758	ID: 56_22062 15,07 % 254/1.686	ID: 56_22069 - 0/0	ID: 56_22076 - 0/0	ID: 56_22253 - -/-
60 - 69 Jahre	ID: 56_22056 29,88 % 1.123/3.758	ID: 56_22063 22,66 % 382/1.686	ID: 56_22070 - 0/0	ID: 56_22077 - 0/0	ID: 56_22254 - -/-
70 - 79 Jahre	ID: 56_22057 16,90 % 635/3.758	ID: 56_22064 21,41 % 361/1.686	ID: 56_22071 - 0/0	ID: 56_22078 - 0/0	ID: 56_22255 - -/-
≥ 80 Jahre	ID: 56_22058 12,96 % 487/3.758	ID: 56_22065 32,62 % 550/1.686	ID: 56_22072 - 0/0	ID: 56_22079 - 0/0	ID: 56_22256 - -/-
Gesamt	ID: 56_24022 100,00 % 3.758/3.758	ID: 56_24023 100,00 % 1.686/1.686	ID: 56_24024 - 0/0	ID: 56_24025 - 0/0	ID: 56_22257 - -/-

Nummer	**Beschreibung**	**Ergebnis Bund (gesamt)**
3.2	**ID: 56004** **"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt**	1,51 % 442/29.258

3.2.1 Altersverteilung und Geschlecht für Fälle mit einer unbekannten "Door-to-balloon"-Zeit bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt Ergebnis Bund (gesamt)	**Geschlecht männlich**	**Geschlecht weiblich**	**Geschlecht divers**	**Geschlecht unbestimmt**	**Geschlecht unbekannt**
18 - 29 Jahre	ID: 56_22090 0,00 % 0/301	ID: 56_22097 0,00 % 0/141	ID: 56_22104 - 0/0	ID: 56_22111 - 0/0	ID: 56_22259 - -/-
30 - 39 Jahre	ID: 56_22091 2,33 % 7/301	ID: 56_22098 x % ≤3/141	ID: 56_22105 - 0/0	ID: 56_22112 - 0/0	ID: 56_22260 - -/-
40 - 49 Jahre	ID: 56_22092 10,63 % 32/301	ID: 56_22099 4,26 % 6/141	ID: 56_22106 - 0/0	ID: 56_22113 - 0/0	ID: 56_22261 - -/-
50 - 59 Jahre	ID: 56_22093 24,58 % 74/301	ID: 56_22100 15,60 % 22/141	ID: 56_22107 - 0/0	ID: 56_22114 - 0/0	ID: 56_22262 - -/-
60 - 69 Jahre	ID: 56_22094 28,24 % 85/301	ID: 56_22101 19,86 % 28/141	ID: 56_22108 - 0/0	ID: 56_22115 - 0/0	ID: 56_22263 - -/-
70 - 79 Jahre	ID: 56_22095 18,60 % 56/301	ID: 56_22102 26,95 % 38/141	ID: 56_22109 - 0/0	ID: 56_22116 - 0/0	ID: 56_22264 - -/-
≥ 80 Jahre	ID: 56_22096 15,61 % 47/301	ID: 56_22103 31,91 % 45/141	ID: 56_22110 - 0/0	ID: 56_22117 - 0/0	ID: 56_22265 - -/-
Gesamt	ID: 56_24026 100,00 % 301/301	ID: 56_24027 100,00 % 141/141	ID: 56_24028 - 0/0	ID: 56_24029 - 0/0	ID: 56_22266 - -/-

Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt

Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.

56005: Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm²
Zähler	Dosis-Flächen-Produkt in cGy x cm²
Referenzbereich	≤ 1,38 (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

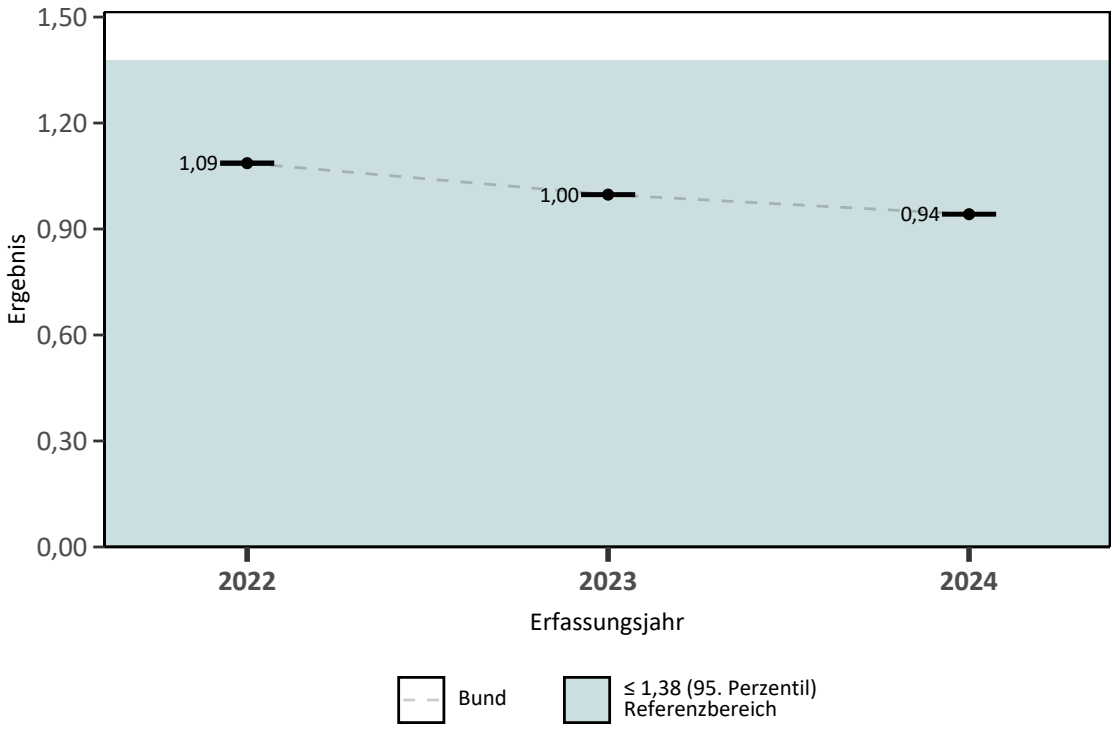
Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	**VÄ**	**2022**	47.068	48.834.542 / 62.433.219,73	0,77	0,76 - 0,78
		2023	52.977	49.773.435 / 69.992.477,61	0,70	0,70 - 0,71
		2024	54.611	47.496.454 / 72.132.670,49	0,66	0,65 - 0,67
	KH	**2022**	44.400	53.797.896 / 58.391.539,79	0,91	0,90 - 0,92
		2023	64.941	72.589.524 / 85.149.255,49	0,85	0,84 - 0,86
		2024	79.814	86.370.044 / 104.948.105,71	0,82	0,81 - 0,83
Stationär	**BÄ**	**2022**	1.131	1.581.440 / 1.447.886,93	1,07	1,00 - 1,14
		2023	1.428	1.582.298 / 1.846.536,02	0,87	0,81 - 0,92
		2024	1.477	1.509.091 / 1.884.792,81	0,79	0,74 - 0,85
	KH	**2022**	355.208	524.049.863 / 456.802.112,13	1,15	1,15 - 1,16
		2023	349.470	475.952.863 / 446.962.289,24	1,07	1,07 - 1,08
		2024	346.159	447.178.520 / 442.897.912,74	1,02	1,01 - 1,02

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	2.933	2.537.410 / 3.931.214,52	0,64	0,59 - 0,68
	2023	2.953	2.471.637 / 3.937.711,64	0,63	0,59 - 0,66
	2024	2.655	2.241.580 / 3.550.718,04	0,62	0,58 - 0,66
Bund	**2022**	450.740	630.801.151 / 583.005.973,11	1,09	1,08 - 1,09
	2023	471.769	602.369.757 / 607.888.269,99	1,00	0,99 - 1,00
	2024	484.716	584.795.689 / 625.414.199,79	0,94	0,94 - 0,94

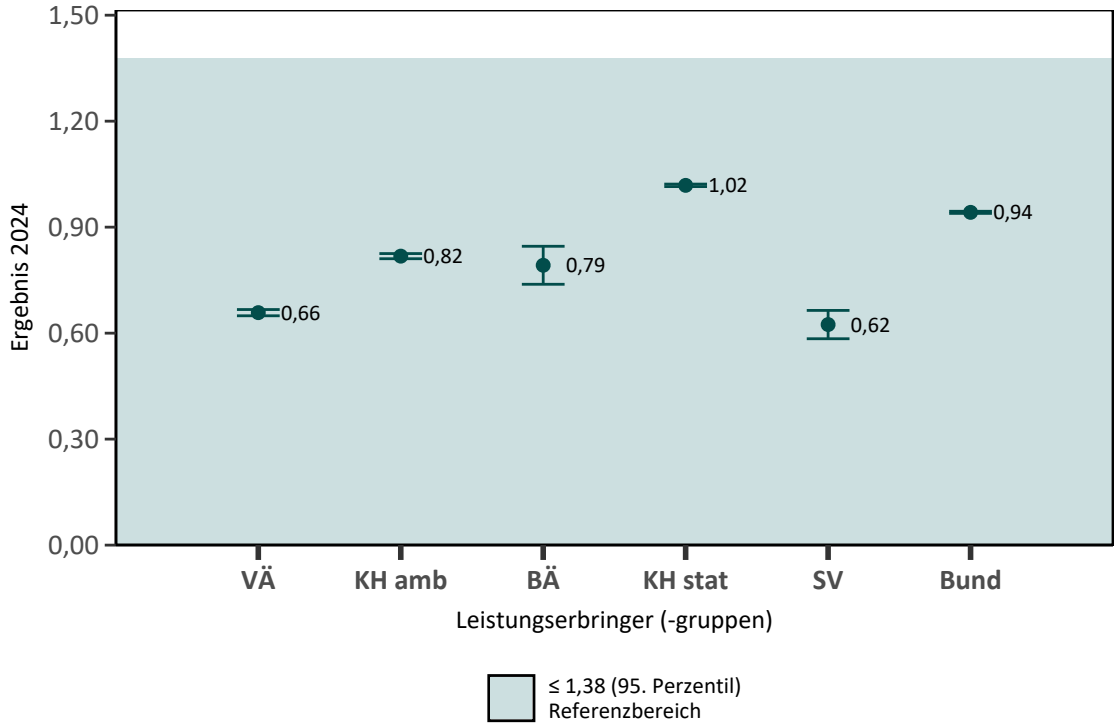
* Mittelwert der fallbasierten Verhältnisse von beobachtetem zu erwartetem Ergebnis. Beispiel:
O / E = 0.8 bedeutet, dass im Mittel eine 20% geringere Dosis als erwartet eingesetzt wird.
O / E = 1.1 bedeutet, dass im Mittel eine 10% höhere Dosis als erwartet eingesetzt wird.
Es ist zu beachten, dass das in dieser Spalte dargestellte Ergebnis sich nicht exakt aus dem Wert in der Spalte „Ergebnis O/E“ errechnen lässt. Letztere summiert die beobachtete und erwartete Dosis über alle Fälle auf, statt fallbasierte Verhältnisse zu bilden.

Ergebnisse im Zeitverlauf

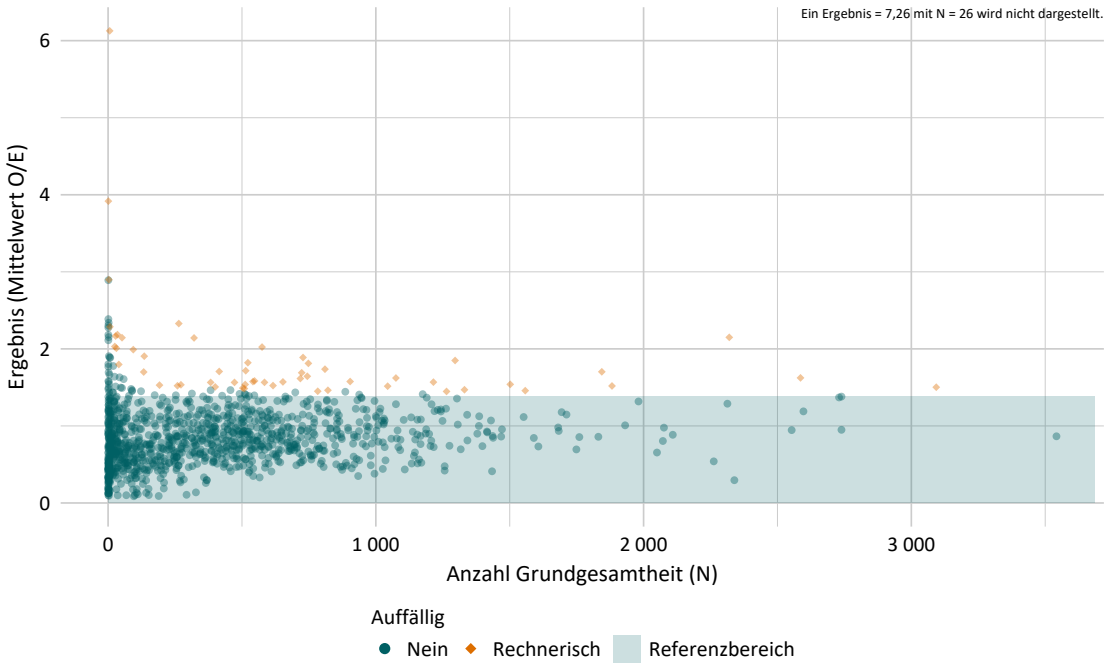
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.136	56	0,09	7,26	0,84

56006: Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten PCI mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGY x cm²
Zähler	Dosis-Flächen-Produkt in cGy x cm²
Referenzbereich	≤ 1,16 (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

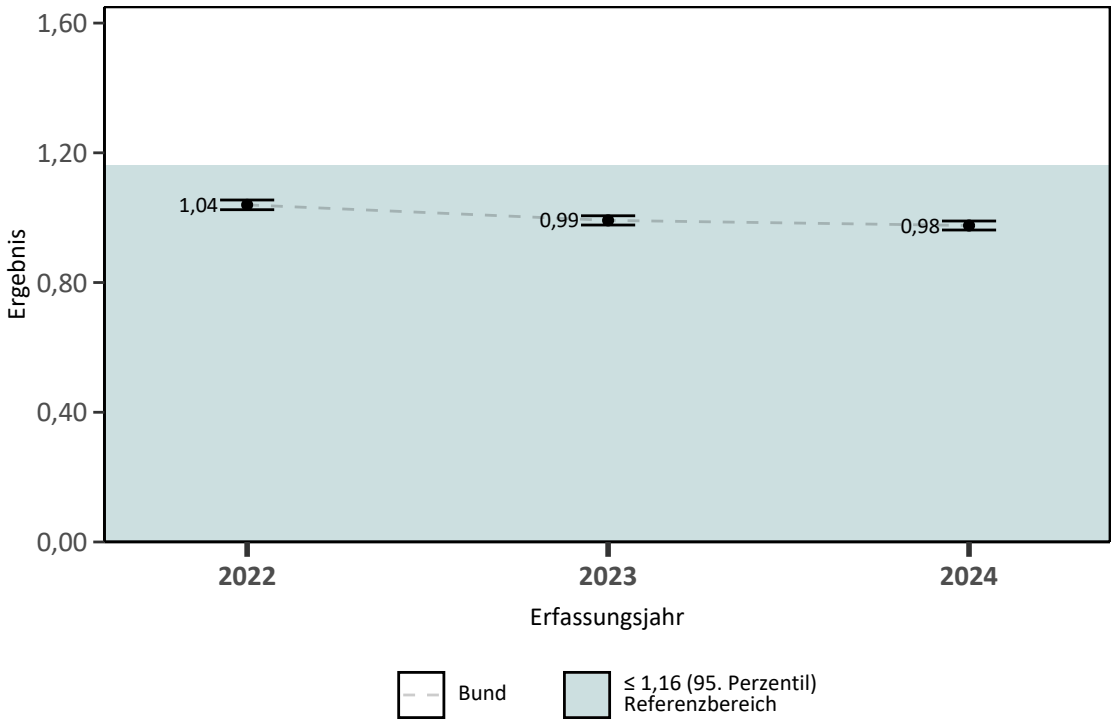
Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	**VÄ**	**2022**	854	2.368.287 / 2.850.887,74	0,81	0,73 - 0,89
		2023	1.079	2.534.814 / 3.520.748,13	0,71	0,64 - 0,78
		2024	1.021	2.143.493 / 3.275.894,23	0,66	0,60 - 0,73
	KH	**2022**	70	221.861 / 249.031,72	1,07	0,80 - 1,35
		2023	76	242.103 / 254.621,04	1,04	0,78 - 1,29
		2024	310	617.942 / 992.698,90	0,62	0,50 - 0,74
Stationär	**BÄ**	**2022**	82	272.821 / 259.526,20	1,06	0,81 - 1,31
		2023	103	191.661 / 311.628,17	0,62	0,40 - 0,83
		2024	103	259.443 / 357.213,59	0,75	0,54 - 0,96
	KH	**2022**	22.420	77.342.949 / 74.792.301,41	1,05	1,03 - 1,06
		2023	22.723	75.424.554 / 75.718.850,64	1,01	0,99 - 1,02
		2024	22.623	74.820.084 / 75.320.496,96	1,00	0,98 - 1,01

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	130	349.242 / 413.507,37	0,83	0,63 - 1,03
	2023	152	417.754 / 529.341,98	0,81	0,63 - 0,99
	2024	188	624.659 / 619.660,56	1,02	0,86 - 1,18
Bund	**2022**	23.556	80.555.160 / 78.565.254,44	1,04	1,02 - 1,05
	2023	24.133	78.810.886 / 80.335.189,95	0,99	0,98 - 1,01
	2024	24.245	78.465.621 / 80.565.964,24	0,98	0,96 - 0,99

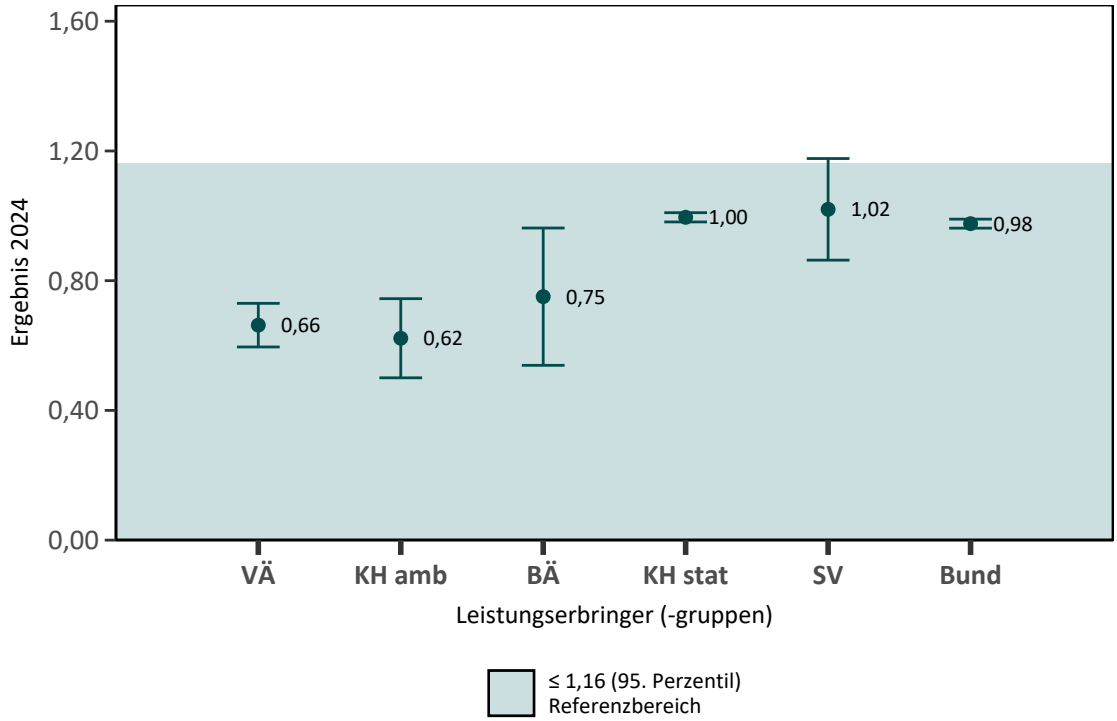
* Mittelwert der fallbasierten Verhältnisse von beobachtetem zu erwartetem Ergebnis. Beispiel:
O / E = 0.8 bedeutet, dass im Mittel eine 20% geringere Dosis als erwartet eingesetzt wird.
O / E = 1.1 bedeutet, dass im Mittel eine 10% höhere Dosis als erwartet eingesetzt wird.
Es ist zu beachten, dass das in dieser Spalte dargestellte Ergebnis sich nicht exakt aus dem Wert in der Spalte „Ergebnis O/E“ errechnen lässt. Letztere summiert die beobachtete und erwartete Dosis über alle Fälle auf, statt fallbasierte Verhältnisse zu bilden.

Ergebnisse im Zeitverlauf

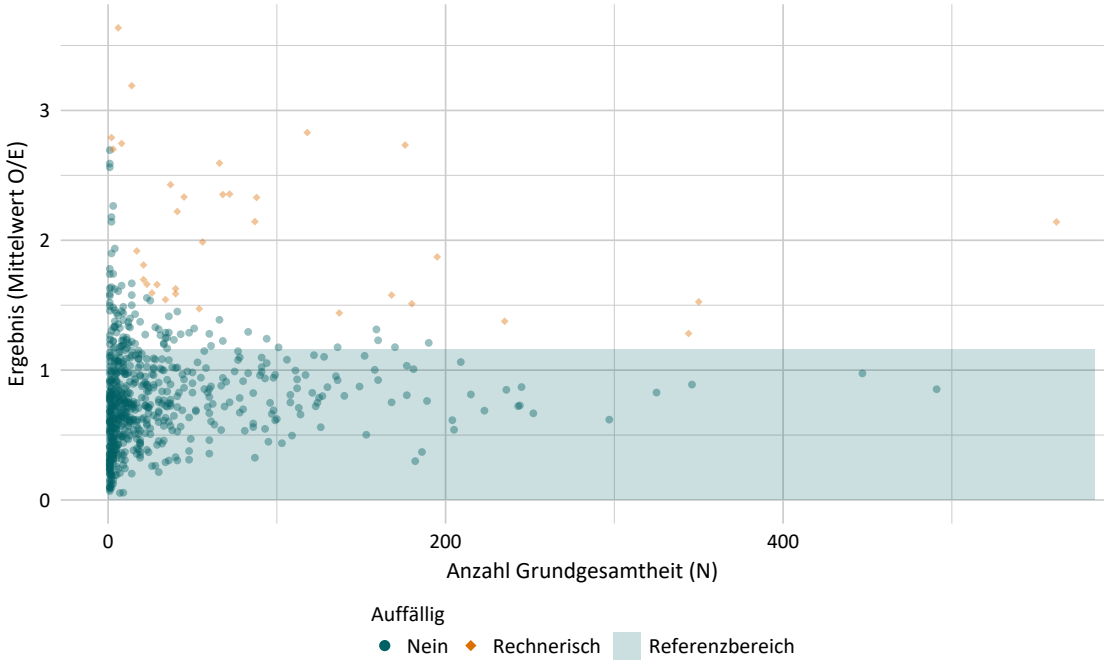
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	684	34	0,05	3,64	0,77

56007: Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGY x cm²
Zähler	Dosis-Flächen-Produkt in cGy x cm²
Referenzbereich	≤ 1,35 (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

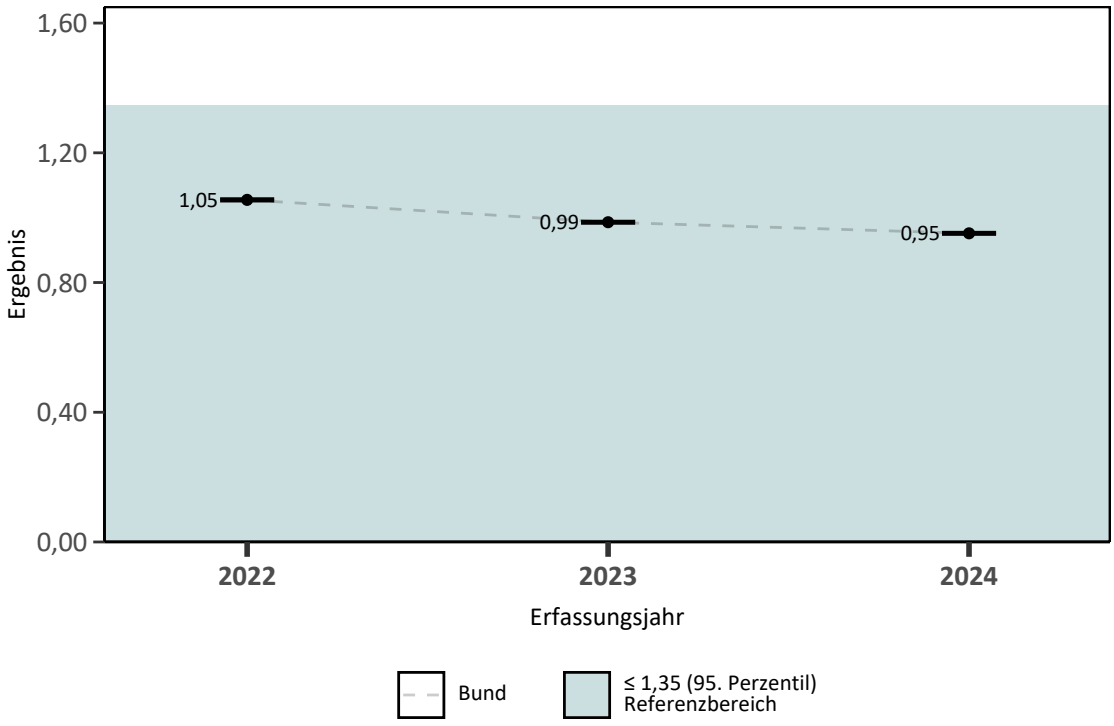
Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	**VÄ**	**2022**	12.098	30.497.383 / 39.666.962,60	0,76	0,75 - 0,78
		2023	12.742	28.696.779 / 41.763.418,54	0,68	0,67 - 0,70
		2024	12.600	28.196.692 / 40.862.356,19	0,69	0,67 - 0,70
	KH	**2022**	1.175	3.593.049 / 3.818.158,14	0,96	0,90 - 1,01
		2023	1.508	4.151.482 / 4.893.772,65	0,85	0,81 - 0,90
		2024	4.891	11.004.349 / 15.530.636,06	0,71	0,68 - 0,73
Stationär	**BÄ**	**2022**	1.028	2.462.989 / 3.306.920,24	0,73	0,67 - 0,79
		2023	1.330	2.572.327 / 4.615.803,41	0,57	0,53 - 0,62
		2024	1.582	2.741.042 / 5.700.002,27	0,50	0,46 - 0,55
	KH	**2022**	256.147	887.492.267 / 832.721.523,96	1,07	1,07 - 1,08
		2023	262.429	848.214.005 / 850.008.523,60	1,00	1,00 - 1,01
		2024	264.813	828.597.731 / 857.706.947,29	0,97	0,97 - 0,98

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	753	1.593.639 / 2.453.349,23	0,65	0,58 - 0,72
	2023	743	1.706.473 / 2.428.728,78	0,70	0,64 - 0,77
	2024	783	1.747.845 / 2.537.679,40	0,68	0,61 - 0,74
Bund	**2022**	271.201	925.639.327 / 881.966.914,17	1,05	1,05 - 1,06
	2023	278.752	885.341.066 / 903.710.246,98	0,99	0,98 - 0,99
	2024	284.669	872.287.659 / 922.337.621,21	0,95	0,95 - 0,96

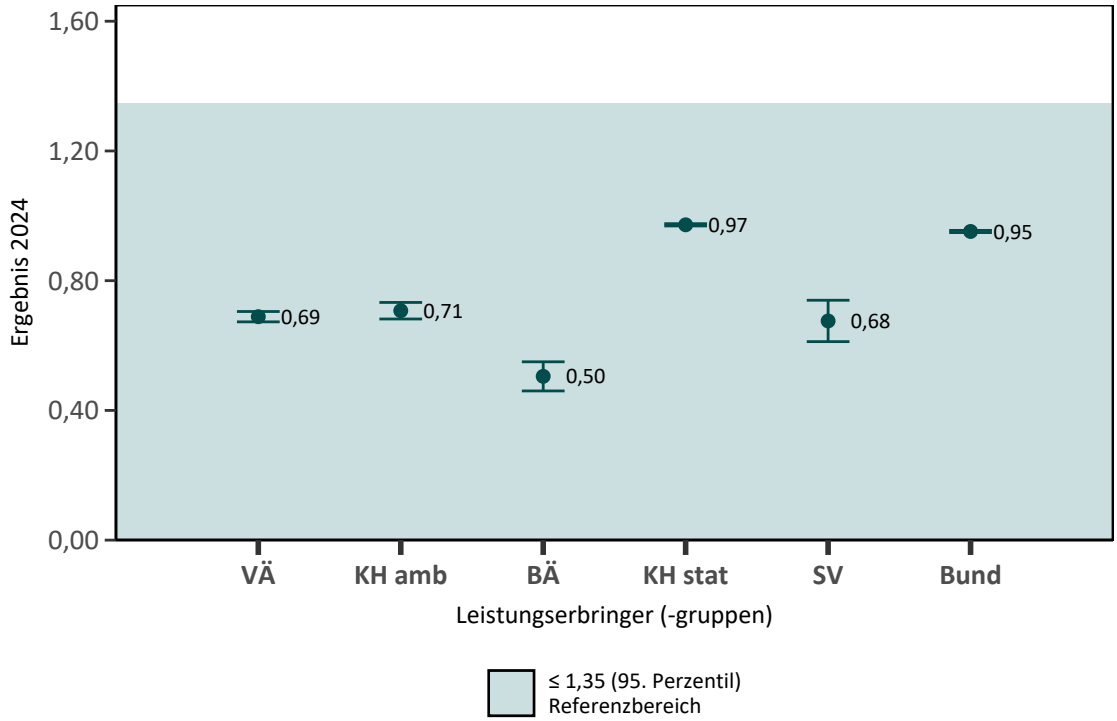
* Mittelwert der fallbasierten Verhältnisse von beobachtetem zu erwartetem Ergebnis. Beispiel:
O / E = 0.8 bedeutet, dass im Mittel eine 20% geringere Dosis als erwartet eingesetzt wird.
O / E = 1.1 bedeutet, dass im Mittel eine 10% höhere Dosis als erwartet eingesetzt wird.
Es ist zu beachten, dass das in dieser Spalte dargestellte Ergebnis sich nicht exakt aus dem Wert in der Spalte „Ergebnis O/E“ errechnen lässt. Letztere summiert die beobachtete und erwartete Dosis über alle Fälle auf, statt fallbasierte Verhältnisse zu bilden.

Ergebnisse im Zeitverlauf

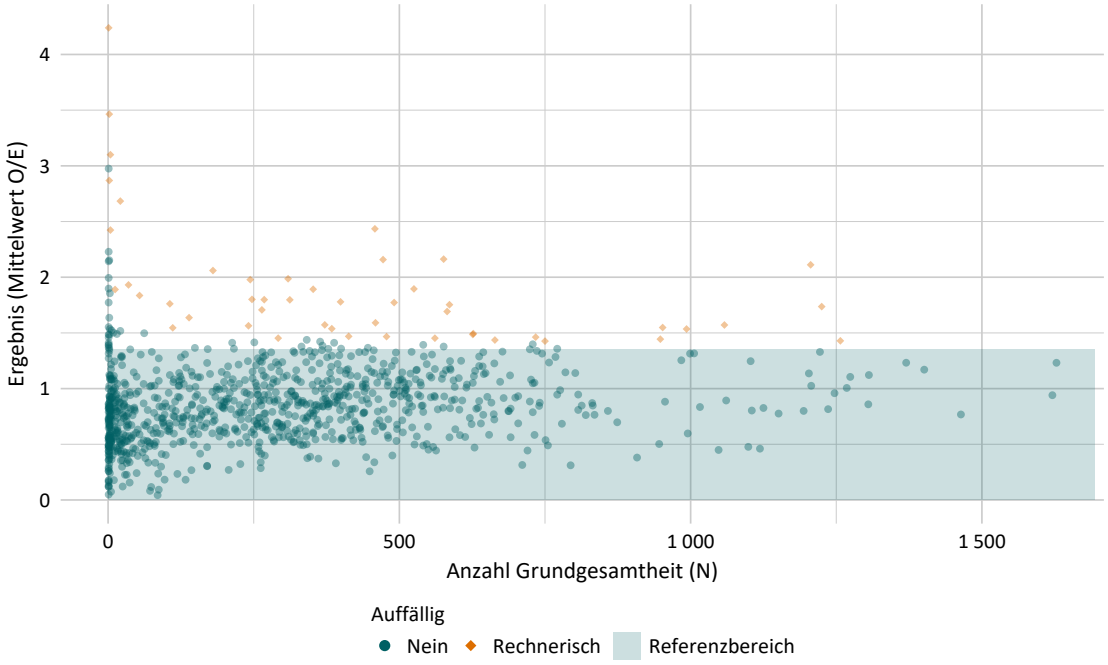
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	969	48	0,04	4,24	0,84

56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

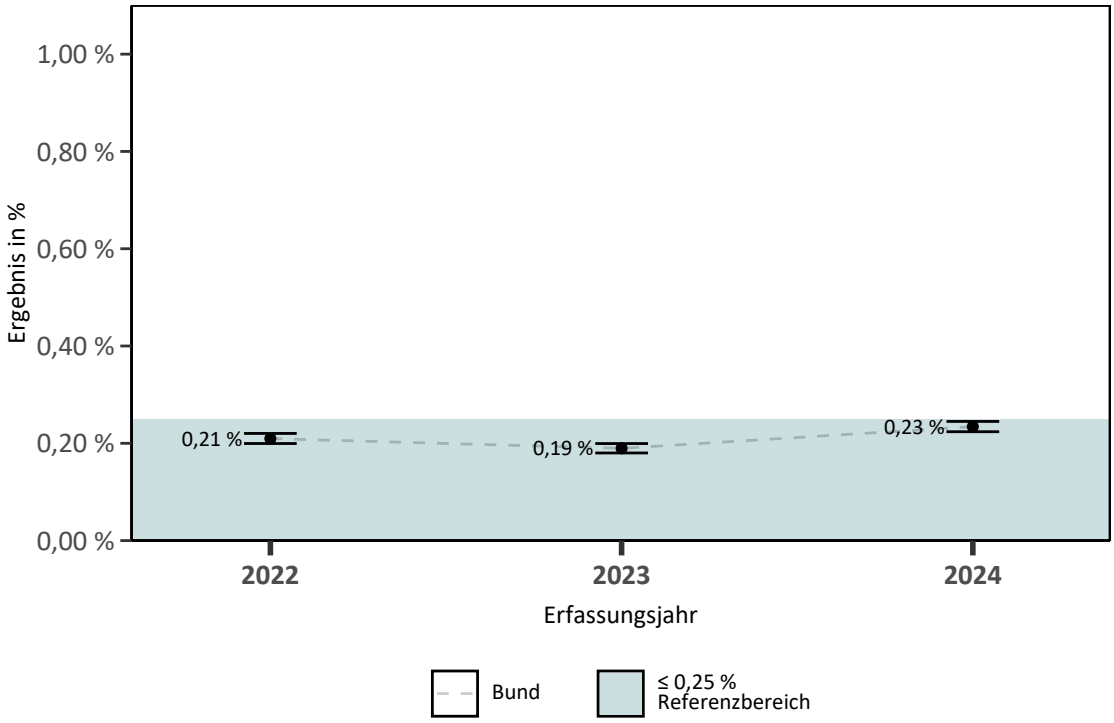
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Prozeduren
Zähler	Prozeduren mit nicht bekanntem Dosis-Flächen-Produkt
Referenzbereich	≤ 0,25 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

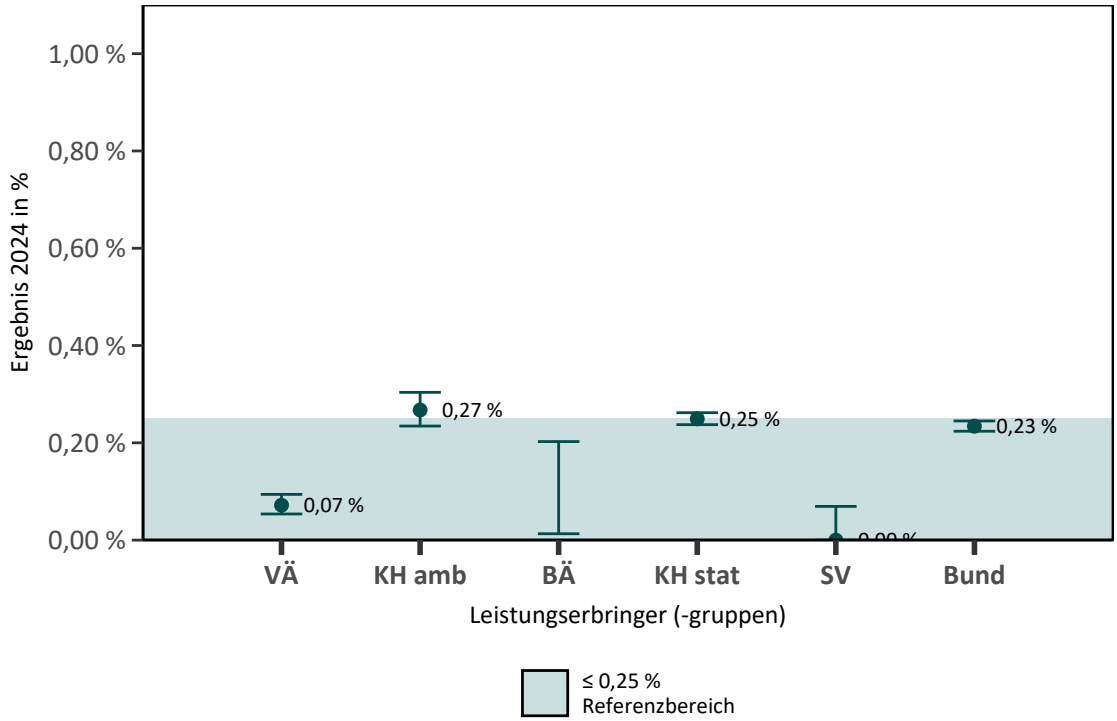
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2022**	24 / 60.044	0,04	0,03 - 0,06
		2023	31 / 66.829	0,05	0,03 - 0,06
		2024	49 / 68.281	0,07	0,05 - 0,09
	KH	**2022**	75 / 45.720	0,16	0,13 - 0,20
		2023	135 / 66.661	0,20	0,17 - 0,24
		2024	228 / 85.245	0,27	0,23 - 0,30
Stationär	**BÄ**	**2022**	5 / 2.246	0,22	0,08 - 0,49
		2023	≤3 / 2.864	x	0,03 - 0,28
		2024	≤3 / 3.165	x	0,01 - 0,20
	KH	**2022**	1.463 / 635.282	0,23	0,22 - 0,24
		2023	1.303 / 635.954	0,20	0,19 - 0,22
		2024	1.584 / 635.224	0,25	0,24 - 0,26
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 3.816	0,00	0,00 - 0,07
		2023	0 / 3.848	0,00	0,00 - 0,07
		2024	0 / 3.626	0,00	0,00 - 0,07
Bund		**2022**	1.567 / 747.108	0,21	0,20 - 0,22
		2023	1.472 / 776.156	0,19	0,18 - 0,20
		2024	1.863 / 795.541	0,23	0,22 - 0,24

Ergebnisse im Zeitverlauf

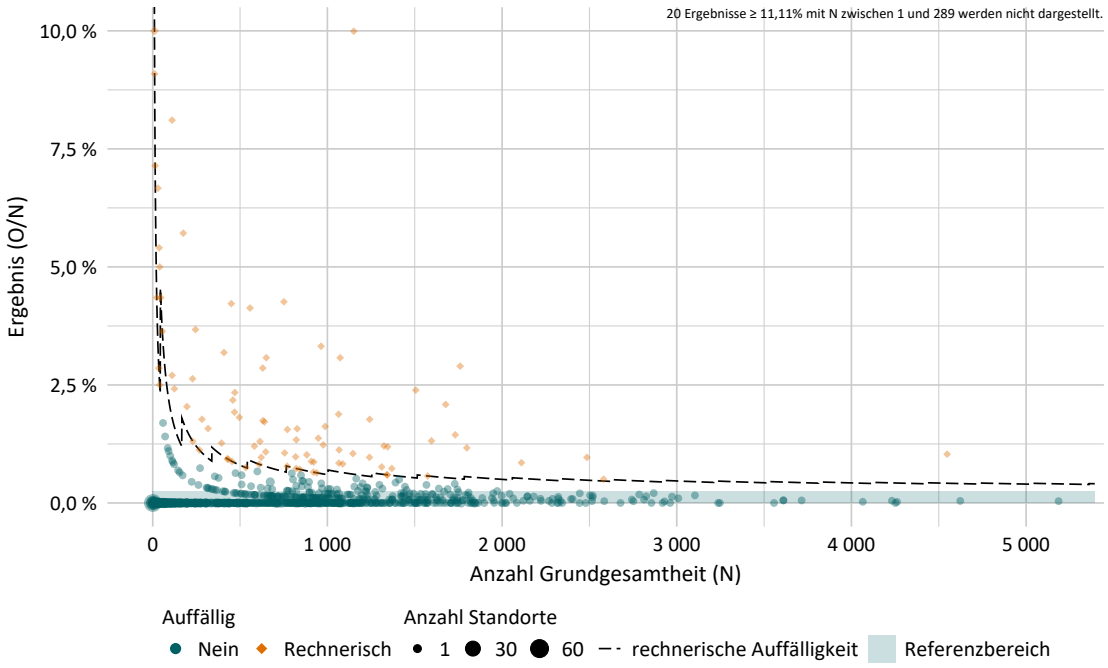
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.168	108	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien	
4.1.1	**ID: 56005** **O/E**	0,94 584.795.689/625.41 4.199,79
4.1.2	ID: 56_22119 Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²	7,63 % 36.991/484.716
4.1.2.1	Body mass index - BMI	
4.1.2.1.1	ID: 56_22120 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) untergewichtig sind (< 18,5 BMI)	0,18 % 68/36.991
4.1.2.1.2	ID: 56_22121 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) normal-gewichtig sind (BMI: ≥ 18,5 - < 25)	10,21 % 3.777/36.991
4.1.2.1.3	ID: 56_22122 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) leicht übergewichtig sind (BMI: ≥ 25 - < 30)	29,02 % 10.734/36.991
4.1.2.1.4	ID: 56_22123 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) über-gewichtig sind (Klasse I, BMI: ≥ 30 - < 35)	29,28 % 10.831/36.991
4.1.2.1.5	ID: 56_22124 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) über-gewichtig sind (Klasse II, BMI: ≥ 35 - < 40)	16,89 % 6.246/36.991
4.1.2.1.6	ID: 56_22125 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) über-gewichtig sind (Klasse III, BMI: ≥ 40)	11,99 % 4.434/36.991
4.1.2.1.7	ID: 56_22128 Anteil der Fälle mit fehlenden oder unplausiblen Größe- oder Gewichtsangaben zum BMI	2,44 % 901/36.991

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI	
4.2.1	**ID: 56006** **O/E**	0,98 78.465.621/80.565.9 64,24
4.2.2	ID: 56_22135 Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²	17,62 % 4.273/24.245
4.2.2.1	Body mass index - BMI	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.2.1.1	ID: 56_22136 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) untergewichtig sind (< 18,5 BMI)	0,19 % 8/4.273
4.2.2.1.2	ID: 56_22137 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) normal-gewichtig sind (BMI: ≥ 18,5 - < 25)	15,42 % 659/4.273
4.2.2.1.3	ID: 56_22138 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) leicht übergewichtig sind (BMI: ≥ 25 - < 30)	37,96 % 1.622/4.273
4.2.2.1.4	ID: 56_22139 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse I, BMI: ≥ 30 - < 35)	27,10 % 1.158/4.273
4.2.2.1.5	ID: 56_22140 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse II, BMI: ≥ 35 - < 40)	12,57 % 537/4.273
4.2.2.1.6	ID: 56_22141 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse III, BMI: ≥ 40)	4,87 % 208/4.273
4.2.2.1.7	ID: 56_22144 Anteil der Fälle mit fehlenden oder unplausiblen Größe- oder Gewichtsangaben zum BMI	1,90 % 81/4.273

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI	
4.3.1	**ID: 56007** **O/E**	0,95 872.287.659/922.337.621,21
4.3.2	ID: 56_22151 Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²	12,34 % 35.127/284.669
4.3.2.1	Body mass index - BMI	
4.3.2.1.1	ID: 56_22152 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) untergewichtig sind (< 18,5 BMI)	0,15 % 51/35.127
4.3.2.1.2	ID: 56_22153 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) normal-gewichtig sind (BMI: ≥ 18,5 - < 25)	13,05 % 4.585/35.127
4.3.2.1.3	ID: 56_22154 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) leicht übergewichtig sind (BMI: ≥ 25 - < 30)	35,93 % 12.622/35.127

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3.2.1.4	ID: 56_22155 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse I, BMI: ≥ 30 - < 35)	28,44 % 9.991/35.127
4.3.2.1.5	ID: 56_22156 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse II, BMI: ≥ 35 - < 40)	13,08 % 4.593/35.127
4.3.2.1.6	ID: 56_22157 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse III, BMI: ≥ 40)	6,88 % 2.417/35.127
4.3.2.1.7	ID: 56_22160 Anteil der Fälle mit fehlenden oder unplausiblen Größe- oder Gewichtsangaben zum BMI	2,47 % 868/35.127

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.7	**ID: 56008** **Dosis-Flächen-Produkt unbekannt**	0,23 % 1.863/795.541
4.7.1	Body mass index - BMI	
4.7.1.1	ID: 56_22167 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) untergewichtig sind (< 18,5 BMI)	1,40 % 26/1.863
4.7.1.2	ID: 56_22168 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) normalgewichtig sind (BMI: ≥ 18,5 - < 25)	27,80 % 518/1.863
4.7.1.3	ID: 56_22169 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) leicht übergewichtig sind (BMI: ≥ 25 - < 30)	35,00 % 652/1.863
4.7.1.4	ID: 56_22170 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse I, BMI: ≥ 30 - < 35)	19,38 % 361/1.863
4.7.1.5	ID: 56_22171 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse II, BMI: ≥ 35 - < 40)	6,92 % 129/1.863
4.7.1.6	ID: 56_22172 Anteil der Fälle, die gemäß BMI-Klassifikation (WHO) übergewichtig sind (Klasse III, BMI: ≥ 40)	2,90 % 54/1.863
4.7.1.7	ID: 56_22175 Anteil der Fälle mit fehlenden oder unplausiblen Größe- oder Gewichtsangaben zum BMI	6,60 % 123/1.863

Gruppe: Kontrastmittelmenge

Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.

56009: Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten Koronarangiographien
Zähler	Kontrastmittelmenge in ml
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

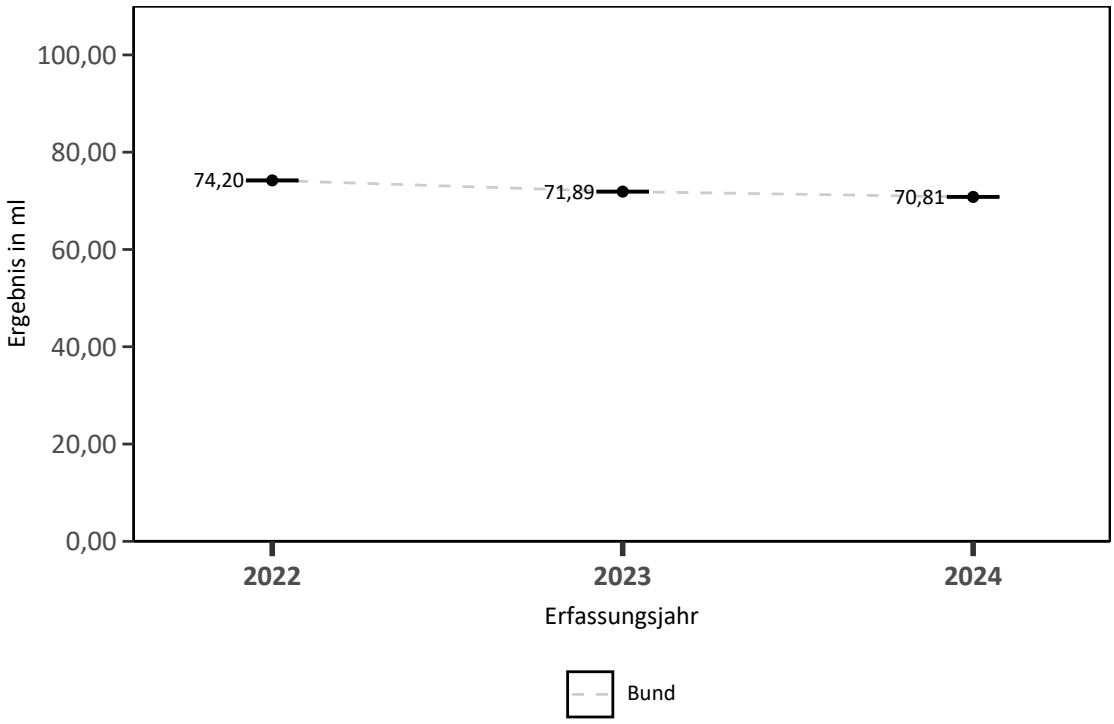
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in ml	Vertrauensbereich in ml
Ambulant	**VÄ**	**2022**	2.966.302 / 47.087	63,00	62,62 - 63,37
		2023	3.202.255 / 53.007	60,41	60,07 - 60,76
		2024	3.233.535 / 54.655	59,16	58,82 - 59,50
	KH	**2022**	3.092.934 / 44.473	69,55	69,16 - 69,93
		2023	4.426.004 / 65.066	68,02	67,71 - 68,33
		2024	5.445.725 / 80.022	68,05	67,77 - 68,33
Stationär	**BÄ**	**2022**	81.577 / 1.133	72,00	69,57 - 74,43
		2023	105.103 / 1.429	73,55	71,45 - 75,65
		2024	103.475 / 1.477	70,06	67,99 - 72,12
	KH	**2022**	27.173.443 / 356.053	76,32	76,18 - 76,46
		2023	26.057.236 / 350.213	74,40	74,27 - 74,54
		2024	25.455.146 / 347.098	73,34	73,20 - 73,47
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	198.147 / 2.933	67,56	66,05 - 69,07
		2023	191.796 / 2.953	64,95	63,49 - 66,41
		2024	166.862 / 2.655	62,85	61,31 - 64,39

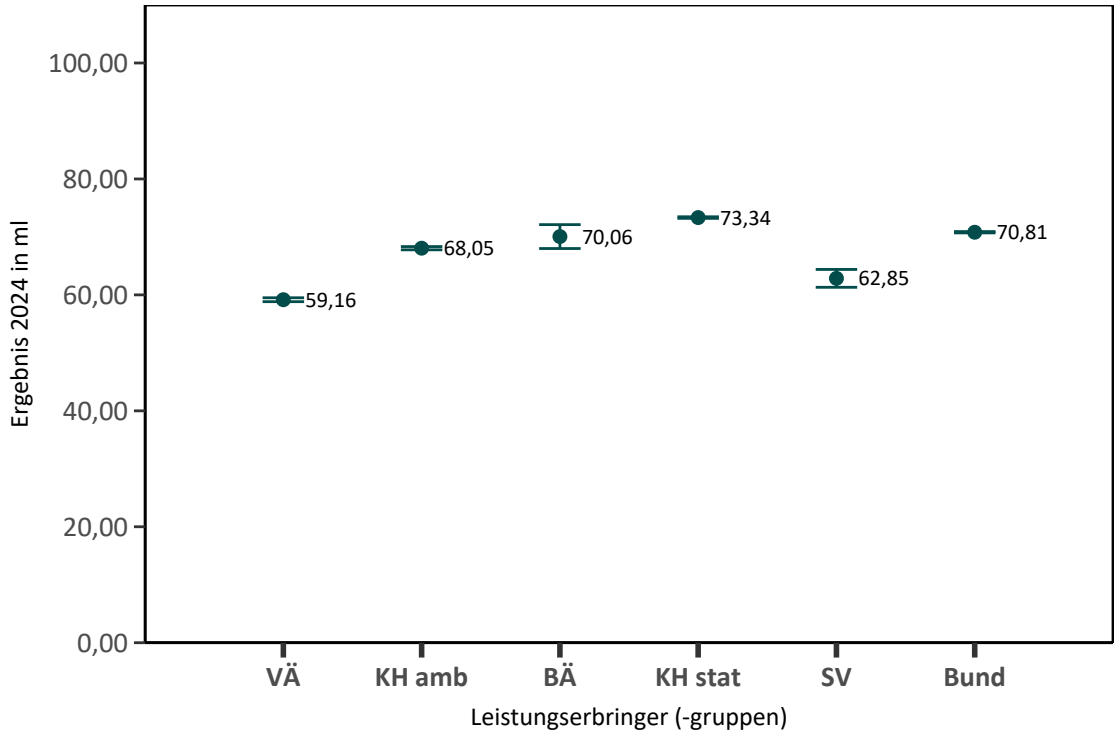
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in ml	Vertrauensbereich in ml
Bund	**2022**	33.512.403 / 451.679	74,20	74,07 - 74,32
	2023	33.982.394 / 472.668	71,89	71,78 - 72,01
	2024	34.404.743 / 485.907	70,81	70,69 - 70,92

Ergebnisse im Zeitverlauf

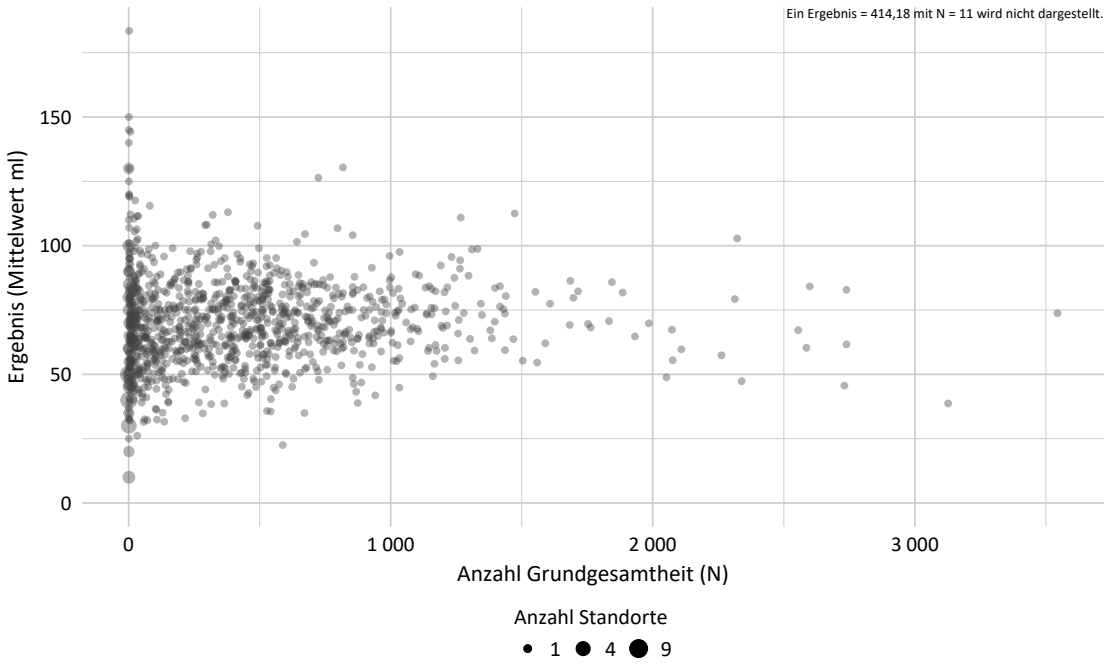
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in ml	Maximum in ml	Median in ml
2024	1.145	0	10,00	414,18	68,67

56010: Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI

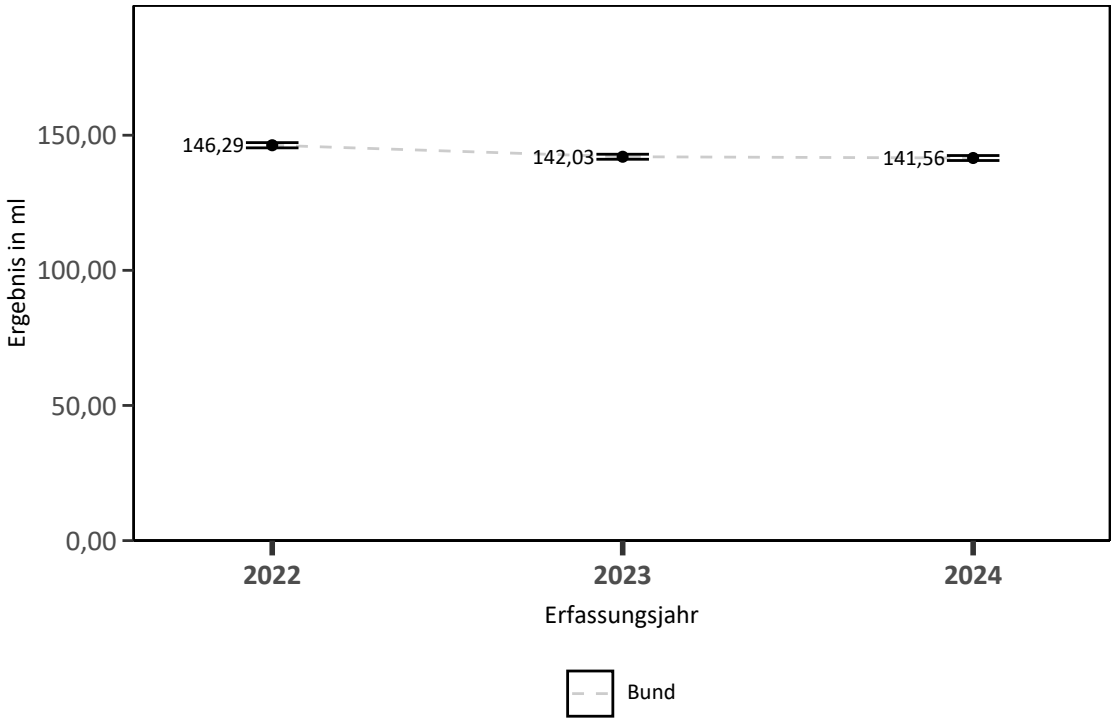
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten PCI
Zähler	Kontrastmittelmenge in ml
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

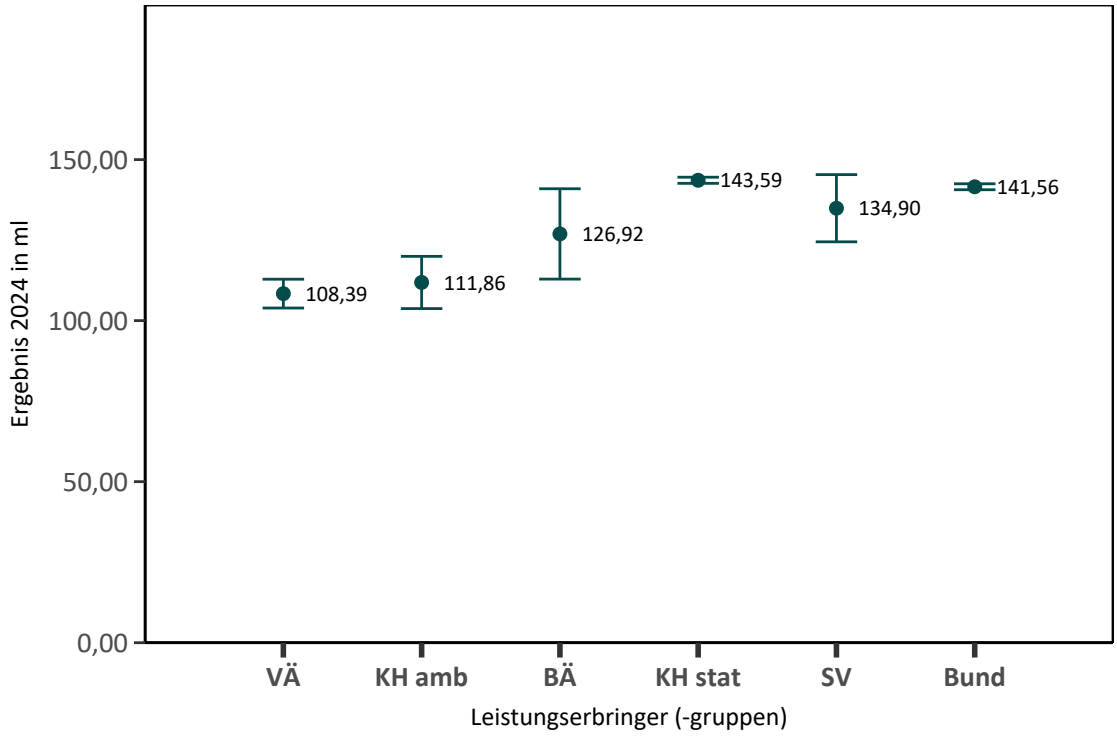
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in ml	Vertrauensbereich in ml
Ambulant	**VÄ**	**2022**	105.543 / 854	123,59	118,50 - 128,68
		2023	123.144 / 1.079	114,13	109,75 - 118,51
		2024	110.662 / 1.021	108,39	103,91 - 112,86
	KH	**2022**	9.443 / 71	133,00	115,35 - 150,65
		2023	10.238 / 77	132,96	116,56 - 149,36
		2024	34.787 / 311	111,86	103,74 - 119,97
Stationär	**BÄ**	**2022**	11.587 / 82	141,30	124,88 - 157,73
		2023	12.312 / 103	119,53	105,36 - 133,71
		2024	13.200 / 104	126,92	112,90 - 140,95
	KH	**2022**	3.310.236 / 22.468	147,33	146,34 - 148,32
		2023	3.268.336 / 22.774	143,51	142,56 - 144,47
		2024	3.256.994 / 22.683	143,59	142,64 - 144,54
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	16.397 / 130	126,13	113,08 - 139,18
		2023	21.075 / 152	138,65	126,98 - 150,32
		2024	25.362 / 188	134,90	124,47 - 145,34
Bund		**2022**	3.453.206 / 23.605	146,29	145,32 - 147,26
		2023	3.435.105 / 24.185	142,03	141,11 - 142,96
		2024	3.441.005 / 24.307	141,56	140,64 - 142,49

Ergebnisse im Zeitverlauf

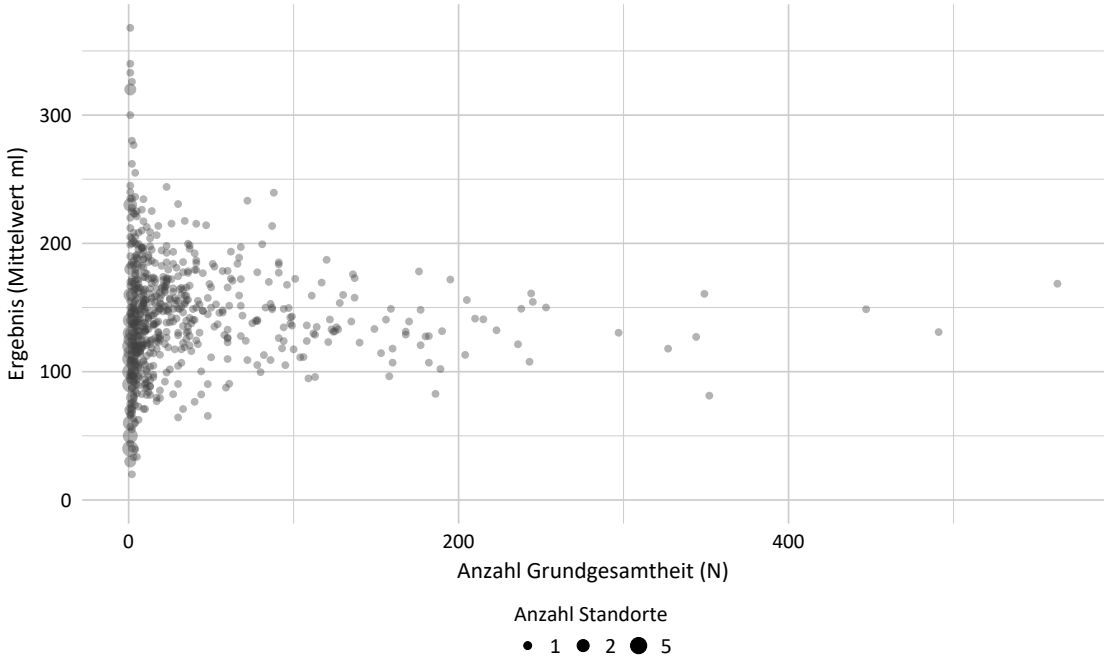
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in ml	Maximum in ml	Median in ml
2024	687	0	20,00	368,00	140,00

56011: Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI

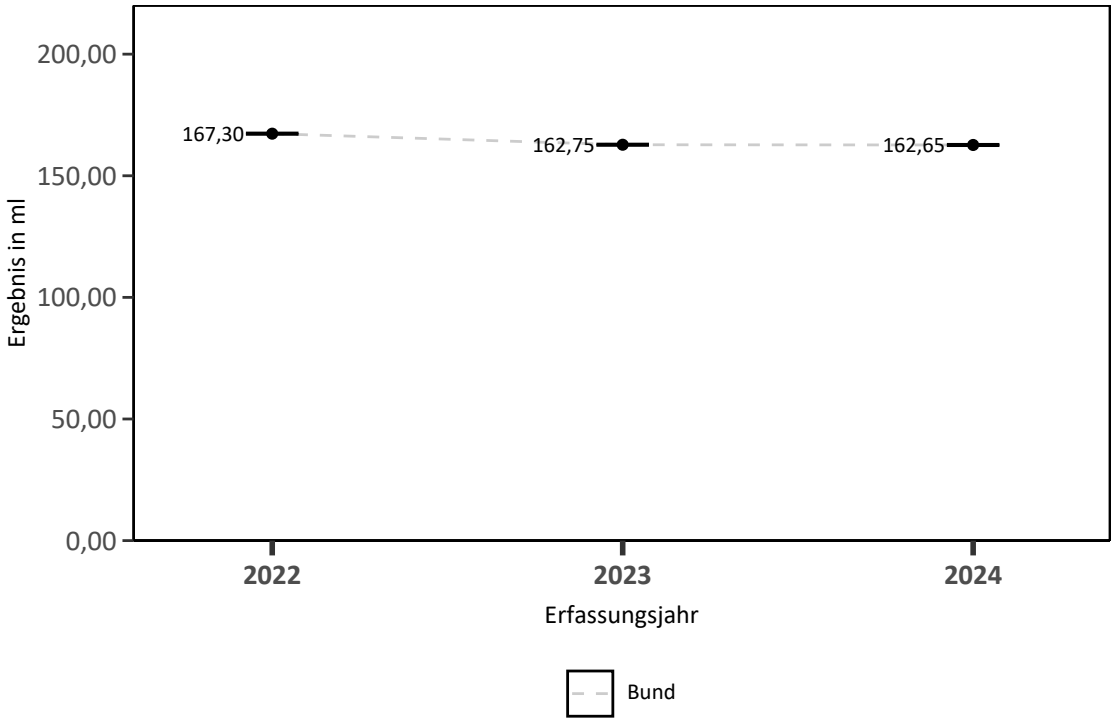
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Einzeitig-PCI
Zähler	Kontrastmittelmenge in ml
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

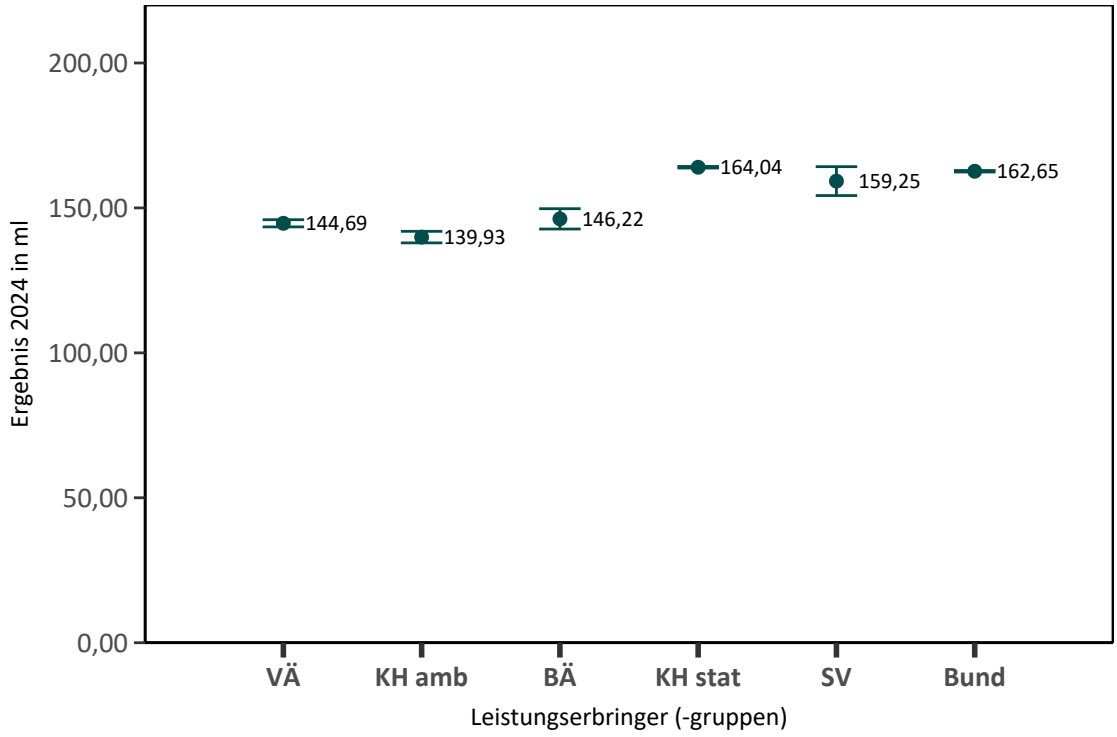
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in ml	Vertrauensbereich in ml
Ambulant	**VÄ**	**2022**	1.815.796 / 12.103	150,03	148,72 - 151,33
		2023	1.812.487 / 12.743	142,23	141,00 - 143,46
		2024	1.823.845 / 12.605	144,69	143,45 - 145,93
	KH	**2022**	194.388 / 1.176	165,30	161,11 - 169,48
		2023	237.591 / 1.518	156,52	152,95 - 160,08
		2024	687.335 / 4.912	139,93	137,94 - 141,92
Stationär	**BÄ**	**2022**	148.381 / 1.031	143,92	139,45 - 148,39
		2023	189.808 / 1.332	142,50	138,69 - 146,30
		2024	231.614 / 1.584	146,22	142,72 - 149,73
	KH	**2022**	43.196.910 / 256.761	168,24	167,95 - 168,52
		2023	43.094.215 / 262.967	163,88	163,61 - 164,15
		2024	43.542.059 / 265.443	164,04	163,76 - 164,31
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	120.725 / 753	160,33	155,10 - 165,55
		2023	123.546 / 743	166,28	161,19 - 171,37
		2024	124.695 / 783	159,25	154,27 - 164,24
Bund		**2022**	45.476.200 / 271.824	167,30	167,02 - 167,58
		2023	45.457.647 / 279.303	162,75	162,49 - 163,02
		2024	46.409.548 / 285.327	162,65	162,39 - 162,92

Ergebnisse im Zeitverlauf

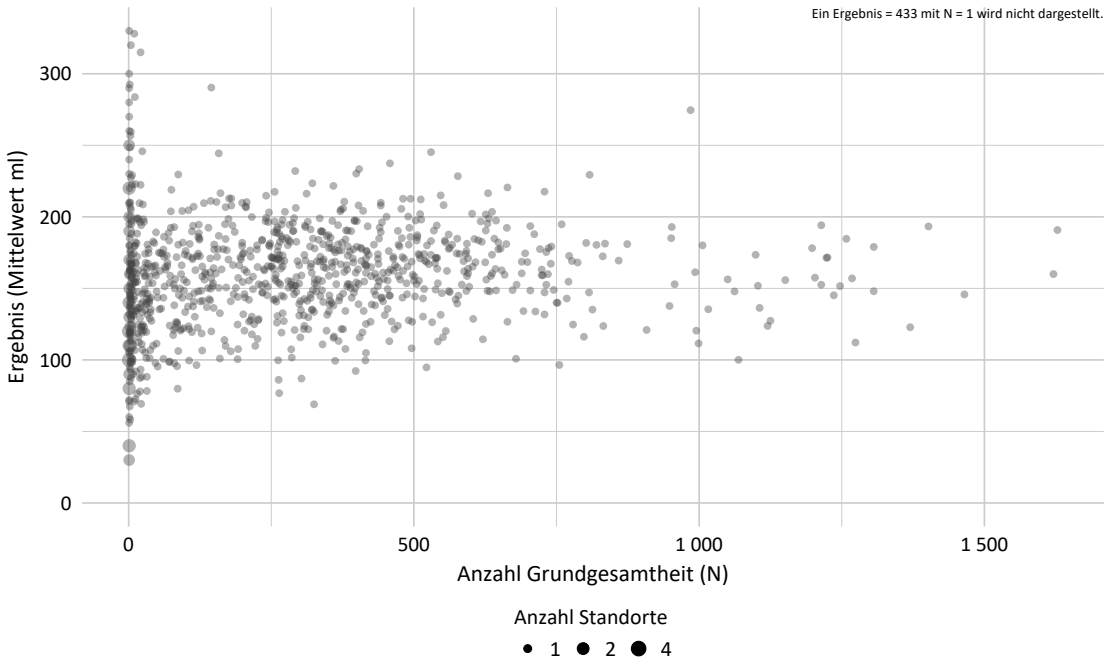
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in ml	Maximum in ml	Median in ml
2024	977	0	30,00	433,00	160,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 56009** **Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien**	70,81 34.404.743/485.907
5.1.1	ID: 56_24030 Anteil isolierter Koronarangiographien mit einem Kontrastmittelverbrauch > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien	4,02 % 19.545/485.907

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	**ID: 56010** **Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI**	141,56 3.441.005/24.307
5.2.1	ID: 56_24031 Anteil isolierter PCI mit einem Kontrastmittelverbrauch > 200 ml an allen isolierten PCI	15,83 % 3.848/24.307

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	**ID: 56011** **Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI**	162,65 46.409.548/285.327
5.3.1	ID: 56_24032 Anteil einzeitiger PCI mit einem Kontrastmittelverbrauch > 250 ml an allen einzeitigen PCI	8,75 % 24.972/285.327

56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen

Qualitätsziel	Der Anteil therapiebedürftiger Blutungen und der punktionsnaher Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI
Zähler	Therapiebedürftige Blutungen oder punktionsnahe Komplikationen (Thrombininjektion nach Blutung, chirurgische Intervention nach Blutung oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages
O (observed)	Beobachtete Anzahl an therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
E (expected)	Erwartete Anzahl an therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56012.
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Art der Prozedur: isolierte PCI Art der Prozedur: einzeitig Koronarangiographie und PCI Geschlecht: Weiblich Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht Rotablation Alter (linear) bis 50 Jahre Alter (linear) ab 50 bis 60 Jahre Alter (linear) ab 60 bis 105 Jahre BMI (linear) bis 31 kg/m^2 eGFR (linear) bis 105 ml/min eGFR (quadratisch) bis 105 ml/min eGFR (kubisch) bis 105 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Niereninsuffizienz eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

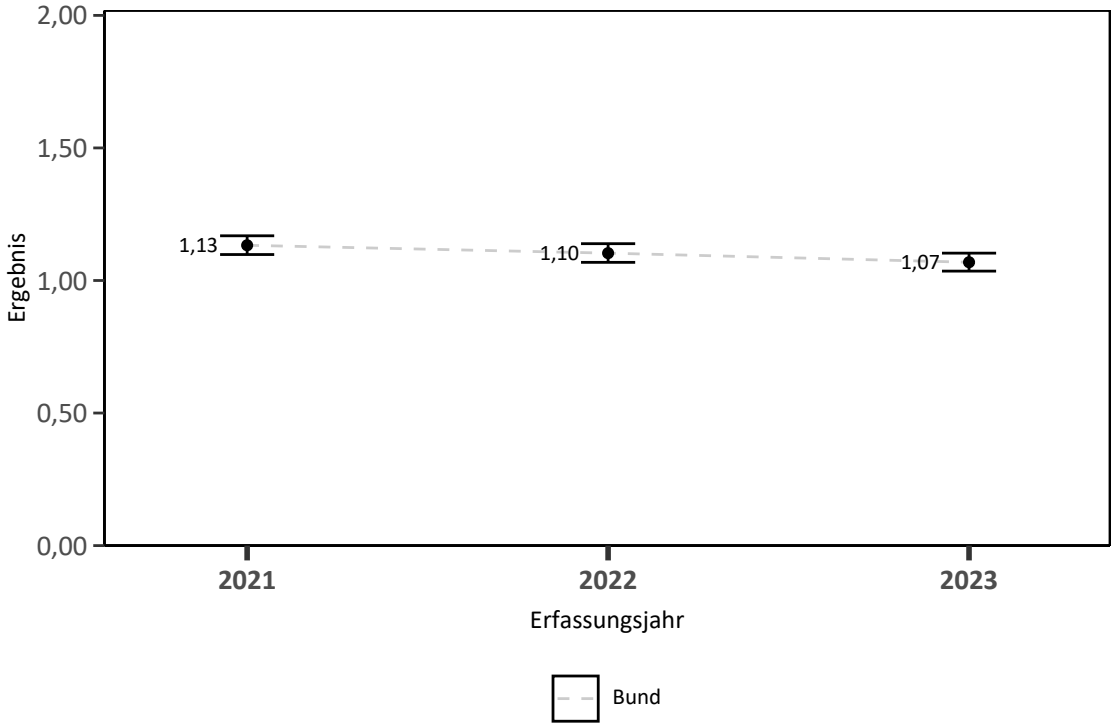
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2021	63.181	137 / 235,46	0,58	0,49 - 0,69
		2022	59.083	129 / 220,70	0,58	0,49 - 0,69
		2023	61.167	111 / 227,17	0,49	0,40 - 0,59
	KH	2021	30.274	38 / 101,37	0,37	0,27 - 0,51
		2022	36.508	33 / 122,64	0,27	0,19 - 0,37
		2023	54.668	65 / 184,06	0,35	0,27 - 0,45
Stationär	BÄ	2021	2.325	4 / 10,39	0,38	0,13 - 0,92
		2022	2.210	≤3 / 10,28	0,10	0,01 - 0,45
		2023	2.824	15 / 13,14	1,14	0,67 - 1,83
	KH	2021	638.908	3.765 / 3.130,89	1,20	1,16 - 1,24
		2022	616.227	3.602 / 3.050,94	1,18	1,14 - 1,22
		2023	631.402	3.637 / 3.148,92	1,15	1,12 - 1,19
Selektivvertragliche Leistungen		2021	1.627	≤3 / 6,07	0,49	0,14 - 1,32
		2022	2.921	≤3 / 11,08	0,27	0,08 - 0,72
		2023	2.205	0 / 8,07	0,00	0,00 - 0,31
Bund		2021	736.315	3.947 / 3.484,18	1,13	1,10 - 1,17
		2022	716.949	3.768 / 3.415,64	1,10	1,07 - 1,14
		2023	752.266	3.828 / 3.581,36	1,07	1,04 - 1,10

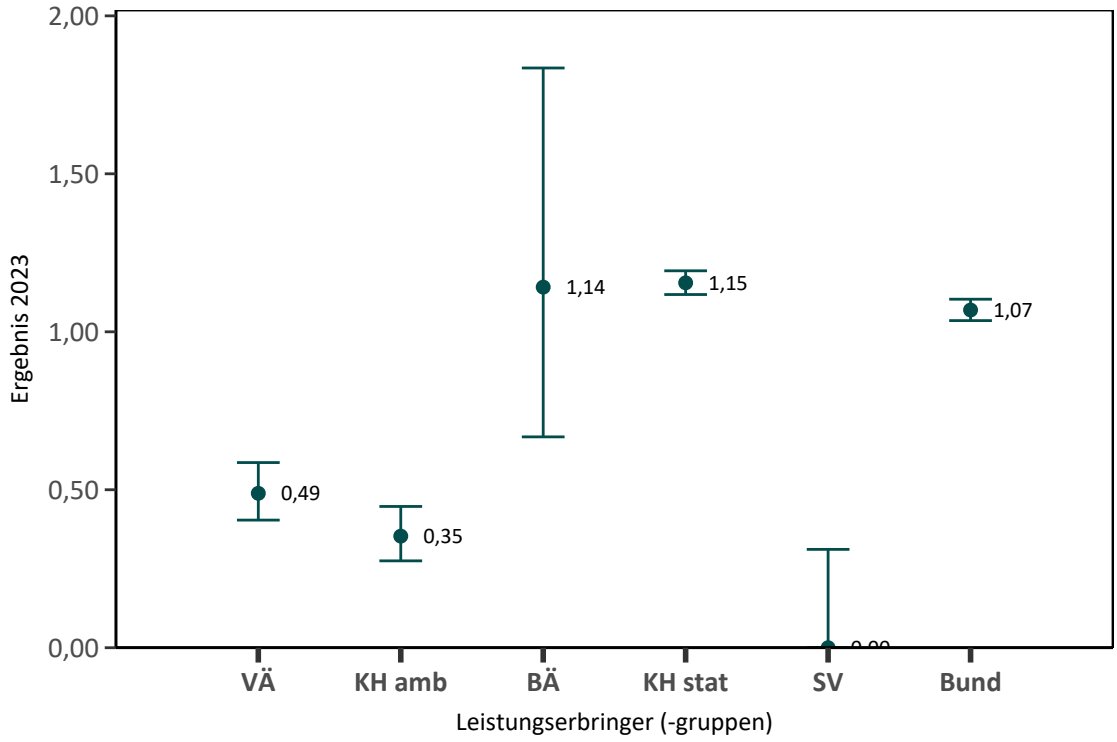
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

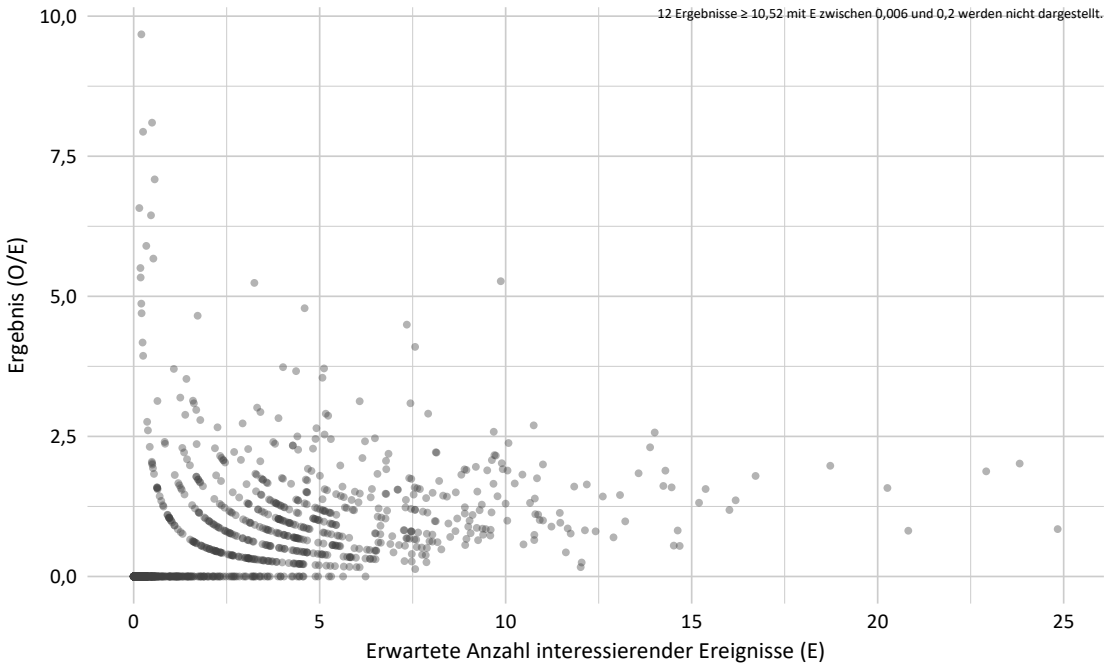
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



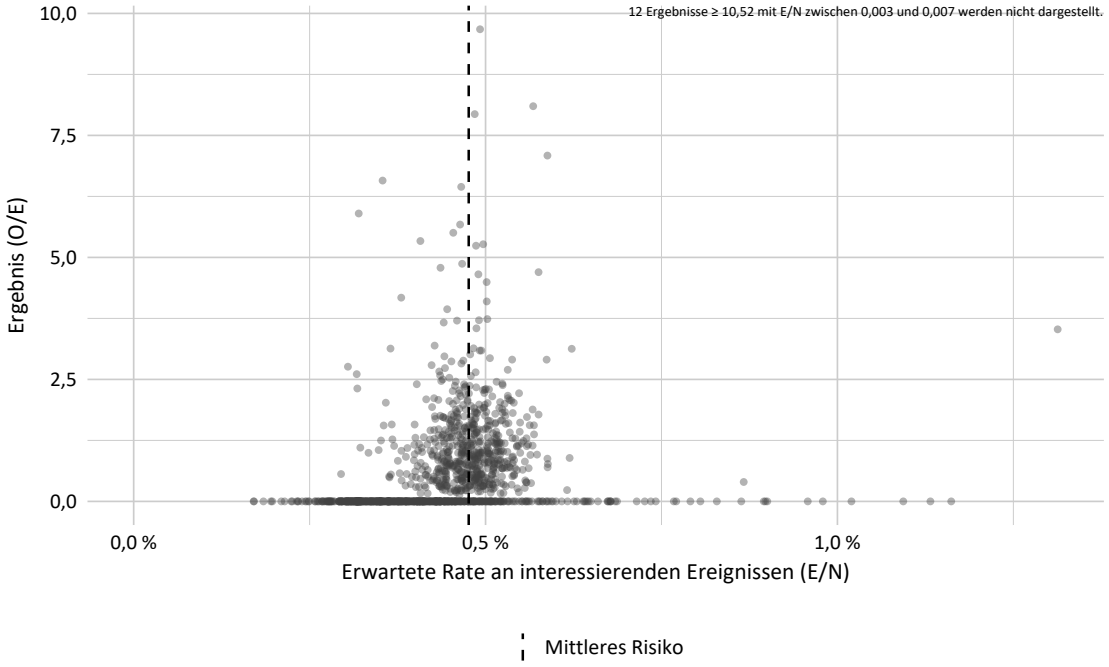
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	1.193	0	0,00	174,84	0,31

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
6.1.1.1	ID: O_56012 O/N (observed, beobachtet)	0,51 % 3.828/752.266
6.1.1.2	ID: E_56012 E/N (expected, erwartet)	0,48 % 3.581,36/752.266
6.1.1.3	**ID: 56012** **O/E**	1,07
6.1.2	ID: 56_22239 Thrombin-Injektion nach Blutung	18,57 % 711/3.828
6.1.3	ID: 56_22240 Chirurgische Intervention nach Blutung	80,25 % 3.072/3.828
6.1.4	ID: 56_22241 Aneurysma spurium	5,41 % 207/3.828

Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.

56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) mit der Indikation akuter ST-Hebungsinfarkt
Zähler	Patientinnen und Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI
Referenzbereich	≥ 94,54 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

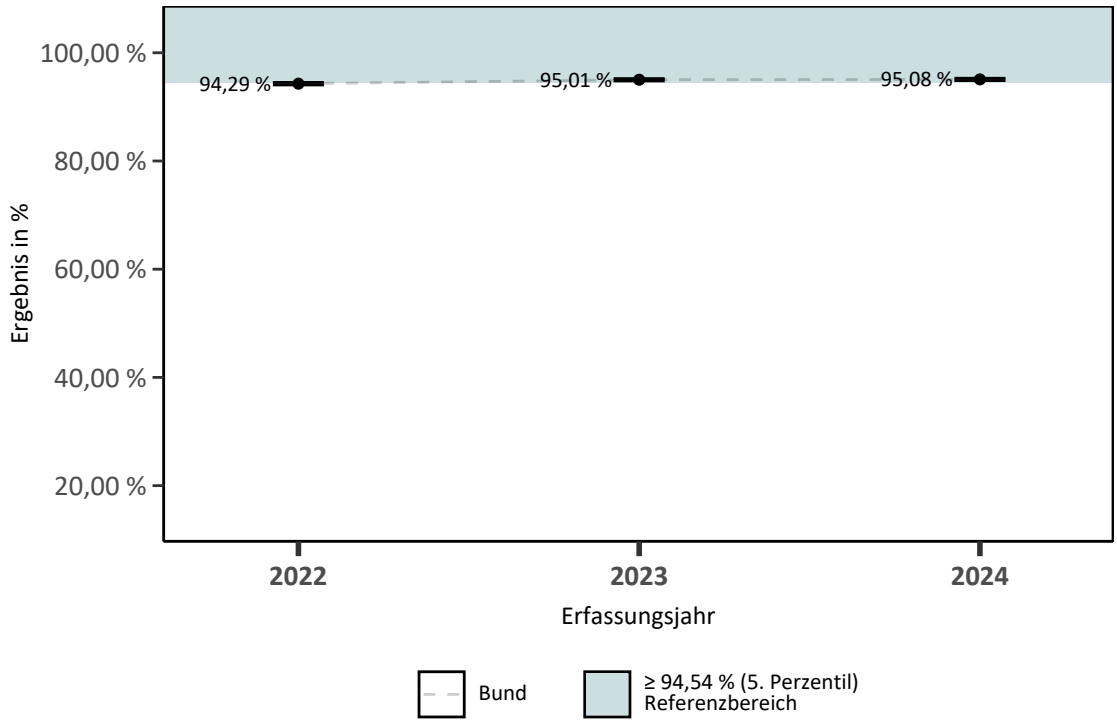
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2022**	177 / 185	95,68	92,01 - 97,93
		2023	138 / 144	95,83	91,61 - 98,24
		2024	115 / 120	95,83	91,11 - 98,39
	KH	**2022**	159 / 184	86,41	80,91 - 90,78
		2023	198 / 233	84,98	79,97 - 89,12
		2024	169 / 190	88,95	83,91 - 92,81
Stationär	**BÄ**	**2022**	31 / 32	96,88	86,31 - 99,66
		2023	40 / 48	83,33	71,00 - 91,79
		2024	39 / 40	97,50	88,91 - 99,73
	KH	**2022**	36.331 / 38.520	94,32	94,08 - 94,55
		2023	36.234 / 38.106	95,09	94,87 - 95,30
		2024	35.888 / 37.733	95,11	94,89 - 95,32
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	≤3	x	33,32 - 99,98
		2023	0 / 0	-	0,15 - 99,85
		2024	≤3	x	14,67 - 99,96

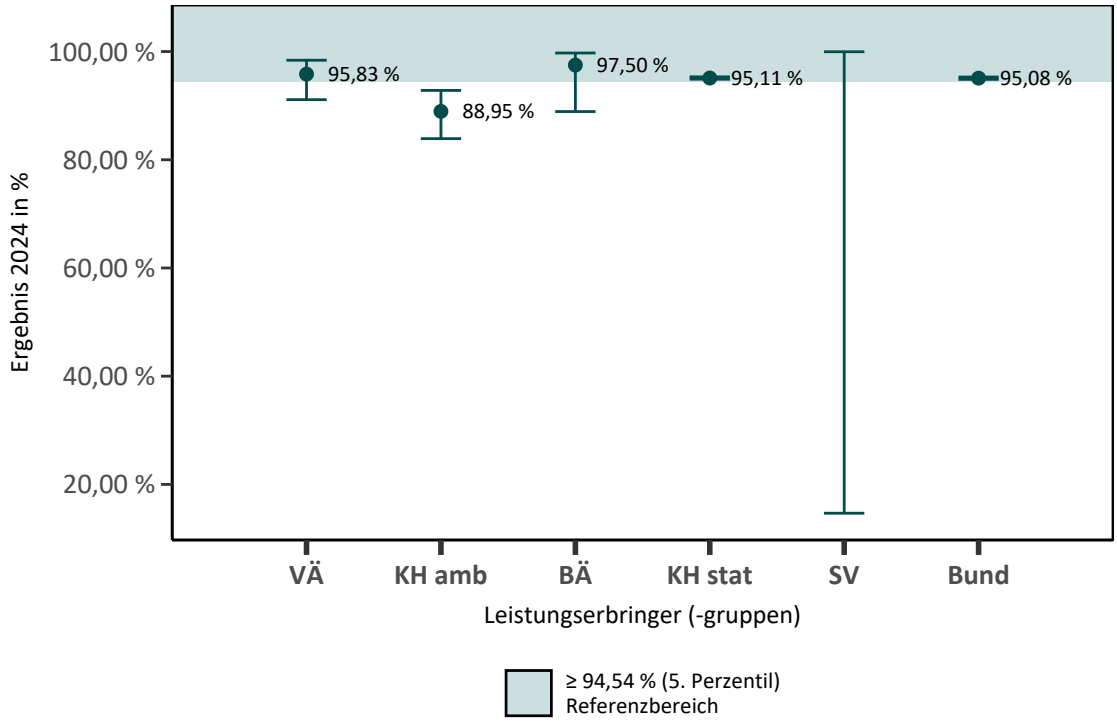
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	36.700 / 38.923	94,29	94,05 - 94,52
	2023	36.610 / 38.531	95,01	94,79 - 95,23
	2024	36.212 / 38.084	95,08	94,86 - 95,30

Ergebnisse im Zeitverlauf

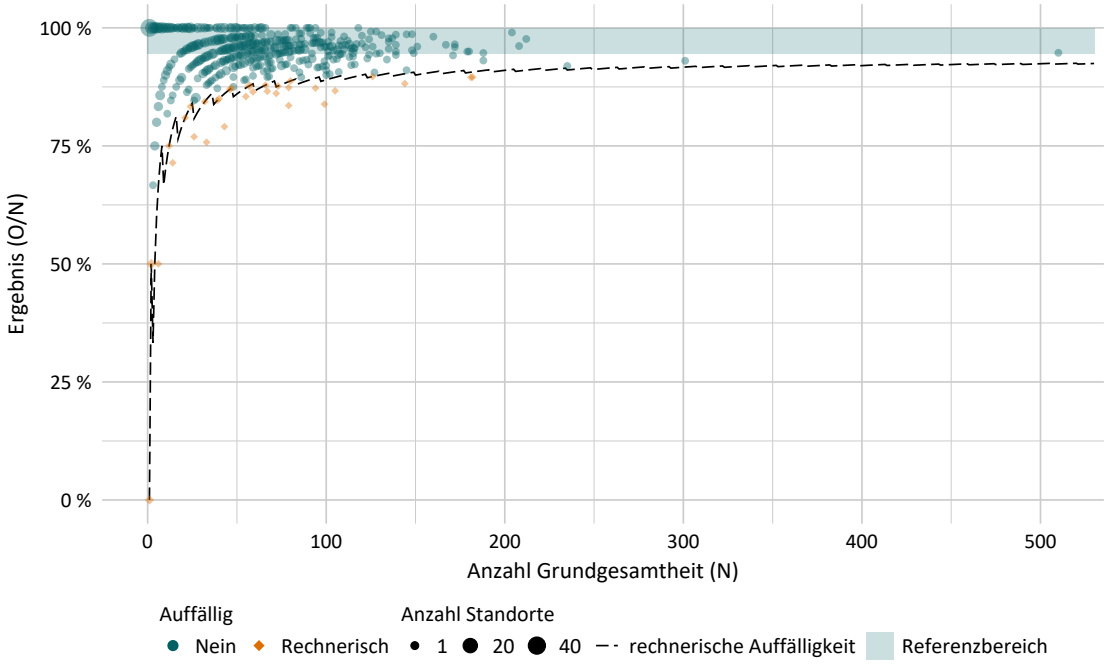
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	710	36	0,00	100,00	96,15

56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) unter Ausschluss der Indikation akuter ST-Hebungsinfarkt
Zähler	PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels: - Indikation Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) und subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI): TIMI-III-Fluss - alle anderen Indikationen: nach Einschätzung des Untersuchers (im Allgemeinen angiographische Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

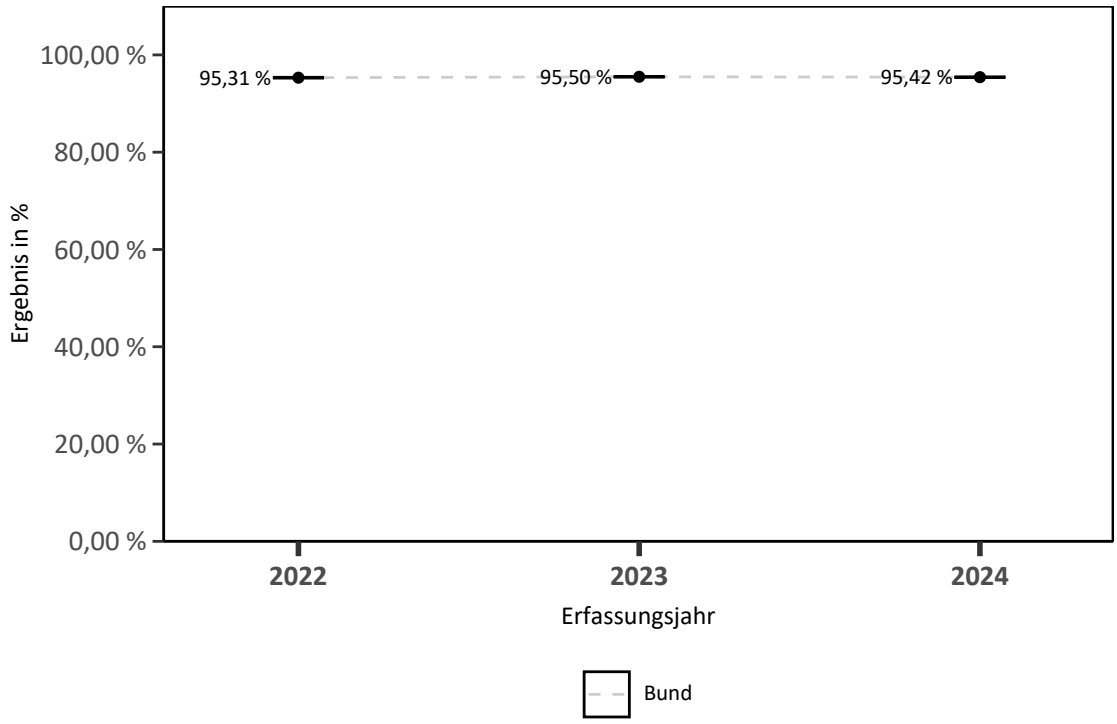
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2022**	12.140 / 12.772	95,05	94,67 - 95,42
		2023	12.959 / 13.678	94,74	94,36 - 95,11
		2024	12.721 / 13.506	94,19	93,78 - 94,57
	KH	**2022**	950 / 1.063	89,37	87,41 - 91,12
		2023	1.218 / 1.362	89,43	87,71 - 90,98
		2024	4.722 / 5.033	93,82	93,13 - 94,46
Stationär	**BÄ**	**2022**	1.027 / 1.081	95,00	93,58 - 96,18
		2023	1.330 / 1.387	95,89	94,75 - 96,84
		2024	1.570 / 1.648	95,27	94,16 - 96,21
	KH	**2022**	229.521 / 240.709	95,35	95,27 - 95,44
		2023	236.685 / 247.635	95,58	95,50 - 95,66
		2024	239.179 / 250.393	95,52	95,44 - 95,60
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	838 / 881	95,12	93,55 - 96,40
		2023	849 / 895	94,86	93,27 - 96,16
		2024	916 / 970	94,43	92,86 - 95,75

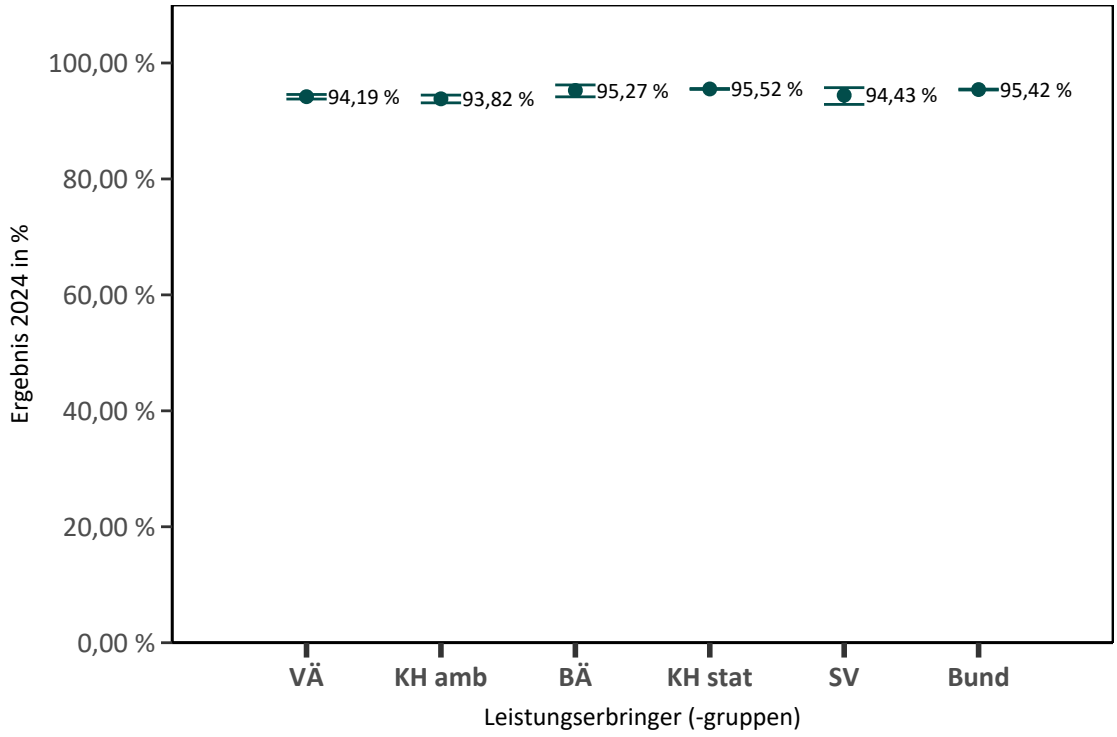
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	244.476 / 256.506	95,31	95,23 - 95,39
	2023	253.041 / 264.957	95,50	95,42 - 95,58
	2024	259.108 / 271.550	95,42	95,34 - 95,50

Ergebnisse im Zeitverlauf

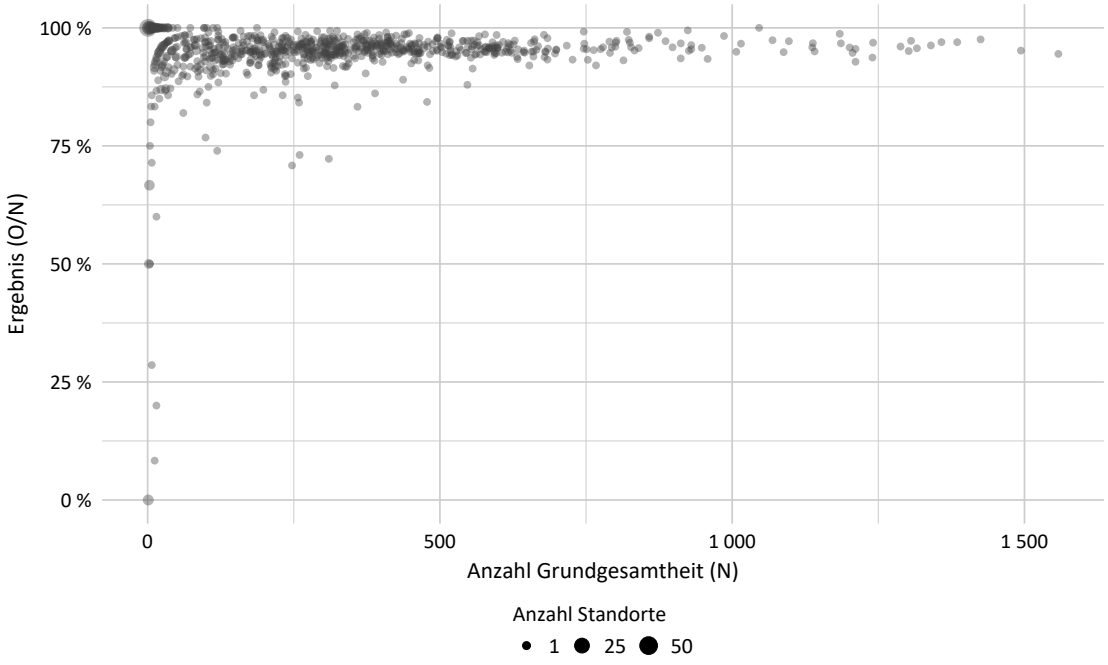
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	975	0	0,00	100,00	95,84

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	
7.1.1	**ID: 56014** **Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt**	95,08 % 36.212/38.084
7.1.2	wesentliches Interventionsziel nicht erreicht	
7.1.2.1	ID: 56_22201 TIMI 0	1,71 % 741/43.400
7.1.2.2	ID: 56_22202 TIMI I	0,99 % 428/43.400
7.1.2.3	ID: 56_22203 TIMI II	3,15 % 1.369/43.400

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	**ID: 56016** **Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI**	95,42 % 259.108/271.550
7.2.1	ID: 56_22204 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	94,15 % 40.862/43.400
7.2.2	ID: 56_22205 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation Nicht-ST-Hebungsinfarkt	96,03 % 71.791/74.757
7.2.3	ID: 56_22206 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI ohne Myokardinfarkt	95,40 % 182.667/191.477

Gruppe: MACCE

Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein

56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: neu aufgetretener Herzinfarkt, TIA bzw. Schlaganfall, Tod
O (observed)	Beobachtete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie
E (expected)	Erwartete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56018
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht: Weiblich Dringlichkeit: dringend Dringlichkeit: notfallmäßig Ejektionsfraktion unter 40%: fraglich Ejektionsfraktion unter 40%: ja Ejektionsfraktion unter 40%: unbekannt (mit Exitus) Herzinsuffizienz (nach NYHA) I Herzinsuffizienz (nach NYHA) II Herzinsuffizienz (nach NYHA) III Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (ohne Schock) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil) Akutes Koronarsyndrom ohne Reanimation Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation Angina pectoris: atypisch Angina pectoris: CCS I oder II Angina pectoris: CCS III Indikation = 2: Verdacht auf Progression von KHK Indikation = 3: akutes Koronarsyndrom ohne Infarkt Indikation = 4: akutes Koronarsyndrom mit NSTEMI Indikation = 5: akutes Koronarsyndrom mit STEMI Indikation = 6: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI Indikation = 7: elektive Kontrolle nach Koronarintervention Indikation = 8: Myokarderkrankung mit Ejektionsfraktion unter 40% Indikation = 9: Vitium bzw. Endokarditis Indikation = 10: Komplikation nach vorangegangener Prozedur Indikation = 99: sonstige Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht Entlassdiagnose: Alter Myokardinfarkt Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Ein Gefäß Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Zwei Gefäße Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Drei Gefäße Entlassdiagnose: Respiratorische Insuffizienz/Lungenkollaps Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS Entlassdiagnose: Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes Alter (linear) bis 80 Jahre Alter (linear) ab 80 bis 105 Jahre BMI (linear) ab 10 bis 55 kg/m^2 BMI (quadratisch) ab 10 bis 55 kg/m^2 BMI (kubisch) ab 10 bis 55 kg/m^2 eGFR (linear) ab 10 bis 75 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Niereninsuffizienz eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

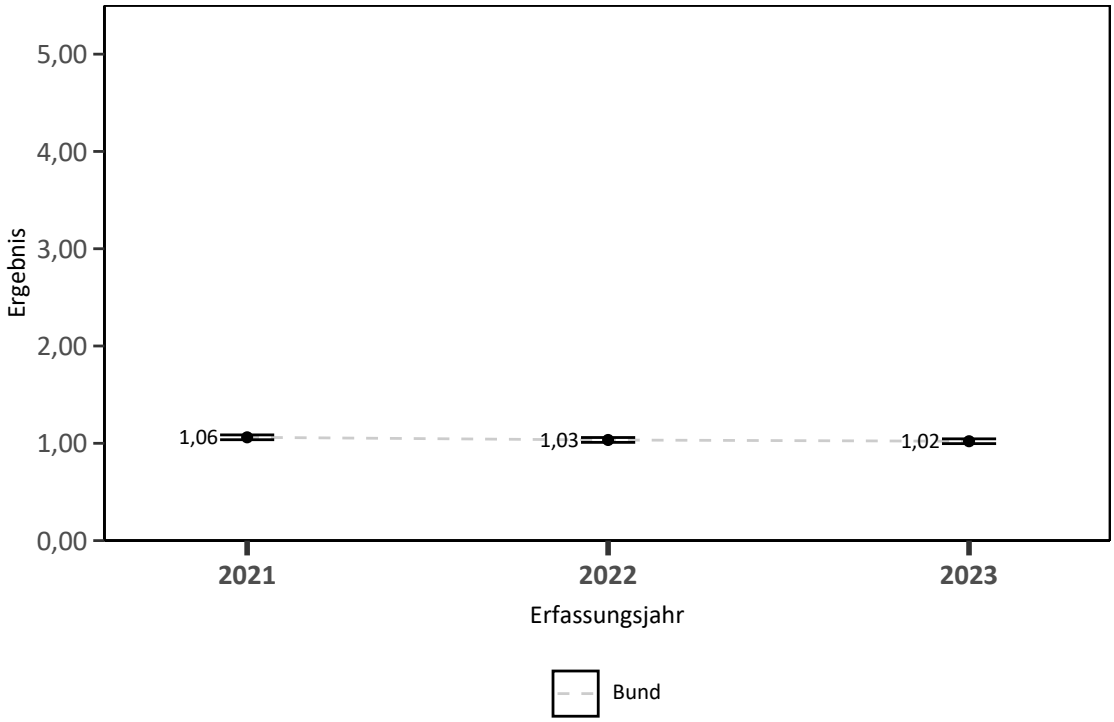
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2021	48.144	153 / 246,37	0,62	0,53 - 0,73
		2022	45.005	136 / 231,98	0,59	0,49 - 0,69
		2023	47.086	151 / 240,06	0,63	0,53 - 0,74
	KH	2021	29.157	97 / 139,16	0,70	0,57 - 0,85
		2022	35.127	134 / 174,28	0,77	0,65 - 0,91
		2023	52.903	180 / 257,96	0,70	0,60 - 0,81
Stationär	BÄ	2021	1.163	20 / 11,50	1,74	1,10 - 2,63
		2022	1.054	8 / 10,89	0,73	0,35 - 1,39
		2023	1.342	17 / 11,84	1,44	0,87 - 2,25
	KH	2021	343.765	6.777 / 6.241,09	1,09	1,06 - 1,11
		2022	330.129	6.329 / 5.963,95	1,06	1,04 - 1,09
		2023	332.144	6.266 / 5.969,76	1,05	1,02 - 1,08
Selektivvertragliche Leistungen		2021	1.189	5 / 5,86	0,85	0,33 - 1,87
		2022	2.256	4 / 11,31	0,35	0,12 - 0,84
		2023	1.787	11 / 8,71	1,26	0,67 - 2,19
Bund		2021	423.418	7.052 / 6.643,98	1,06	1,04 - 1,09
		2022	413.571	6.611 / 6.392,42	1,03	1,01 - 1,06
		2023	435.262	6.625 / 6.488,34	1,02	1,00 - 1,05

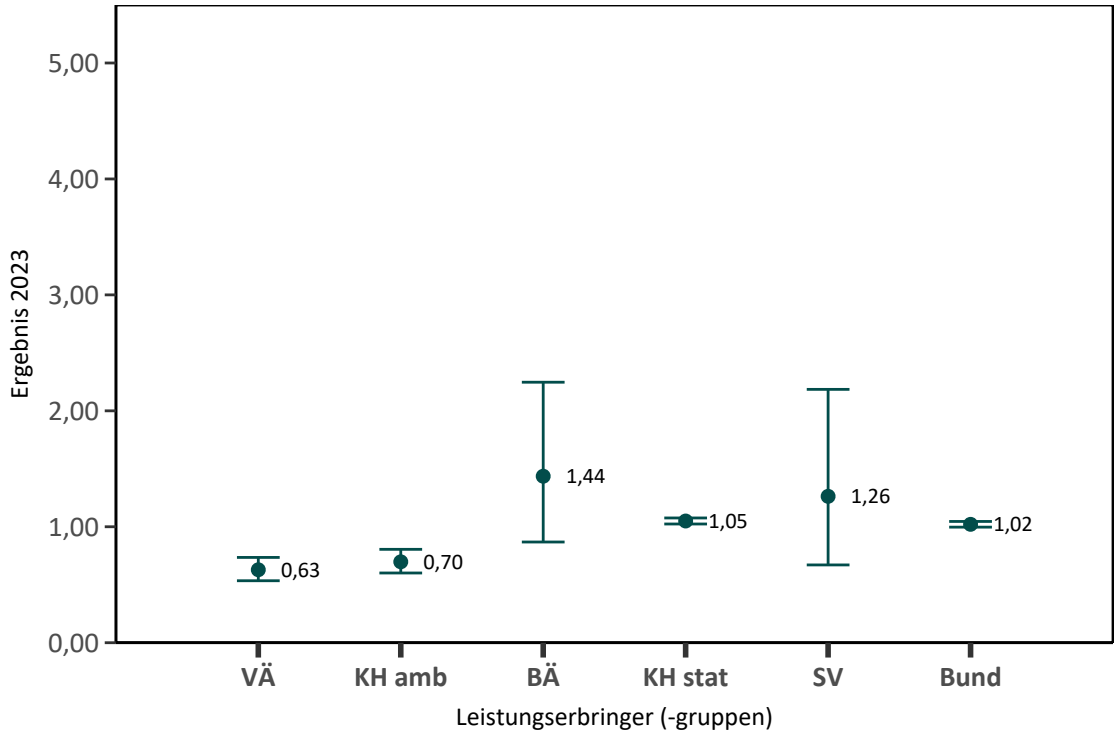
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

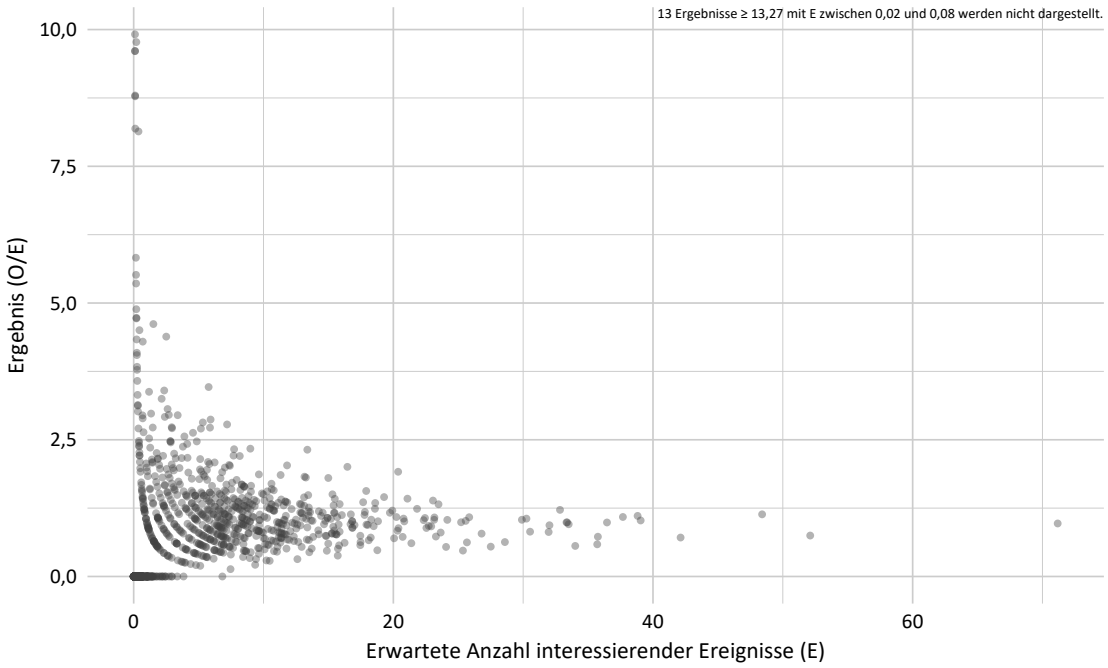
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



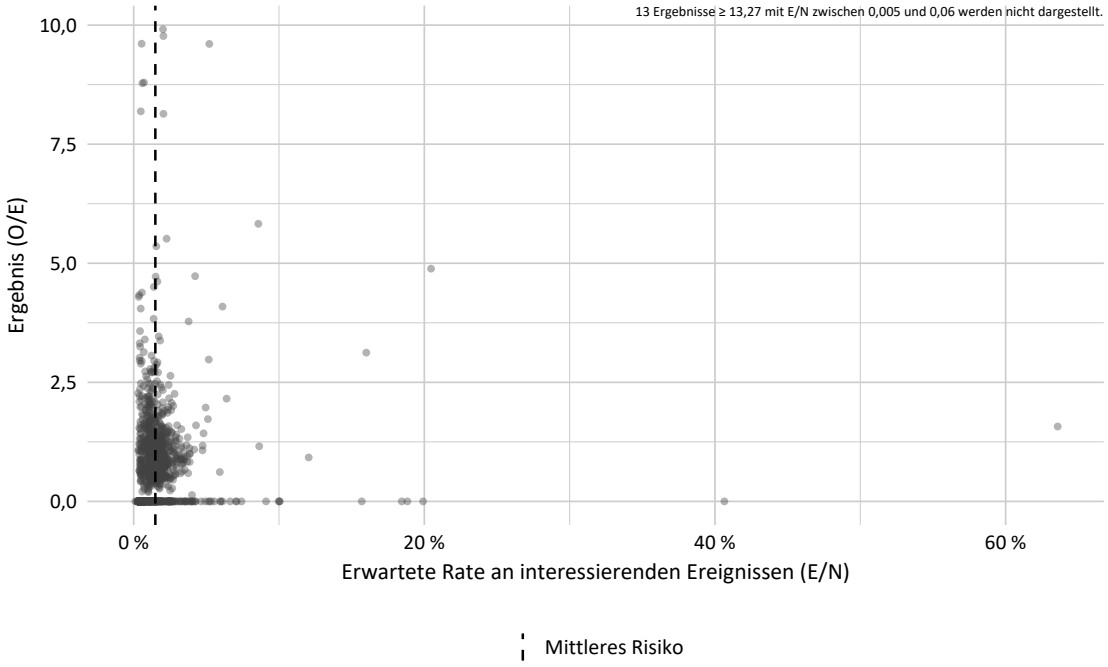
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	1.168	0	0,00	55,29	0,75

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt
Zähler	Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod
O (observed)	Beobachtete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI
E (expected)	Erwartete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56020
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht: Weiblich Dringlichkeit: dringend Dringlichkeit: notfallmäßig Herzinsuffizienz (nach NYHA) I Herzinsuffizienz (nach NYHA) II Herzinsuffizienz (nach NYHA) III Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (ohne Schock) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil) Indikation = 2: akutes Koronarsyndrom ohne Infarkt Indikation = 3: akutes Koronarsyndrom mit NSTEMI Indikation = 6: prognostische Indikation oder stumme Ischämie Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur Indikation = 9: sonstige PCI am Hauptstamm PCI am kompletten Gefäßverschluss PCI eines Koronarbypasses PCI am ungeschützten Hauptstamm PCI am letzten verbliebenen Gefäß PCI an einer Bifurkationsstenose PCI mit sonstigen besonderen Merkmalen Rotablation Entlassdiagnose: Alter Myokardinfarkt Entlassdiagnose: Atherosklerose Entlassdiagnose: Anämie/Blutgerinnungsstörung Entlassdiagnose: Herzrhythmusstörung Entlassdiagnose: Respiratorische Insuffizienz/Lungenkollaps Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS Entlassdiagnose: Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Zwei Gefäße Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Drei Gefäße Entlassdiagnose: keine atherosklerotische Herzkrankheit Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation Angina pectoris: atypisch Angina pectoris: CCS I oder II Angina pectoris: CCS III Diabetes Ejektionsfraktion unter 40%: ja Ejektionsfraktion unter 40%: unbekannt (mit Exitus) Alter (linear) ab 45 bis 85 Jahre Alter (linear) ab 85 bis 105 Jahre eGFR (linear) ab 1 bis 70 ml/min eGFR (quadratisch) ab 1 bis 70 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Dialysepflicht eGFR unbekannt oder unplausibel: Dialysepflicht
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

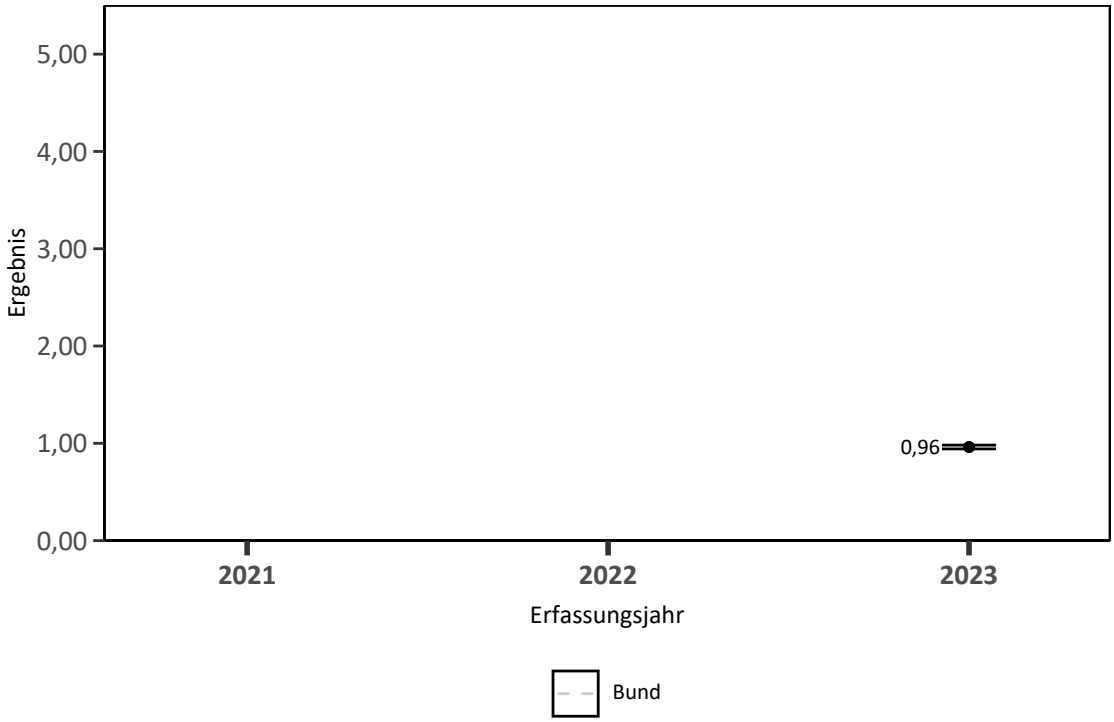
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2021	13.194	345 / 229,30	1,50	1,35 - 1,67
		2022	12.543	306 / 220,46	1,39	1,24 - 1,55
		2023	12.482	309 / 222,70	1,39	1,24 - 1,55
	KH	2021	779	63 / 22,51	2,80	2,17 - 3,56
		2022	961	75 / 29,81	2,52	1,99 - 3,13
		2023	1.239	77 / 37,28	2,07	1,64 - 2,57
Stationär	BÄ	2021	1.064	29 / 22,24	1,30	0,89 - 1,85
		2022	1.059	32 / 21,86	1,46	1,02 - 2,04
		2023	1.359	34 / 27,97	1,22	0,86 - 1,68
	KH	2021	235.813	9.377 / 9.310,89	1,01	0,99 - 1,03
		2022	228.979	9.163 / 9.136,86	1,00	0,98 - 1,02
		2023	240.975	8.959 / 9.465,12	0,95	0,93 - 0,97
Selektivvertragliche Leistungen		2021	402	8 / 9,25	0,86	0,41 - 1,63
		2022	623	10 / 12,14	0,82	0,42 - 1,46
		2023	379	7 / 7,33	0,96	0,43 - 1,88
Bund		2021	251.252	9.822 / 9.594,19	1,02	1,00 - 1,04
		2022	244.165	9.586 / 9.421,14	1,02	1,00 - 1,04
		2023	256.434	9.386 / 9.760,39	0,96	0,94 - 0,98

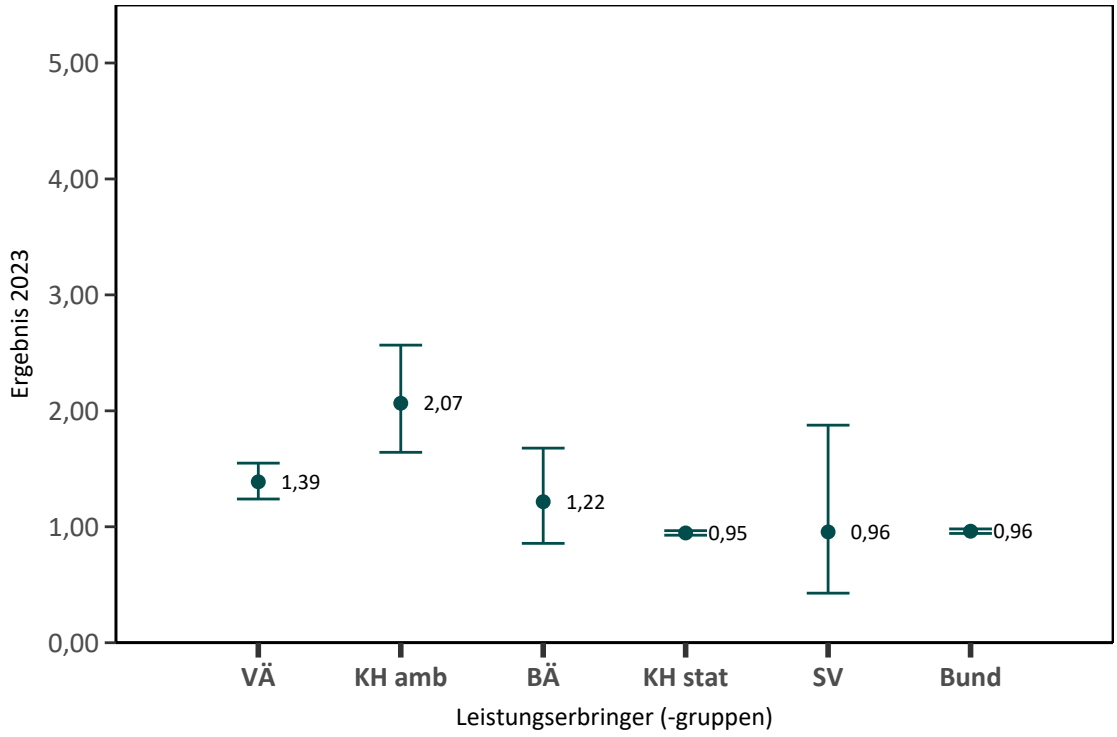
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

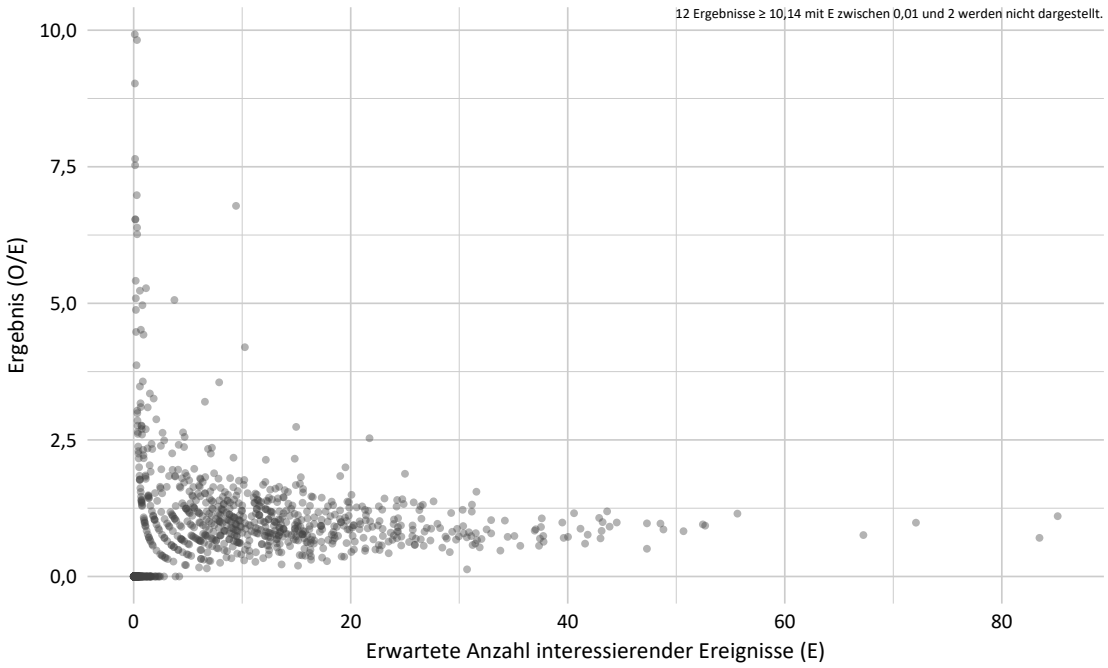
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



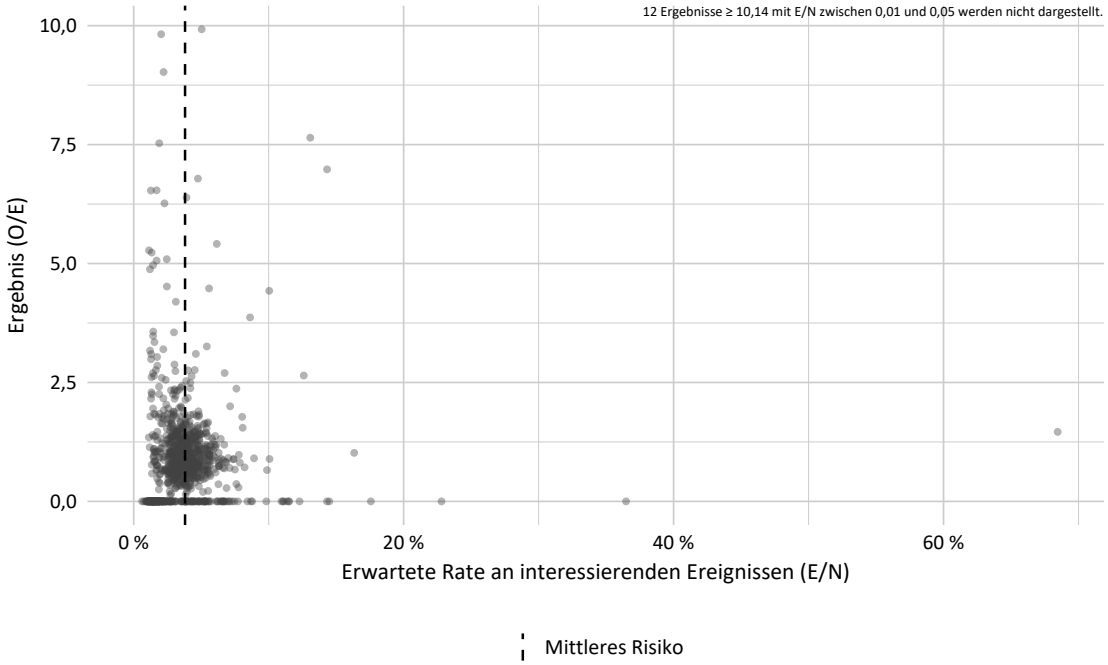
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	965	0	0,00	73,97	0,86

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt
Zähler	Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Reinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod
O (observed)	Beobachtete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
E (expected)	Erwartete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56022
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht: Weiblich Ejektionsfraktion unter 40%: fraglich Ejektionsfraktion unter 40%: ja Ejektionsfraktion unter 40%: unbekannt (mit Exitus) Herzinsuffizienz (nach NYHA) I Herzinsuffizienz (nach NYHA) II Herzinsuffizienz (nach NYHA) III Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (ohne Schock) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil) STEMI Hauptdiagnose Indikation = 5: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht PCI am Hauptstamm PCI am kompletten Gefäßverschluss PCI eines Koronarbypasses PCI am ungeschützten Hauptstamm PCI am letzten verbliebenen Gefäß PCI an einer In-Stent Stenose PCI mit sonstigen besonderen Merkmalen Rotablation Entlassdiagnose: Alter Myokardinfarkt Entlassdiagnose: Respiratorische Insuffizienz/Lungenkollaps Entlassdiagnose: Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Zwei Gefäße Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Drei Gefäße Entlassdiagnose: keine atherosklerotische Herzkrankheit Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation Angina pectoris Dringlichkeit: notfallmäßig Alter (linear) ab 55 bis 80 Jahre Alter (linear) ab 80 bis 105 Jahre eGFR (linear) ab 5 bis 85 ml/min eGFR (quadratisch) ab 5 bis 85 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Niereninsuffizienz eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

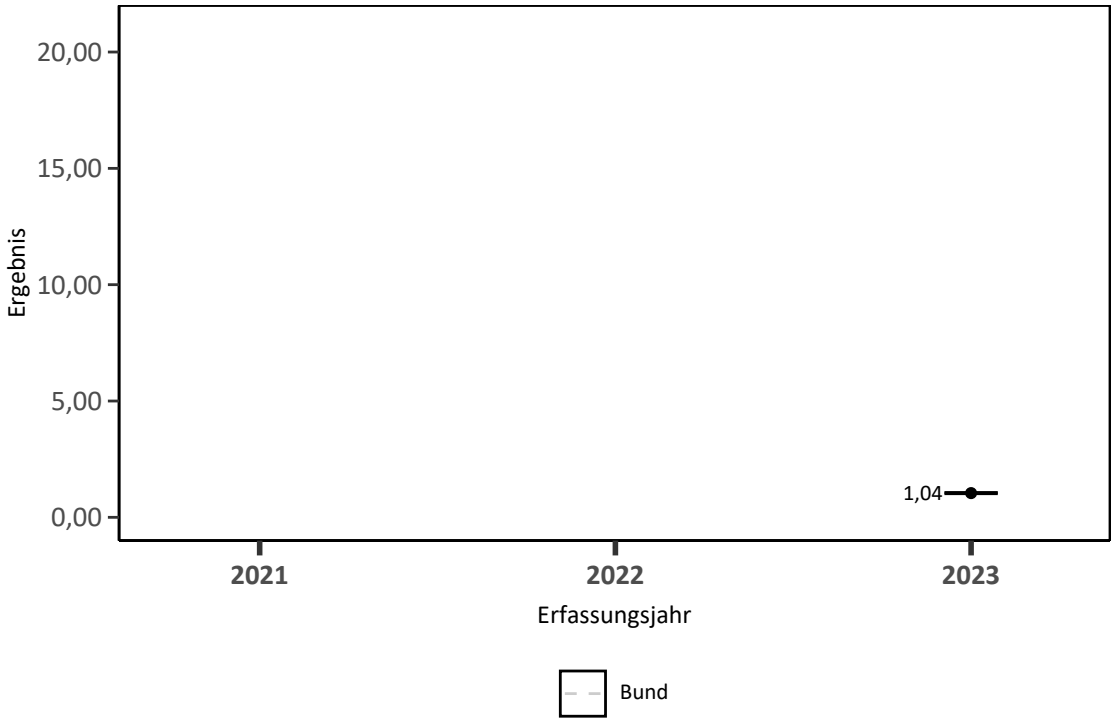
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2021	292	40 / 20,21	1,98	1,43 - 2,67
		2022	229	30 / 17,42	1,72	1,19 - 2,43
		2023	175	22 / 13,79	1,60	1,03 - 2,37
	KH	2021	184	27 / 23,49	1,15	0,77 - 1,65
		2022	201	45 / 30,57	1,47	1,09 - 1,95
		2023	250	56 / 39,23	1,43	1,09 - 1,84
Stationär	BÄ	2021	38	7 / 2,45	2,86	1,28 - 5,61
		2022	34	4 / 2,57	1,56	0,53 - 3,71
		2023	57	7 / 3,79	1,85	0,83 - 3,63
	KH	2021	43.863	6.198 / 5.843,89	1,06	1,03 - 1,09
		2022	42.685	5.735 / 5.583,43	1,03	1,00 - 1,05
		2023	43.243	5.860 / 5.654,71	1,04	1,01 - 1,06
Selektivvertragliche Leistungen		2021	≤3	0 / 0,07	0,00	0,01 - 37,75
		2022	12	0 / 0,85	0,00	0,00 - 2,96
		2023	≤3	0 / 0,14	0,00	0,00 - 17,71
Bund		2021	44.378	6.272 / 5.890,11	1,06	1,04 - 1,09
		2022	43.161	5.814 / 5.634,83	1,03	1,01 - 1,06
		2023	43.728	5.945 / 5.711,66	1,04	1,01 - 1,07

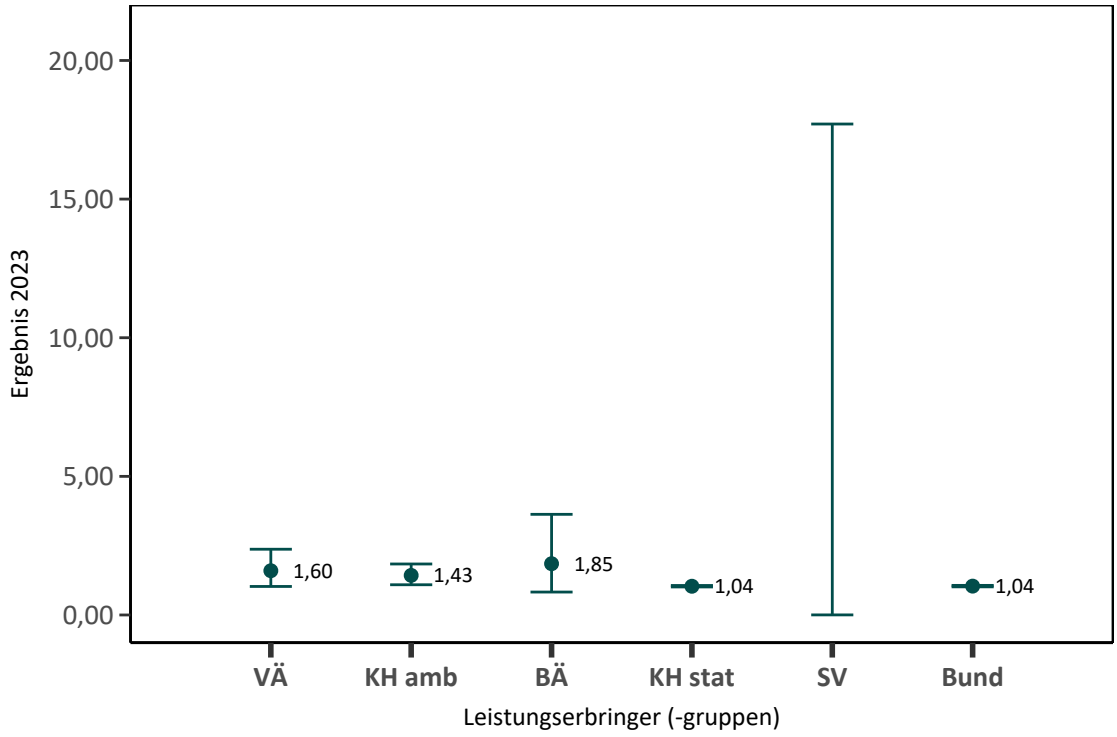
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

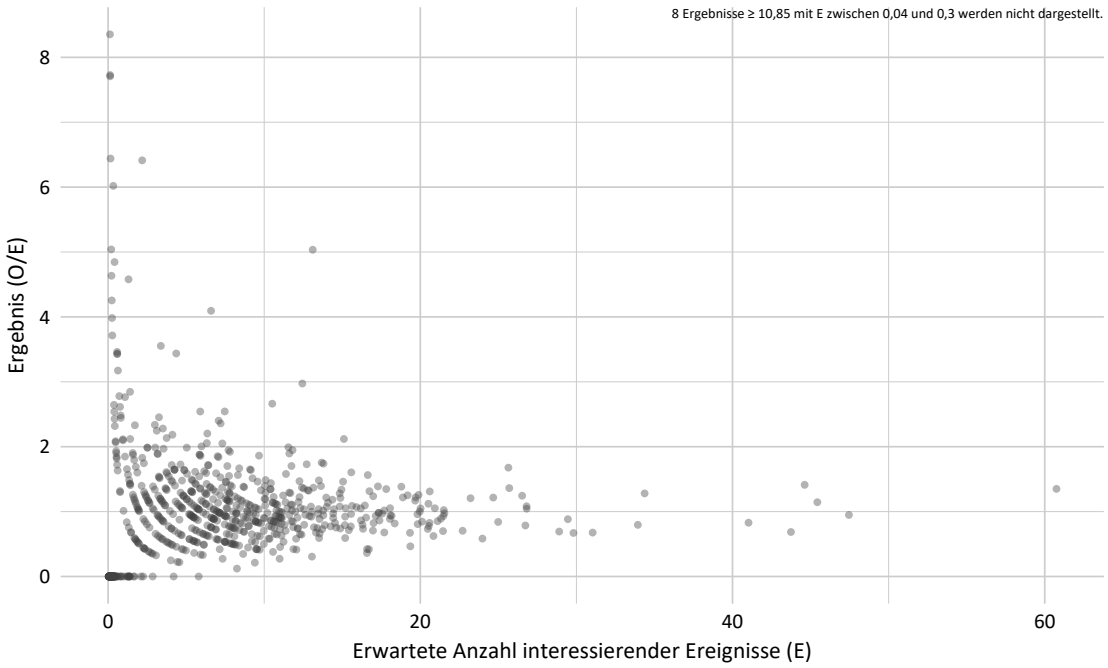
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



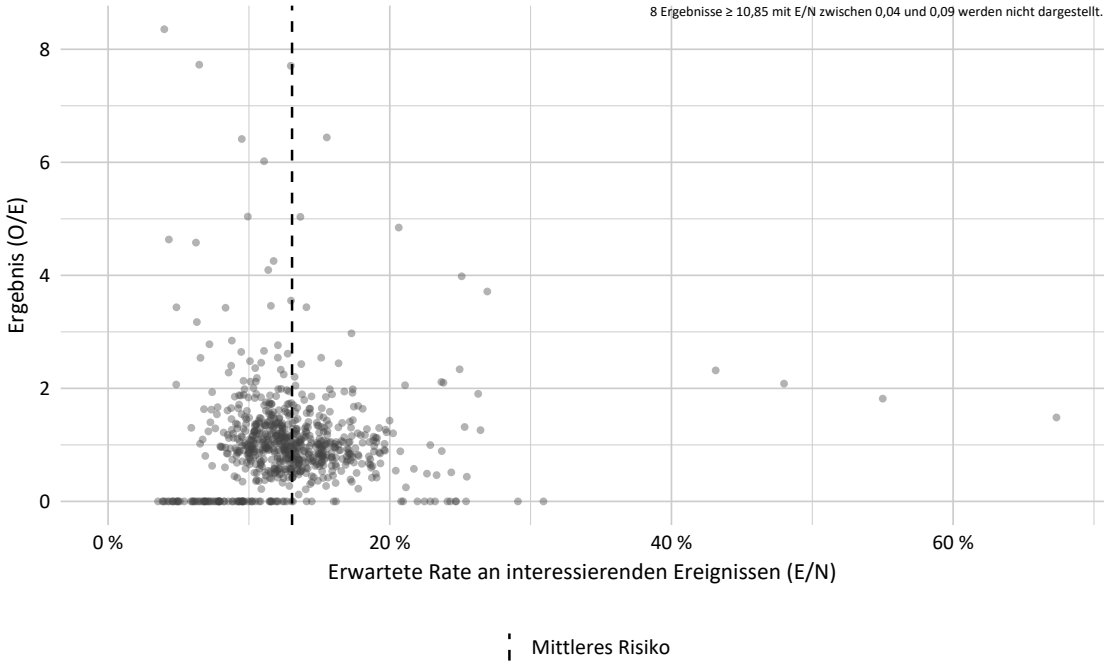
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	740	0	0,00	22,30	0,96

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	
8.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
8.1.1.1	ID: O_56018 O/N (observed, beobachtet)	1,52 % 6.625/435.262
8.1.1.2	ID: E_56018 E/N (expected, erwartet)	1,49 % 6.488,34/435.262
8.1.1.3	**ID: 56018** **O/E**	1,02
8.1.2	Anzahl der Prozeduren	
8.1.2.1	ID: 56_22212 Anzahl der Prozeduren mit koronarem Verschluss (QS-Dokumentation)	65
8.1.2.2	ID: 56_24033 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall (Sozialdaten)	669
8.1.2.3	ID: 56_22213 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall (QS-Dokumentation)	360
8.1.2.4	ID: 56_22215 Anzahl der Prozeduren mit Exitus im Herzkatheterlabor (QS-Dokumentation)	284
8.1.2.5	ID: 56_22216 Anzahl der Prozeduren mit Tod innerhalb von 7 Tagen (QS-Dokumentation, Sozialdaten)	4.608
8.1.2.6	ID: 56_24034 Anzahl der Prozeduren mit Myokardinfarkt (Sozialdaten)	1.152
8.1.2.7	ID: 56_24035 Anzahl der Prozeduren mit Myokardinfarkt (QS-Dokumentation)	116

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	
8.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	
8.2.1.1	ID: O_56020 O/N (observed, beobachtet)	3,66 % 9.386/256.434

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2.1.2	ID: E_56020 E/N (expected, erwartet)	3,81 % 9.760,39/256.434
8.2.1.3	**ID: 56020** **O/E**	0,96
8.2.2	Anzahl der Prozeduren	
8.2.2.1	ID: 56_22217 Anzahl der Prozeduren mit koronarem Verschluss	983
8.2.2.2	ID: 56_24036 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall (Sozialdaten)	399
8.2.2.3	ID: 56_22218 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall (QS-Dokumentation)	322
8.2.2.4	ID: 56_22220 Anzahl der Prozeduren mit Exitus im Herzkatheterlabor	450
8.2.2.5	ID: 56_22221 Anzahl der Prozeduren mit Tod innerhalb von 7 Tagen	3.989
8.2.2.6	ID: 56_24037 Anzahl der Prozeduren mit Myokardinfarkt (Sozialdaten)	783
8.2.2.7	ID: 56_24038 Anzahl der Prozeduren mit Myokardinfarkt (QS-Dokumentation)	1.453
8.2.2.8	ID: 56_24039 Anzahl der Prozeduren mit anschließender aortokoronarer Bypass-Operation (CABG) (Sozialdaten)	542
8.2.2.9	ID: 56_24040 Anzahl der Prozeduren mit anschließender aortokoronarer Bypass-Operation (CABG) (QS-Dokumentation)	210
8.2.2.10	ID: 56_24041 Anzahl der Prozeduren mit mit erneuter PCI am selben Gefäß (QS-Dokumentation)	2.608

[2] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	
8.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
8.3.1.1	ID: O_56022 O/N (observed, beobachtet)	13,60 % 5.945/43.728
8.3.1.2	ID: E_56022 E/N (expected, erwartet)	13,06 % 5.711,66/43.728

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3.1.3	**ID: 56022** **O/E**	1,04
8.3.2	Anzahl der Prozeduren	
8.3.2.1	ID: 56_22222 Anzahl der Prozeduren mit koronarem Verschluss	262
8.3.2.2	ID: 56_24042 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall (Sozialdaten)	78
8.3.2.3	ID: 56_22223 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall (QS-Dokumentation)	70
8.3.2.4	ID: 56_22225 Anzahl der Prozeduren mit Exitus im Herzkatheterlabor	504
8.3.2.5	ID: 56_22226 Anzahl der Prozeduren mit Tod innerhalb von 7 Tagen	3.667
8.3.2.6	ID: 56_24043 Anzahl der Prozeduren mit rezidivierendem Myokardinfarkt (Sozialdaten)	518
8.3.2.7	ID: 56_24044 Anzahl der Prozeduren mit rezidivierendem Myokardinfarkt (QS-Dokumentation)	522
8.3.2.8	ID: 56_24045 Anzahl der Prozeduren mit anschließender aortokoronarer Bypass-Operation (CABG) (Sozialdaten)	259
8.3.2.9	ID: 56_24046 Anzahl der Prozeduren mit anschließender aortokoronarer Bypass-Operation (CABG) (QS-Dokumentation)	99
8.3.2.10	ID: 56_24047 Anzahl der Prozeduren mit mit erneuter PCI am selben Gefäß (QS-Dokumentation)	1.133

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Gruppe: Sterblichkeit bei PCI

Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI

56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit PCI, die nicht innerhalb der ersten 7 Tage nach OP verstorben sind
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten zwischen dem 8. und dem 30. postprozeduralen Tag
O (observed)	Beobachtete Anzahl an 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)
E (expected)	Erwartete Anzahl an 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag), risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56024
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht: Weiblich Dringlichkeit: dringend Dringlichkeit: notfallmäßig Ejektionsfraktion unter 40%: fraglich Ejektionsfraktion unter 40%: ja Herzinsuffizienz (nach NYHA) I Herzinsuffizienz (nach NYHA) II Herzinsuffizienz (nach NYHA) III Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (ohne Schock) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil) Akutes Koronarsyndrom ohne Reanimation Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation Angina pectoris: atypisch Angina pectoris: CCS I oder II Angina pectoris: CCS III Indikation = 1: stabile Angina pectoris (nach CCS) Indikation = 2: akutes Koronarsyndrom ohne Infarkt Indikation = 3: akutes Koronarsyndrom mit NSTEMI Indikation = 5: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI Indikation = 6: prognostische Indikation oder stumme Ischämie Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur Indikation = 9: sonstige Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht PCI am Hauptstamm 1 Gebiet außer Hauptstamm 2 Gebiete außer Hauptstamm 3 Gebiete außer Hauptstamm PCI am kompletten Gefäßverschluss PCI eines Koronarbypasses PCI am ungeschützten Hauptstamm PCI am letzten verbliebenen Gefäß PCI an einer In-Stent Stenose PCI an einer Bifurkationsstenose PCI mit sonstigen besonderen Merkmalen Entlassdiagnose: Atherosklerose Entlassdiagnose: Anämie/Blutgerinnungsstörung Entlassdiagnose: Herzrhythmusstörung Entlassdiagnose: Respiratorische Insuffizienz/Lungenkollaps Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS Entlassdiagnose: Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Zwei Gefäße Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Drei Gefäße Entlassdiagnose: keine atherosklerotische Herzkrankheit Alter (linear) ab 18 bis 105 Jahre eGFR (linear) ab 1 bis 85 ml/min eGFR (quadratisch) ab 1 bis 85 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Niereninsuffizienz eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

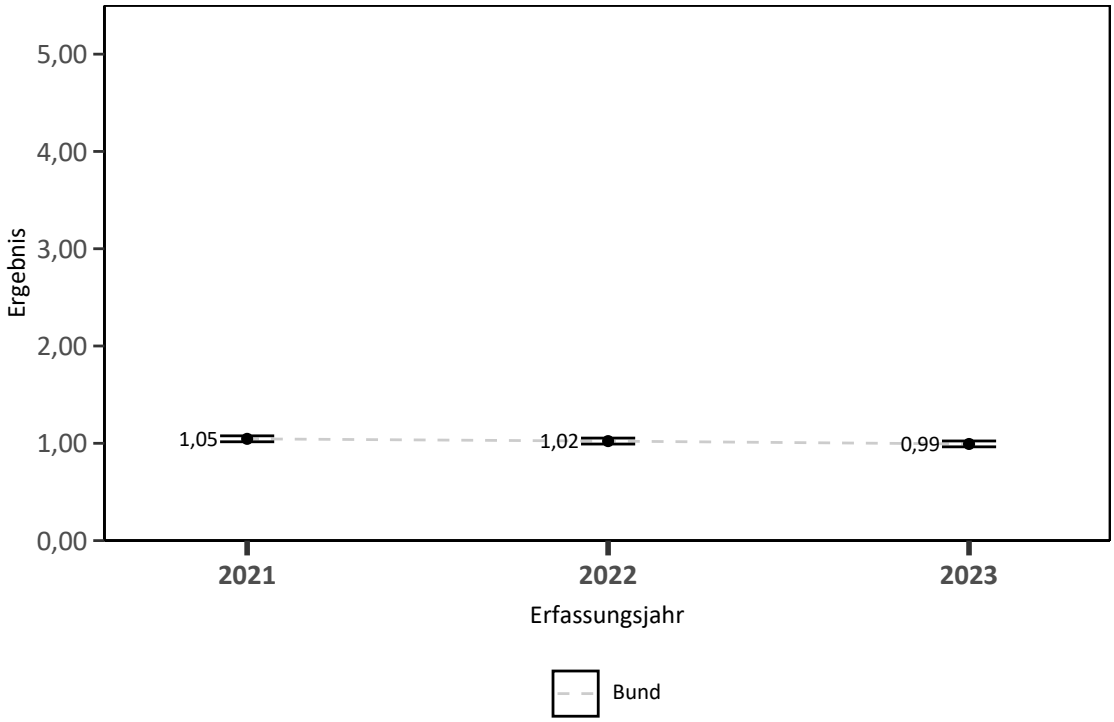
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2021	11.446	16 / 50,54	0,32	0,19 - 0,50
		2022	10.861	26 / 48,42	0,54	0,36 - 0,77
		2023	10.637	29 / 50,14	0,58	0,40 - 0,82
	KH	2021	788	8 / 9,67	0,83	0,39 - 1,56
		2022	942	10 / 10,48	0,95	0,49 - 1,69
		2023	1.239	14 / 15,30	0,91	0,52 - 1,49
Stationär	BÄ	2021	946	≤3 / 6,11	0,33	0,07 - 1,05
		2022	957	≤3 / 6,54	0,31	0,06 - 0,98
		2023	1.232	≤3 / 7,86	0,25	0,05 - 0,82
	KH	2021	221.059	4.486 / 4.245,40	1,06	1,03 - 1,09
		2022	214.812	4.222 / 4.098,28	1,03	1,00 - 1,06
		2023	223.484	4.137 / 4.136,24	1,00	0,97 - 1,03
Selektivvertragliche Leistungen		2021	338	0 / 1,92	0,00	0,00 - 1,31
		2022	541	≤3 / 2,90	0,34	0,04 - 1,61
		2023	326	≤3 / 1,56	0,64	0,07 - 3,00
Bund		2021	234.577	4.512 / 4.313,64	1,05	1,02 - 1,08
		2022	228.113	4.261 / 4.166,61	1,02	0,99 - 1,05
		2023	236.918	4.183 / 4.211,10	0,99	0,96 - 1,02

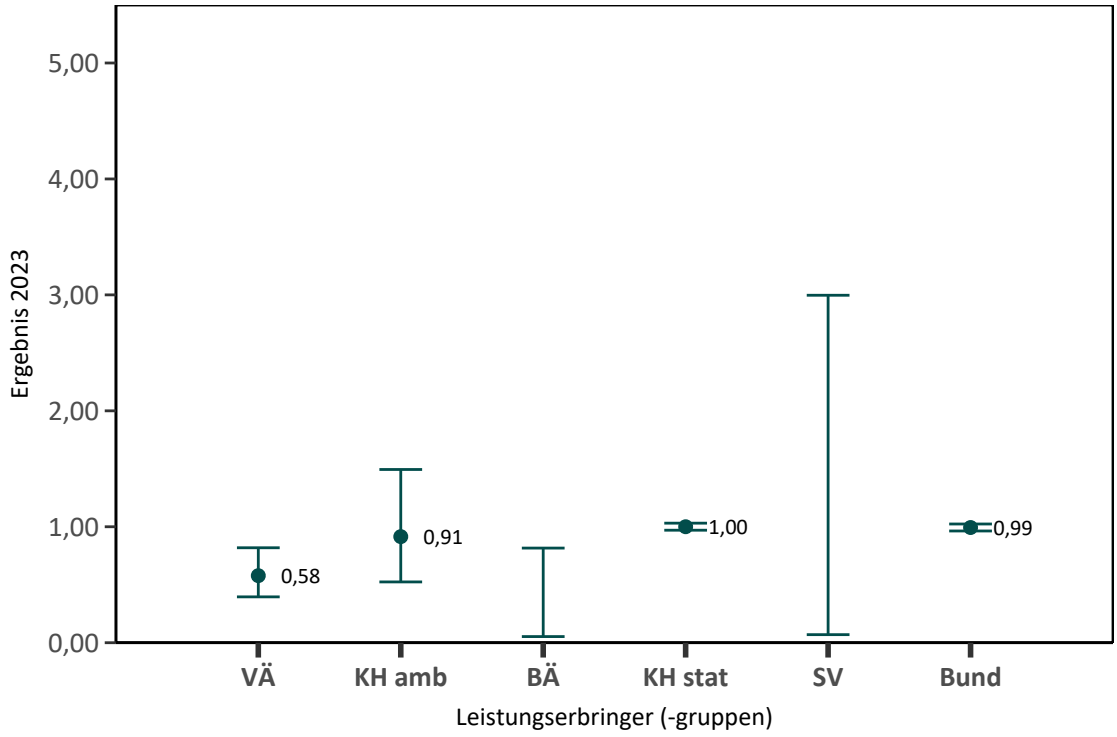
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

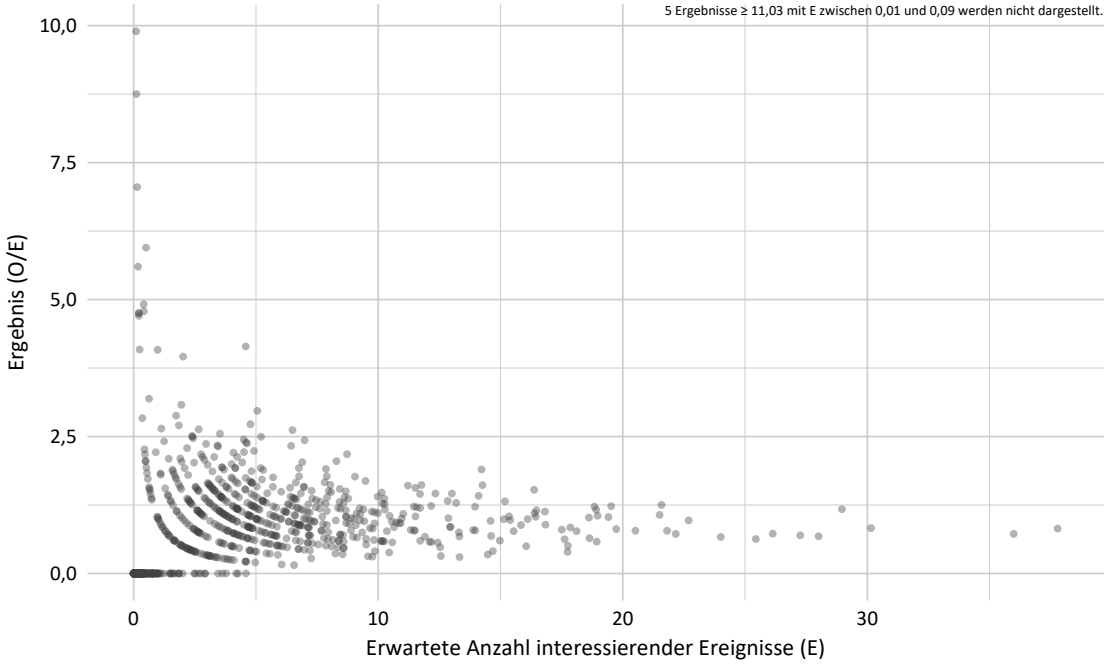
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



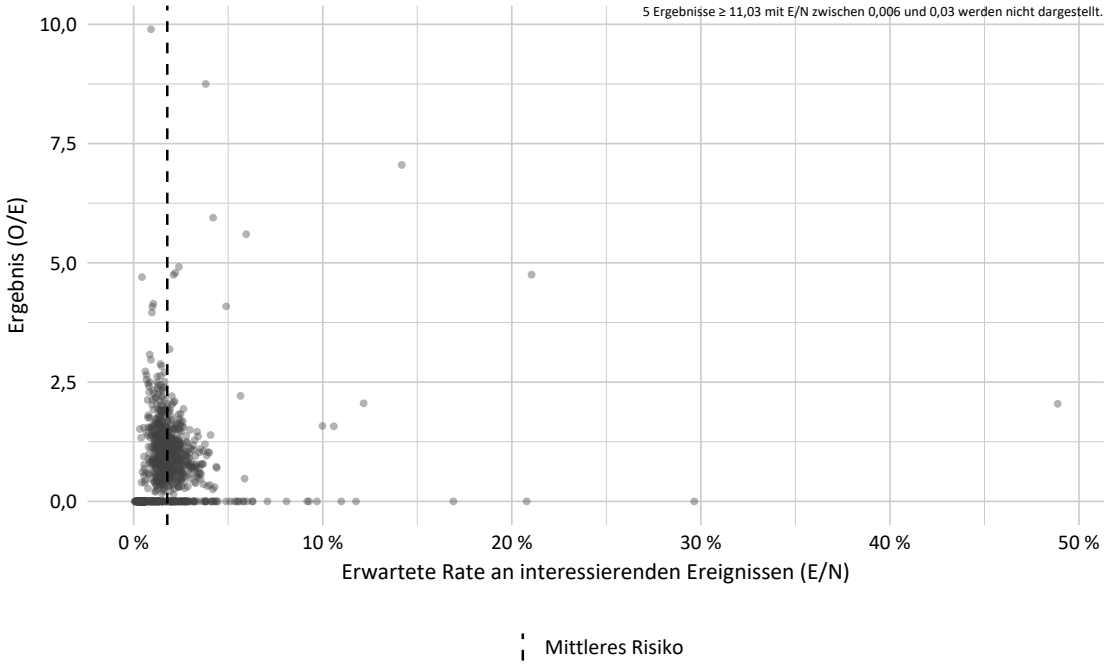
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	967	0	0,00	80,59	0,71

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit PCI, die nicht innerhalb vom 1. bis 30. Tag verstorben sind
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten vom 31. bis zum 365. postprozeduralen Tag
O (observed)	Beobachtete Anzahl an 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
E (expected)	Erwartete Anzahl an 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag), risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56026
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht: Weiblich Ejektionsfraktion unter 40%: fraglich Ejektionsfraktion unter 40%: ja Ejektionsfraktion unter 40%: unbekannt Herzinsuffizienz (nach NYHA) I Herzinsuffizienz (nach NYHA) II Herzinsuffizienz (nach NYHA) III Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (ohne Schock) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil) Indikation = 1: stabile Angina pectoris (nach CCS) Indikation = 2: akutes Koronarsyndrom ohne Infarkt Indikation = 3: akutes Koronarsyndrom mit NSTEMI Indikation = 5: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI Indikation = 6: prognostische Indikation oder stumme Ischämie Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur Indikation = 9: sonstige Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht PCI am Hauptstamm PCI am kompletten Gefäßverschluss PCI eines Koronarbypasses PCI am ungeschützten Hauptstamm PCI einer Ostiumstenose PCI am letzten verbliebenen Gefäß PCI an einer In-Stent Stenose PCI an einer Bifurkationsstenose PCI mit sonstigen besonderen Merkmalen Rotablation Entlassdiagnose: Atherosklerose Entlassdiagnose: Anämie/Blutgerinnungsstörung Entlassdiagnose: Herzrhythmusstörung Entlassdiagnose: Respiratorische Insuffizienz/Lungenkollaps Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Zwei Gefäße Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Drei Gefäße Entlassdiagnose: keine atherosklerotische Herzkrankheit Dringlichkeit: dringend oder notfallmäßig Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation Angina pectoris Alter (linear) bis 40 Jahre Alter (linear) ab 40 bis 70 Jahre Alter (quadratisch) ab 40 bis 70 Jahre Alter (kubisch) ab 40 bis 70 Jahre Alter (linear) an 70 bis 85 Jahre Alter (linear) ab 85 bis 105 Jahre eGFR (linear) ab 5 bis 115 ml/min eGFR (quadratisch) ab 5 bis 115 ml/min eGFR (kubisch) ab 5 bis 115 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Niereninsuffizienz eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

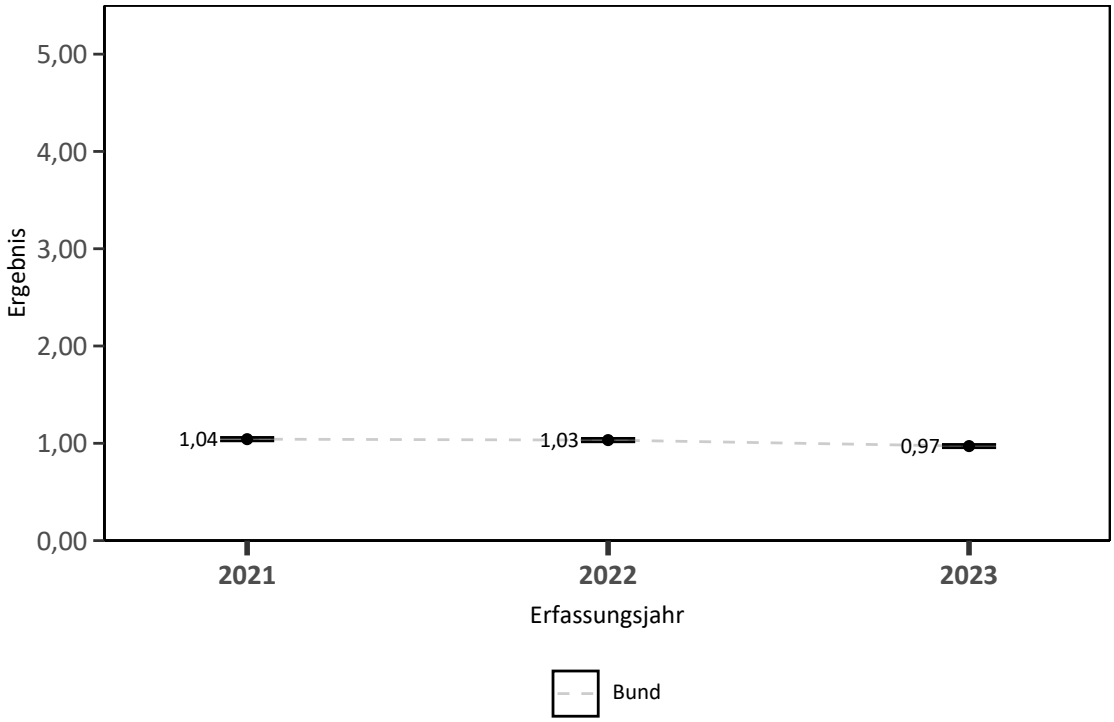
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2021	11.429	243 / 361,53	0,67	0,59 - 0,76
		2022	10.834	202 / 346,95	0,58	0,51 - 0,67
		2023	10.607	191 / 358,40	0,53	0,46 - 0,61
	KH	2021	779	29 / 31,42	0,92	0,63 - 1,31
		2022	931	25 / 38,29	0,65	0,43 - 0,95
		2023	1.224	42 / 53,90	0,78	0,57 - 1,04
Stationär	BÄ	2021	944	22 / 35,95	0,61	0,39 - 0,91
		2022	955	30 / 40,11	0,75	0,51 - 1,05
		2023	1.230	32 / 46,55	0,69	0,48 - 0,96
	KH	2021	216.564	13.741 / 13.023,76	1,06	1,04 - 1,07
		2022	210.577	13.258 / 12.649,49	1,05	1,03 - 1,07
		2023	219.336	12.887 / 13.072,56	0,99	0,97 - 1,00
Selektivvertragliche Leistungen		2021	338	7 / 13,82	0,51	0,23 - 0,99
		2022	540	12 / 21,24	0,57	0,31 - 0,96
		2023	325	≤3 / 11,18	0,27	0,08 - 0,72
Bund		2021	230.054	14.042 / 13.466,47	1,04	1,03 - 1,06
		2022	223.837	13.527 / 13.096,08	1,03	1,02 - 1,05
		2023	232.722	13.155 / 13.542,60	0,97	0,95 - 0,99

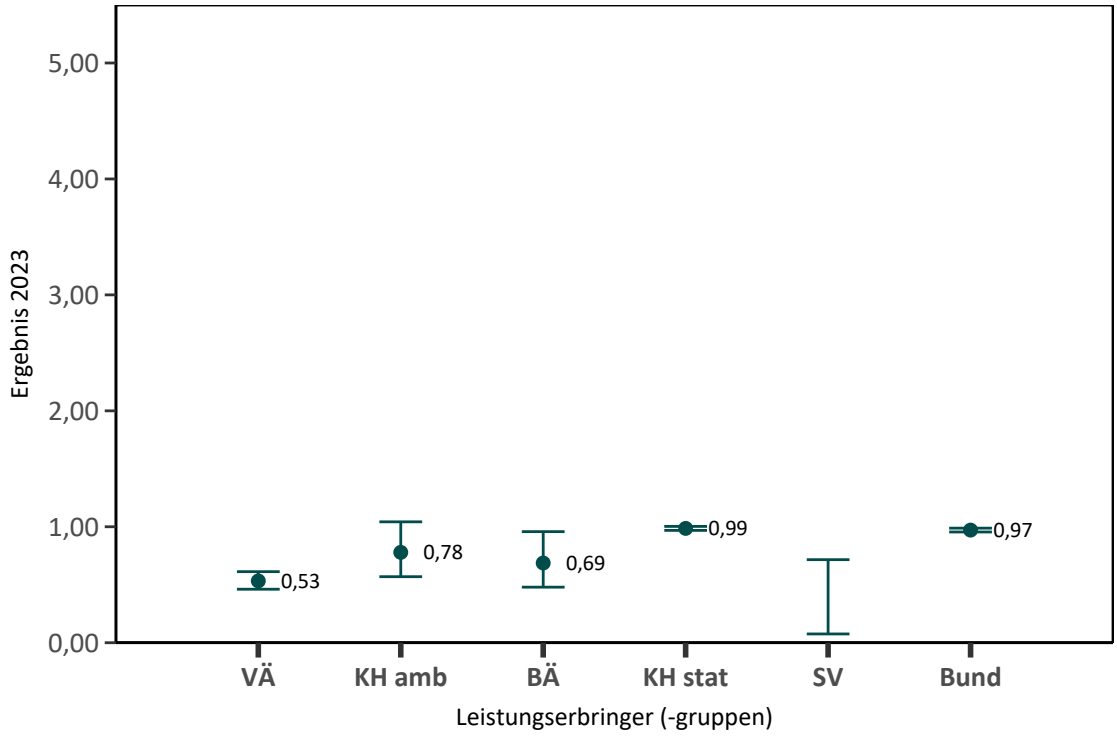
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

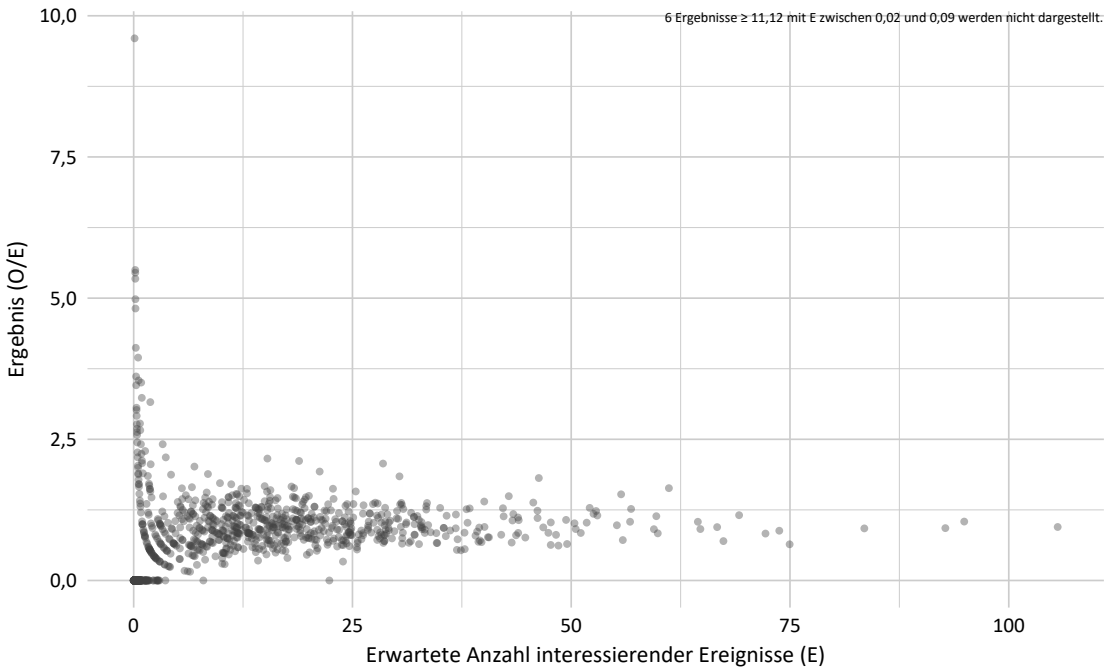
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



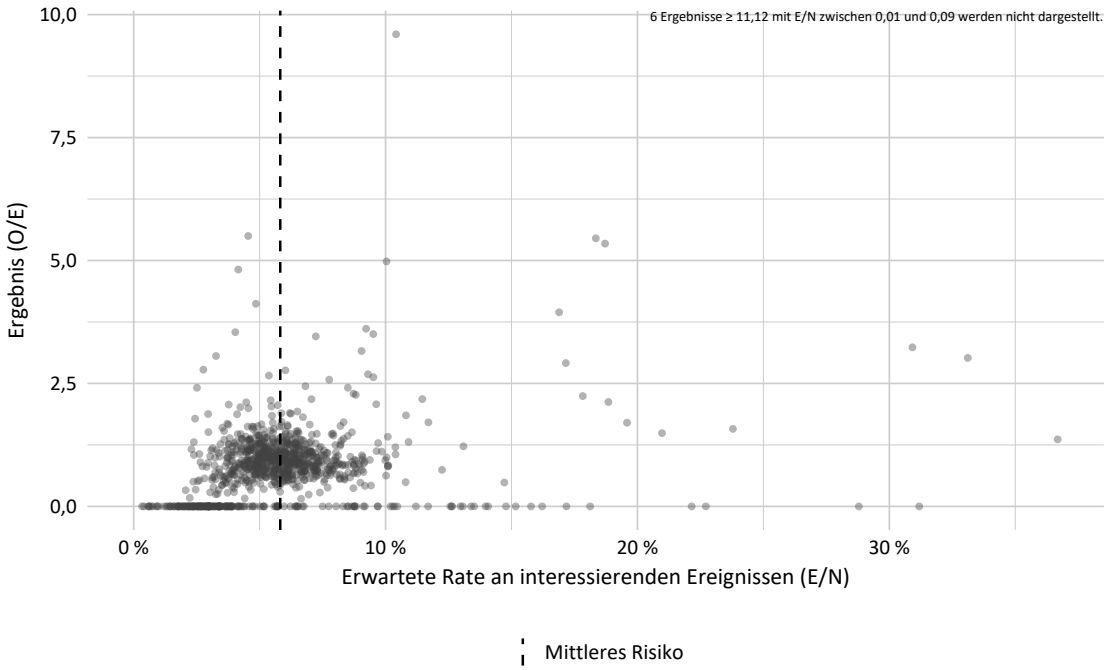
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	963	0	0,00	43,98	0,85

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	
9.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
9.1.1.1	ID: O_56024 O/N (observed, beobachtet)	1,77 % 4.183/236.918
9.1.1.2	ID: E_56024 E/N (expected, erwartet)	1,78 % 4.211,10/236.918
9.1.1.3	**ID: 56024** **O/E**	0,99
9.1.2	ID: 56_22227 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (1. bis 30. postprozeduraler Tag)	4,91 % 12.013/244.777
9.1.3	ID: 56_22229 Anteil der Fälle mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	29,38 % 1.229/4.183
9.1.4	ID: 56_22230 Anteil der Fälle mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	40,93 % 1.712/4.183
9.1.5	ID: 56_22231 Anteil der Fälle mit akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	6,22 % 260/4.183
9.1.6	ID: 56_22232 Anteil der Fälle mit elektiver PCI	26,25 % 1.098/4.183

[4] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	
9.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[5]	
9.2.1.1	ID: O_56026 O/N (observed, beobachtet)	5,65 % 13.155/232.722
9.2.1.2	ID: E_56026 E/N (expected, erwartet)	5,82 % 13.542,60/232.722
9.2.1.3	**ID: 56026** **O/E**	0,97
9.2.2	ID: 56_22235 Anteil der Fälle mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	10,95 % 1.440/13.155
9.2.3	ID: 56_22236 Anteil der Fälle mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	34,41 % 4.526/13.155

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2.4	ID: 56_22237 Anteil der Fälle mit akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	7,83 % 1.030/13.155
9.2.5	ID: 56_22238 Anteil der Fälle mit elektiver PCI	49,30 % 6.485/13.155
9.2.6	ID: 56_22234 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (1. - 365. postprozeduraler Tag)	10,28 % 25.168/244.777

[5] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor der elektiven PCI spürbare Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene symptomatische Indikation aus Patientensicht besteht.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig), die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 1,09 (Mittelwert)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Herzinsuffizienz: 'Ja' Herzinsuffizienz: 'keine Angabe' Arterielle Verschlusskrankheit: 'Ja' Arterielle Verschlusskrankheit: 'keine Angabe' Chronische Lungenerkrankung: 'Ja' Chronische Lungenerkrankung: 'keine Angabe' Vorherige Bypass-Operation: 'Ja' Vorherige Bypass-Operation: 'keine Angabe' BMI-Berechnung nicht möglich BMI (pro Einheit)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	1.584	1,14	0,99 - 1,33
		2024	1.692	1,04	0,90 - 1,24
	KH	2022	-	-	-
		2023	67	4,99	1,07 - 18,58
		2024	193	1,44	0,46 - 4,60

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	201	1,26	0,88 - 1,86
		2024	193	1,30	0,90 - 1,93
	KH	2022	-	-	-
		2023	12.012	1,13	1,06 - 1,21
		2024	12.428	1,09	1,03 - 1,18
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	81	1,33	0,68 - 2,70
		2024	106	1,29	0,73 - 2,32
Bund		2022	-	-	-
		2023	13.945	1,14	1,08 - 1,22
		2024	14.612	1,09	1,03 - 1,17

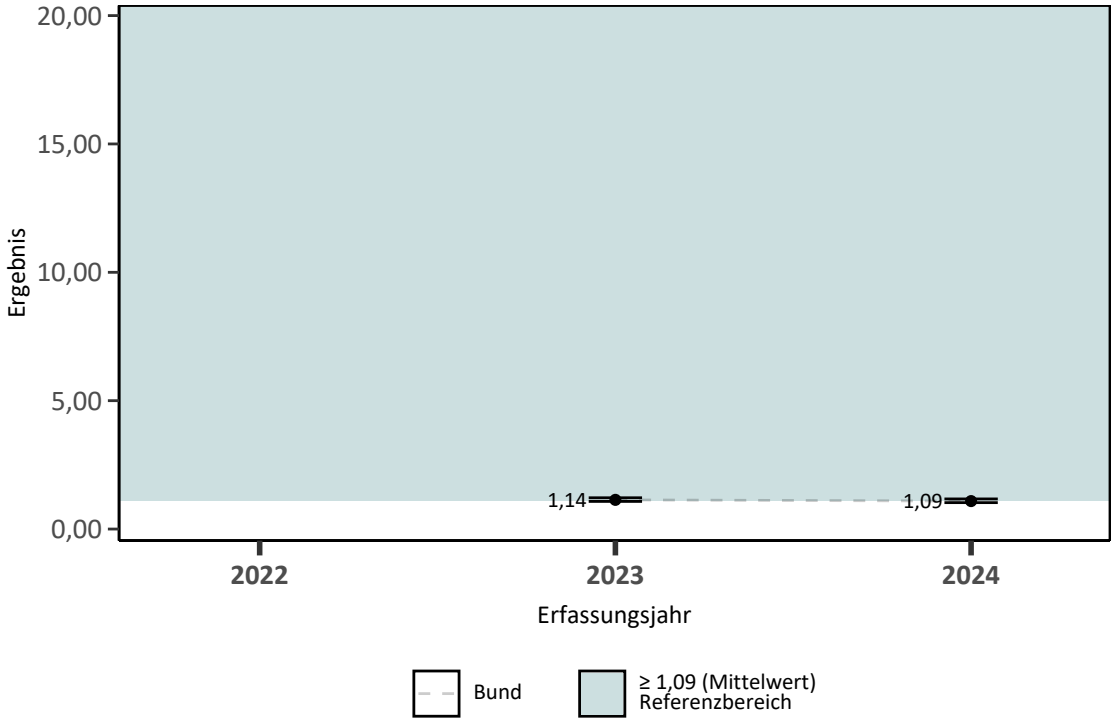
* Das Ergebnis wird als sog. Standardized Mortality Odds Ratio (SMOR) ausgewiesen. Es beschreibt das Verhältnis aus beobachteter zur erwarteter Chance für Punkte im Qualitätsindikator. Werte größer eins bedeuten, dass die beobachtete Chance für Punkte größer ist als die erwartete und umgekehrt. Dies ist als positiv zu werten.

Ergebnisse der Merkmale

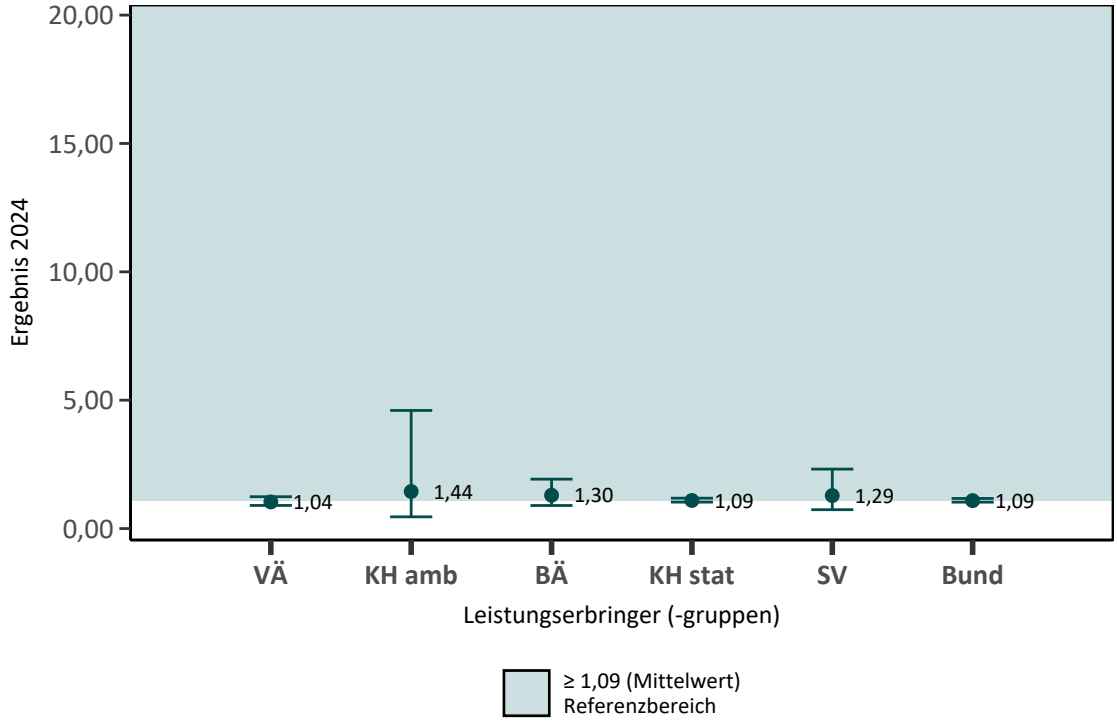
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	1,09

Ergebnisse im Zeitverlauf

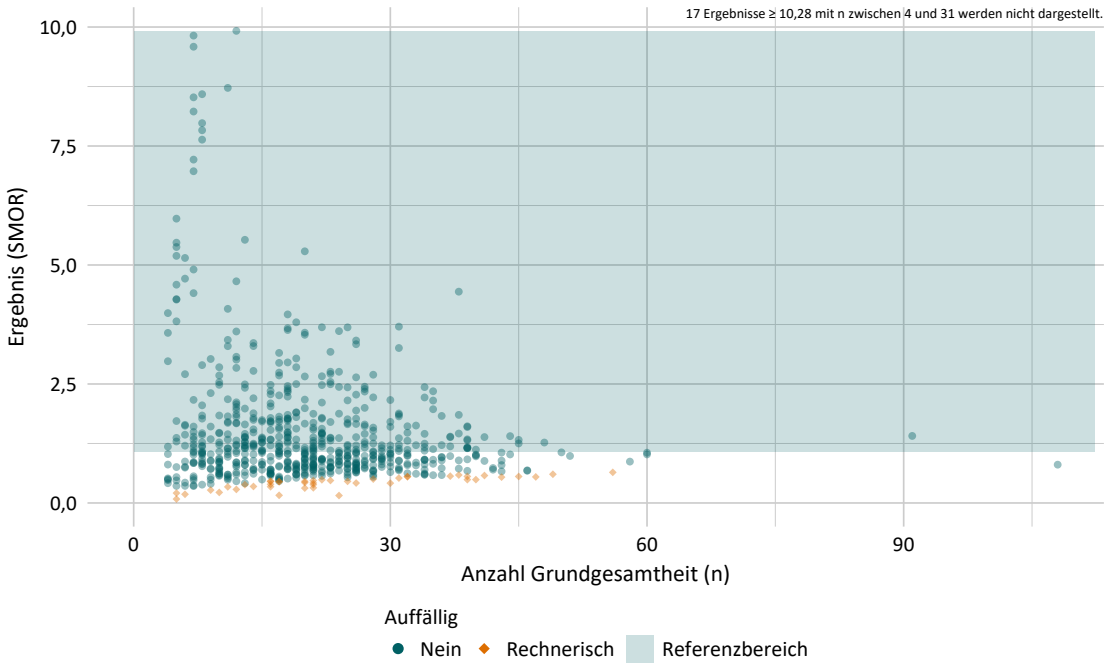
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

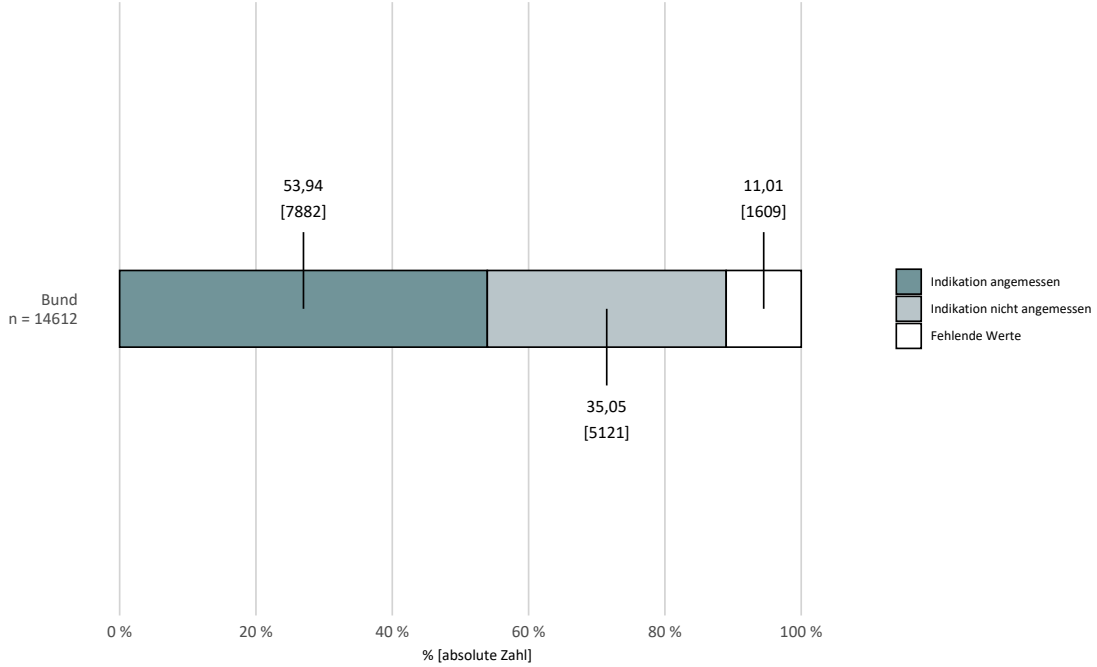


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	709	44	0,08	1.625,41	1,08

Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI

Darstellung des Vorliegens einer "Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI" (berechnete Funktion)



	Bundesergebnis %	n
Indikation angemessen	53,94 %	14.612
Indikation nicht angemessen	35,05 %	14.612
Fehlende Werte	11,01 %	14.612

56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen über die Ziele und Folgen der Koronarangiografie informiert werden (Klärung, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird bzw. eine Bypass-Operation oder eine andere Operation/Eingriff am Herzen geplant ist, die damit verbunden ist). Außerdem sollen Patientinnen und Patienten Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene Indikation aus Patientensicht abgeleitet werden kann.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 1,03 (Mittelwert)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Angeborener Herzfehler: 'Ja' Angeborener Herzfehler: 'keine Angabe' Herzinsuffizienz: 'Ja' Herzinsuffizienz: 'keine Angabe' Arterielle Verschlusskrankheit: 'Ja' Arterielle Verschlusskrankheit: 'keine Angabe' Chronische Lungenerkrankung: 'Ja' Chronische Lungenerkrankung: 'keine Angabe' Chronische Nierenerkrankung: 'Ja' Chronische Nierenerkrankung: 'keine Angabe' Vorherige Bypass-Operation: 'Ja' Vorherige Bypass-Operation: 'keine Angabe' BMI-Berechnung nicht möglich BMI (pro Einheit)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	8.722	1,07	1,01 - 1,13
		2024	8.943	1,00	0,95 - 1,05
	KH	2022	-	-	-
		2023	3.515	1,13	1,01 - 1,33
		2024	4.780	1,00	0,91 - 1,11

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	202	1,27	0,89 - 1,81
		2024	157	1,53	1,03 - 2,27
	KH	2022	-	-	-
		2023	20.254	1,10	1,06 - 1,15
		2024	19.777	1,11	1,06 - 1,17
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	335	1,29	0,93 - 1,89
		2024	341	0,99	0,76 - 1,32
Bund		2022	-	-	-
		2023	33.028	1,07	1,04 - 1,11
		2024	33.998	1,03	1,00 - 1,06

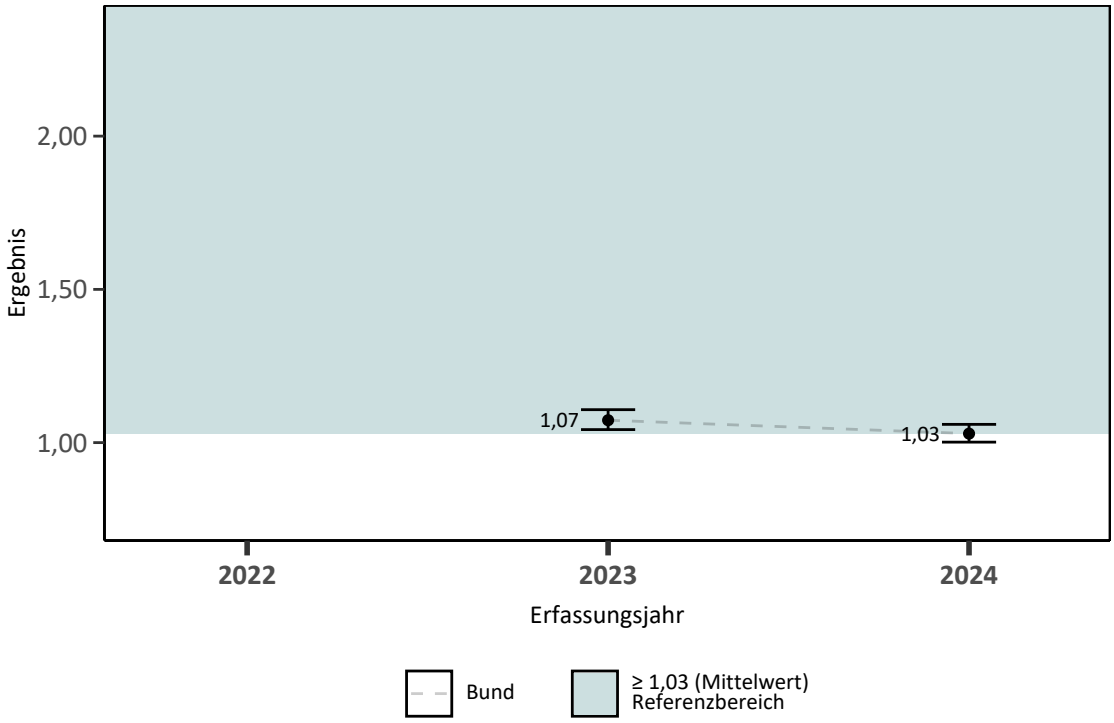
* Das Ergebnis wird als sog. Standardized Mortality Odds Ratio (SMOR) ausgewiesen. Es beschreibt das Verhältnis aus beobachteter zur erwarteter Chance für Punkte im Qualitätsindikator. Werte größer eins bedeuten, dass die beobachtete Chance für Punkte größer ist als die erwartete und umgekehrt. Dies ist als positiv zu werten.

Ergebnisse der Merkmale

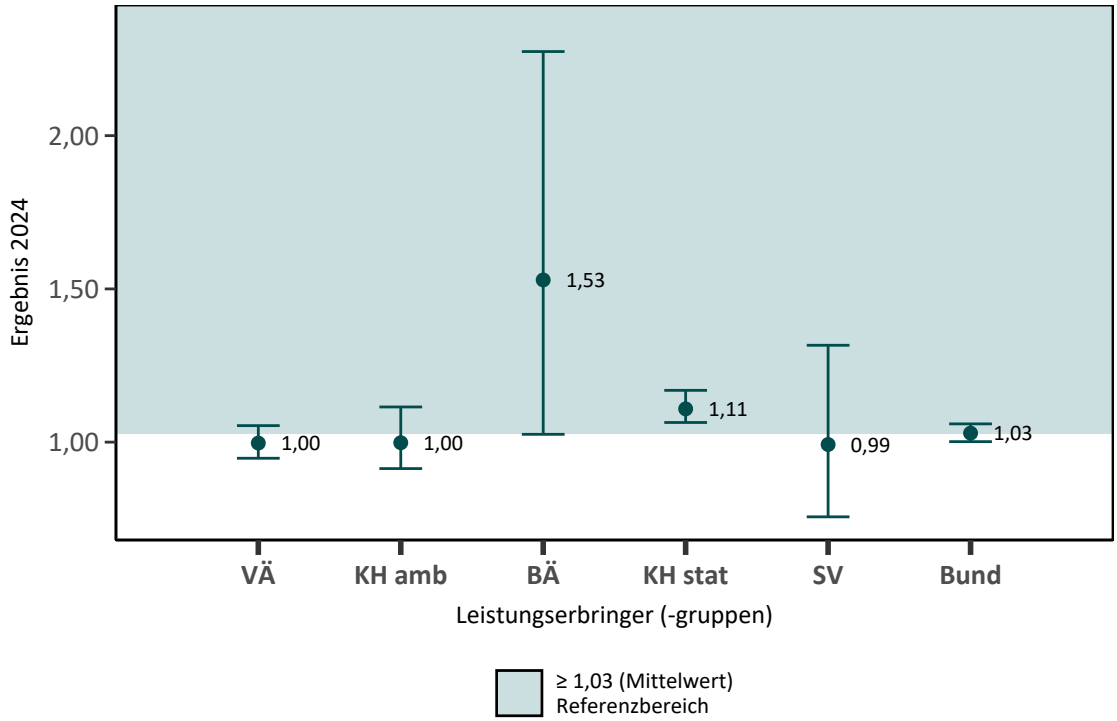
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56101	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	1,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

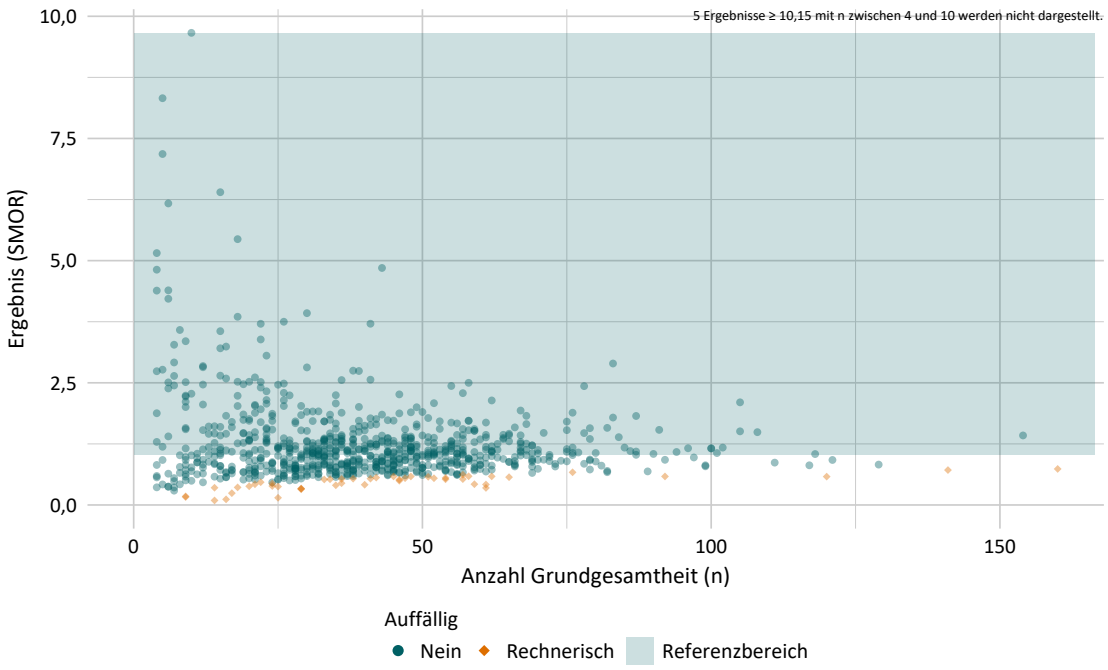
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

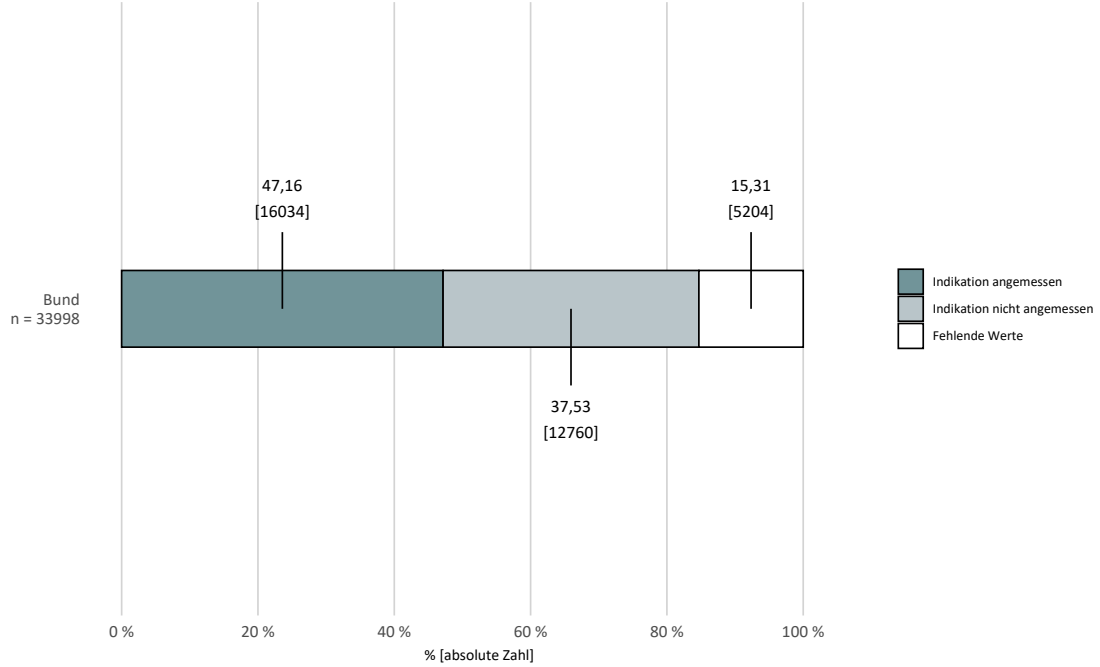


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	847	48	0,09	1.429,16	1,03

Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie

Darstellung des Vorliegens einer "Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie" (berechnete Funktion)



	Bundesergebnis %	n
Indikation angemessen	47,16 %	33.998
Indikation nicht angemessen	37,53 %	33.998
Fehlende Werte	15,31 %	33.998

56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen unmittelbar nach der Prozedur keinen Termin für eine weitere Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben und angeben, dass bei ihnen keine weitere Koronarangiografie oder PCI geplant oder durchgeführt wurde.
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	7.344	84,31	83,50 - 85,10
		2024	7.360	84,30	83,49 - 85,10
	KH	2022	-	-	-
		2023	2.760	91,36	90,36 - 92,31
		2024	3.752	91,93	91,09 - 92,72
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	248	69,81	64,59 - 74,90
		2024	210	72,59	66,92 - 78,03
	KH	2022	-	-	-
		2023	20.169	88,70	88,28 - 89,12
		2024	19.188	88,62	88,19 - 89,05
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	276	84,75	80,64 - 88,44
		2024	306	81,18	77,06 - 85,00

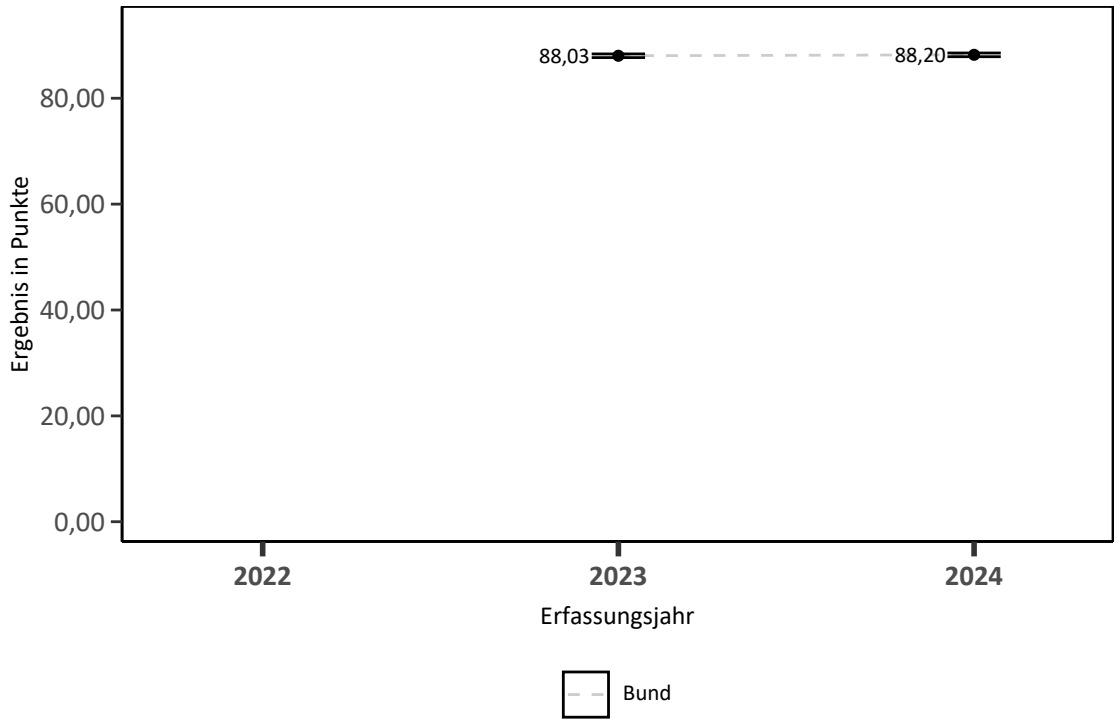
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Bund	2022	-	-	-
	2023	30.797	88,03	87,68 - 88,37
	2024	30.816	88,20	87,85 - 88,55

Ergebnisse der Merkmale

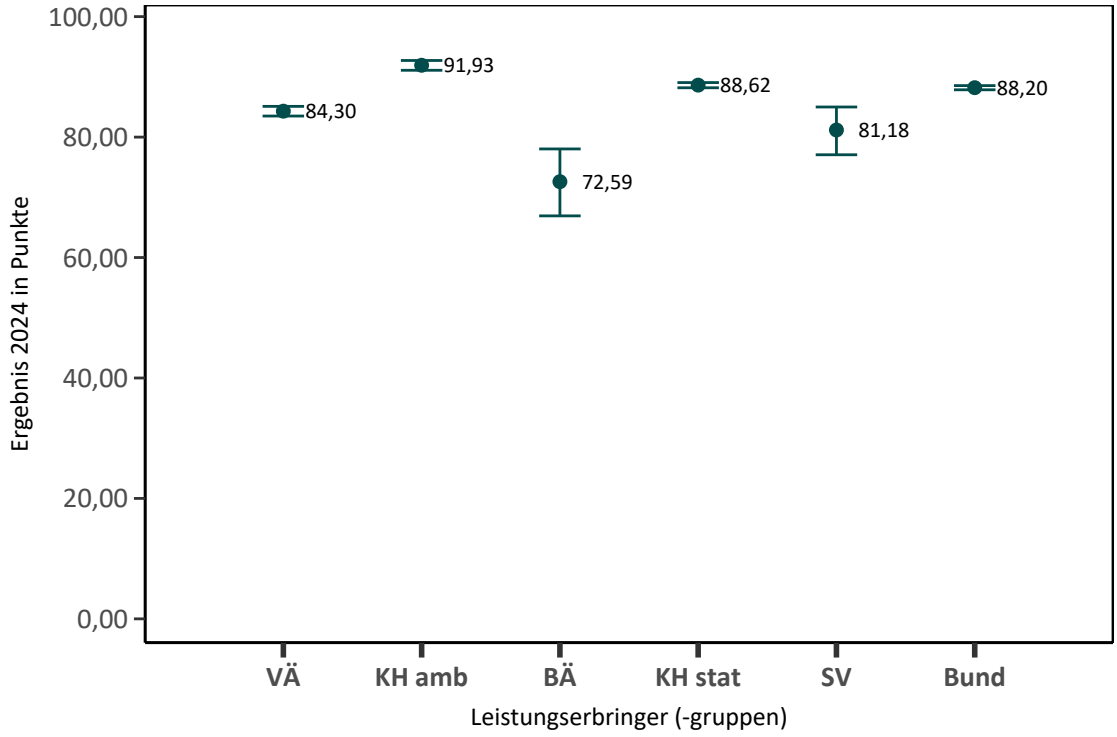
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie	88,20

Ergebnisse im Zeitverlauf

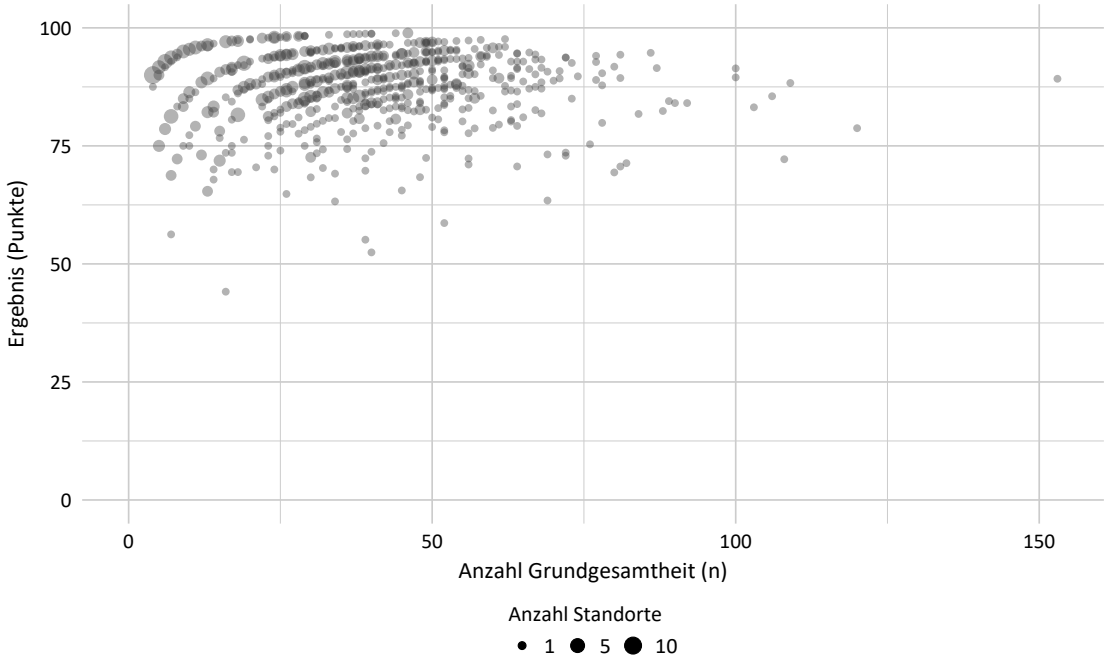
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

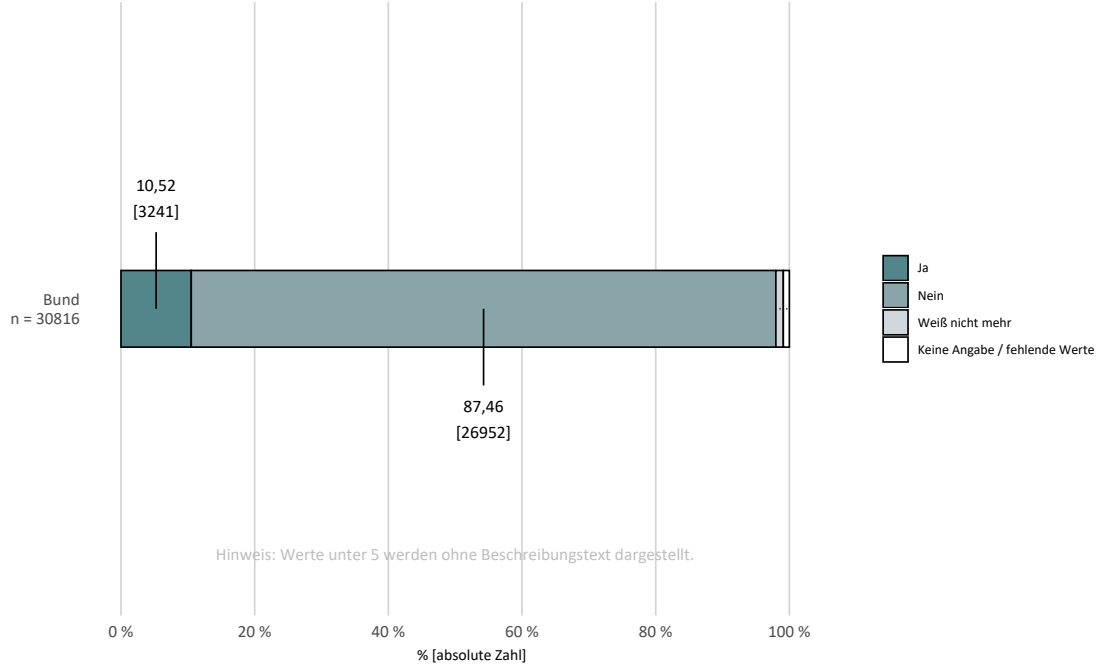


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	847	0	44,12	98,91	89,58

Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie

Wurde mit Ihnen direkt im Anschluss an die Prozedur ein Termin für eine (weitere) Herzkatheteruntersuchung zur Kontrolle vereinbart?



	Bundesergebnis %	n
Ja	10,52 %	30.816
Nein	87,46 %	30.816
Weiß nicht mehr	1,12 %	30.816
Keine Angabe / fehlende Werte	0,90 %	30.816

56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten, die mit denen der Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen. Außerdem soll Patientinnen und Patienten bei Bedarf ermöglicht werden, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in Gespräche mit einzubeziehen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 89,18 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	11.508	91,24	90,96 - 91,51
		2024	11.763	91,95	91,70 - 92,20
	KH	2022	-	-	-
		2023	3.751	89,86	89,34 - 90,38
		2024	5.226	91,46	91,07 - 91,84
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	451	89,85	88,29 - 91,29
		2024	455	91,29	89,90 - 92,58
	KH	2022	-	-	-
		2023	52.053	87,64	87,49 - 87,78
		2024	53.193	88,25	88,11 - 88,38
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	458	89,78	88,22 - 91,23
		2024	469	90,77	89,28 - 92,15

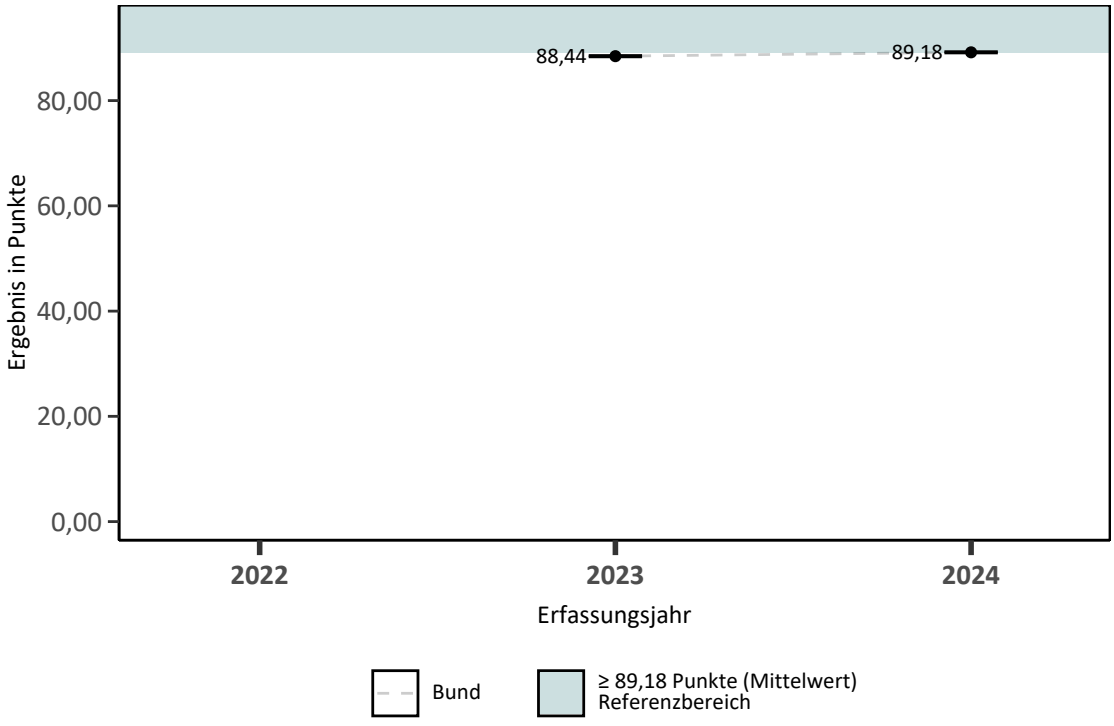
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Bund	**2022**	-	-	-
	2023	68.221	88,44	88,32 - 88,57
	2024	71.106	89,18	89,06 - 89,29

Ergebnisse der Merkmale

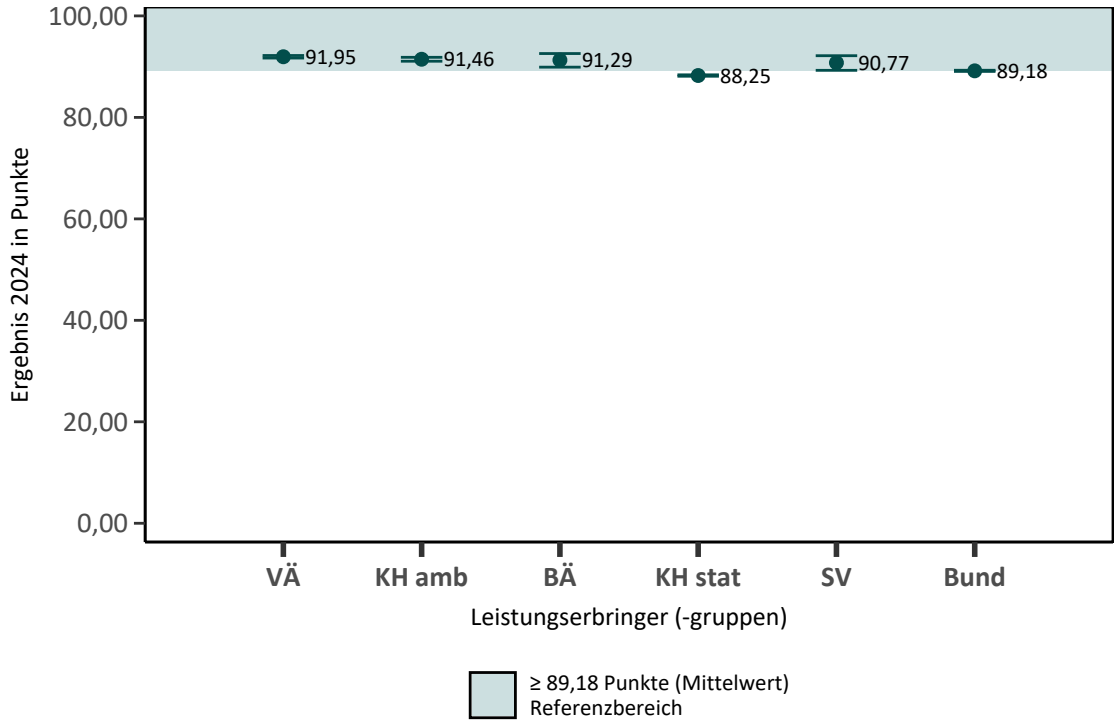
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56103	Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten im Team	89,25
M2_56103	Angebot, Angehörige einzubeziehen	88,86

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



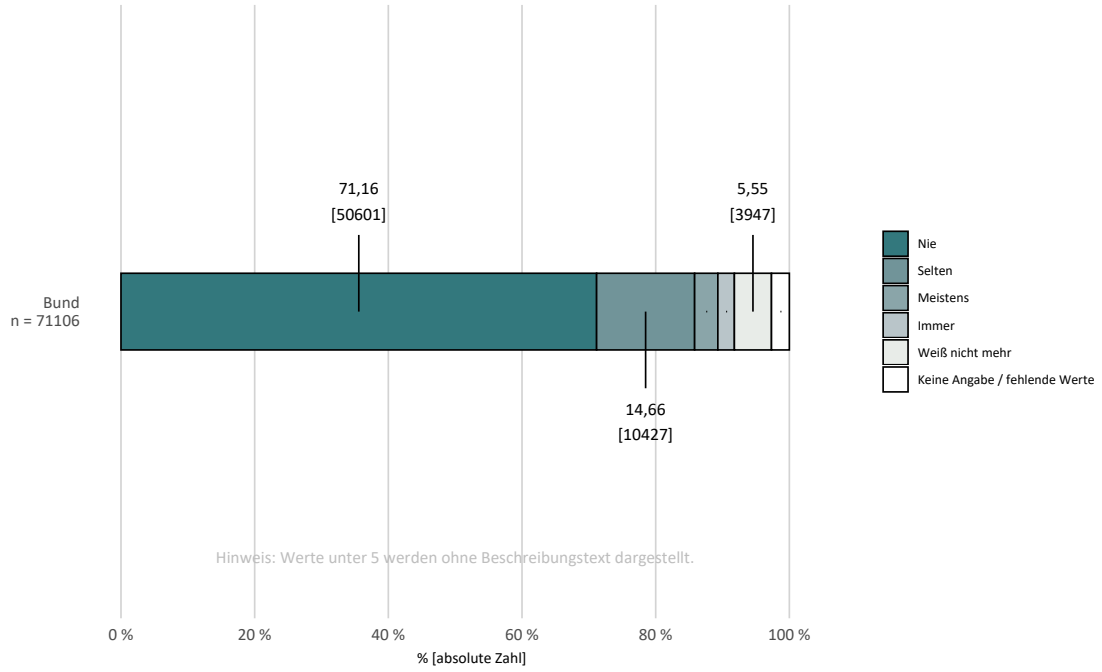
Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	894	117	57,69	98,95	89,36

Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten im Team

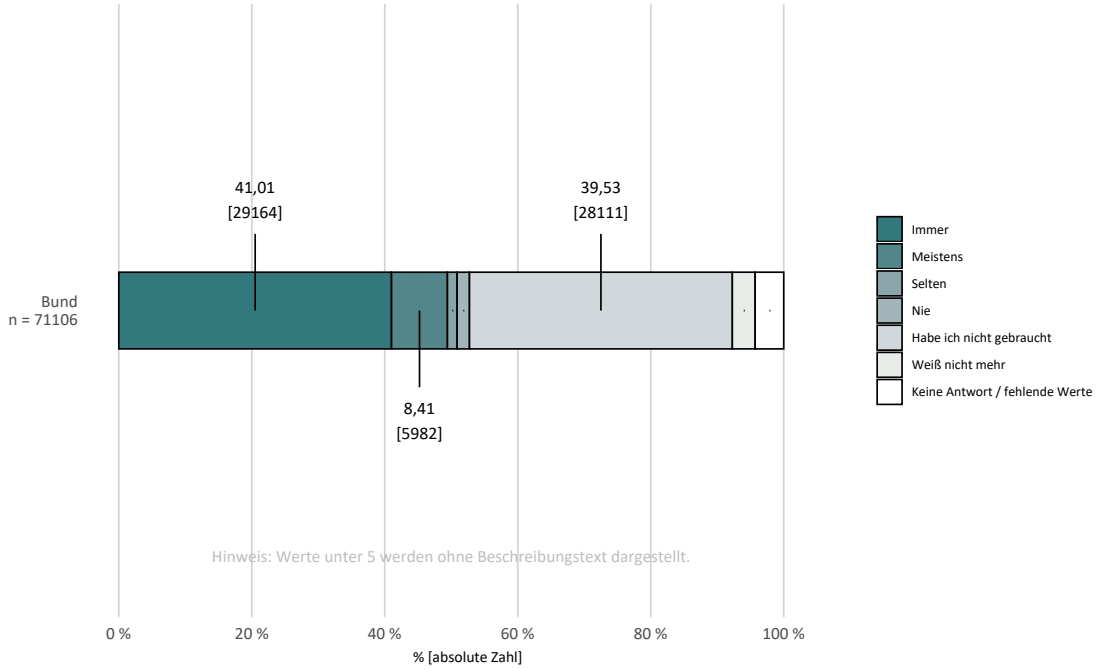
Wie häufig kam es vor, dass Sie vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten haben, die nicht mit den Informationen von den Ärztinnen und Ärzten übereingestimmt haben?



	Bundesergebnis %	n
Nie	71,16 %	71.106
Selten	14,66 %	71.106
Meistens	3,47 %	71.106
Immer	2,48 %	71.106
Weiß nicht mehr	5,55 %	71.106
Keine Angabe / fehlende Werte	2,67 %	71.106

Angebot, Angehörige einzubeziehen

Wenn ich Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit den Ärztinnen bzw. Ärzten mitnehmen wollte, wurde mir dies ermöglicht.



	Bundesergebnis %	n
Immer	41,01 %	71.106
Meistens	8,41 %	71.106
Selten	1,46 %	71.106
Nie	1,85 %	71.106
Habe ich nicht gebraucht	39,53 %	71.106
Weiß nicht mehr	3,43 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	4,30 %	71.106

56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen, respektvollen und zugewandten Umgang durch das Pflege- und Assistenzpersonal erfahren. Außerdem soll das Pflege- und Assistenzpersonal für die Patientinnen und Patienten bei Bedarf erreichbar sein und so gut deutsch sprechen, dass eine Verständigung mit den Patientinnen und Patienten möglich ist.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 86,68 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	11.508	92,03	91,87 - 92,18
		2024	11.763	91,02	90,86 - 91,18
	KH	2022	-	-	-
		2023	3.751	90,67	90,39 - 90,96
		2024	5.226	89,67	89,41 - 89,92
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	451	89,43	88,55 - 90,30
		2024	455	88,19	87,26 - 89,10
	KH	2022	-	-	-
		2023	52.053	86,55	86,46 - 86,64
		2024	53.193	85,37	85,28 - 85,46
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	458	90,18	89,33 - 91,01
		2024	469	90,12	89,27 - 90,95

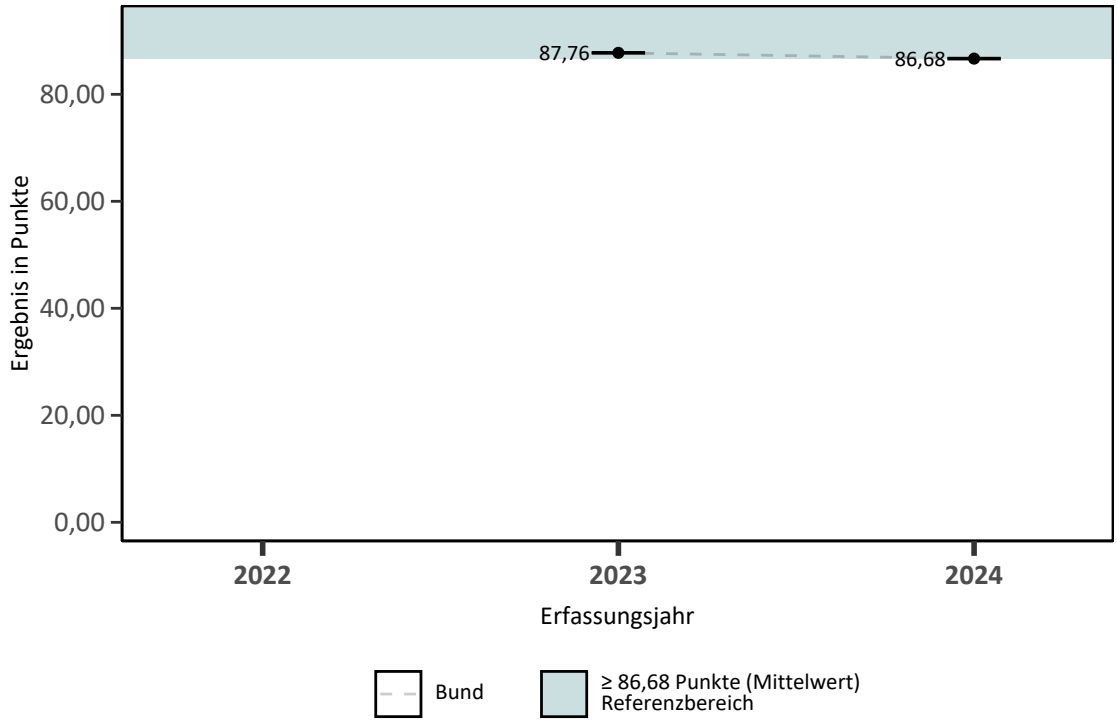
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Bund	**2022**	-	-	-
	2023	68.221	87,76	87,68 - 87,83
	2024	71.106	86,68	86,60 - 86,76

Ergebnisse der Merkmale

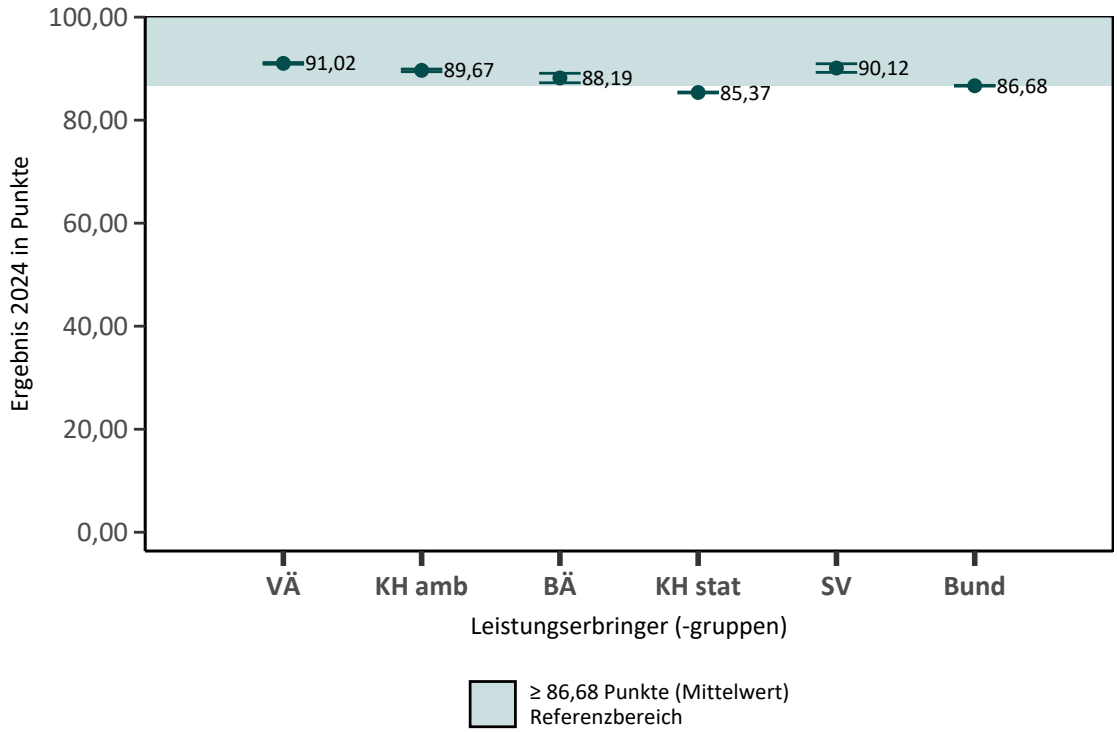
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56104	Höflicher und respektvoller Umgang	91,36
M2_56104	Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals auf Anliegen der Patientinnen und Patienten	80,96
M3_56104	Sprach- und Verständigungsbarrieren	87,48

Ergebnisse im Zeitverlauf

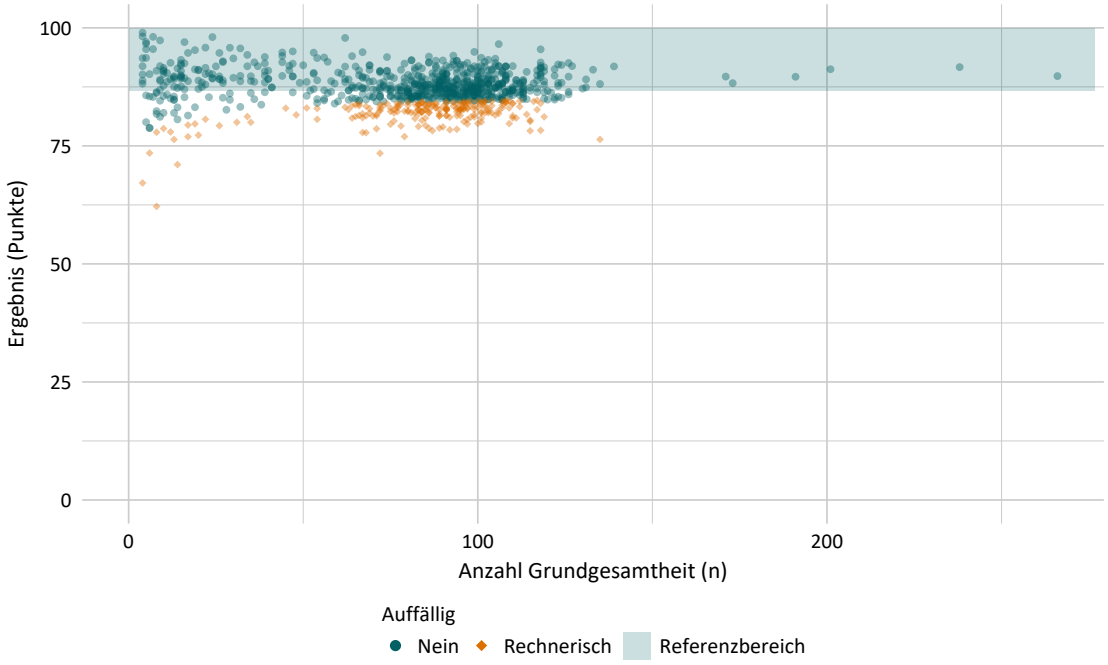
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

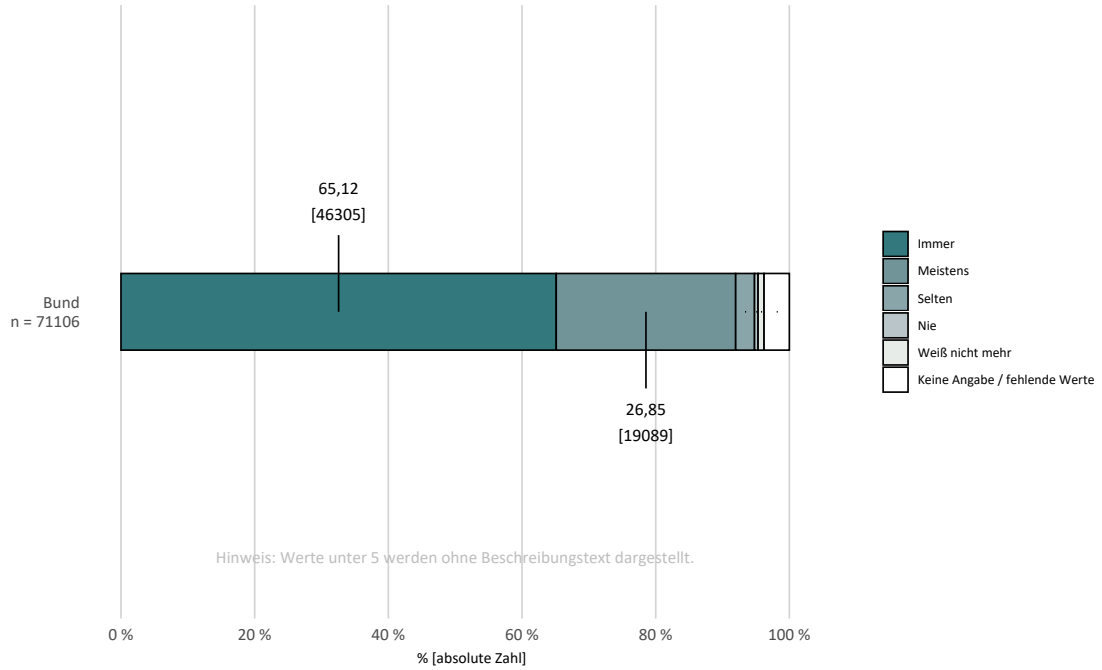


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	894	214	62,18	98,98	86,79

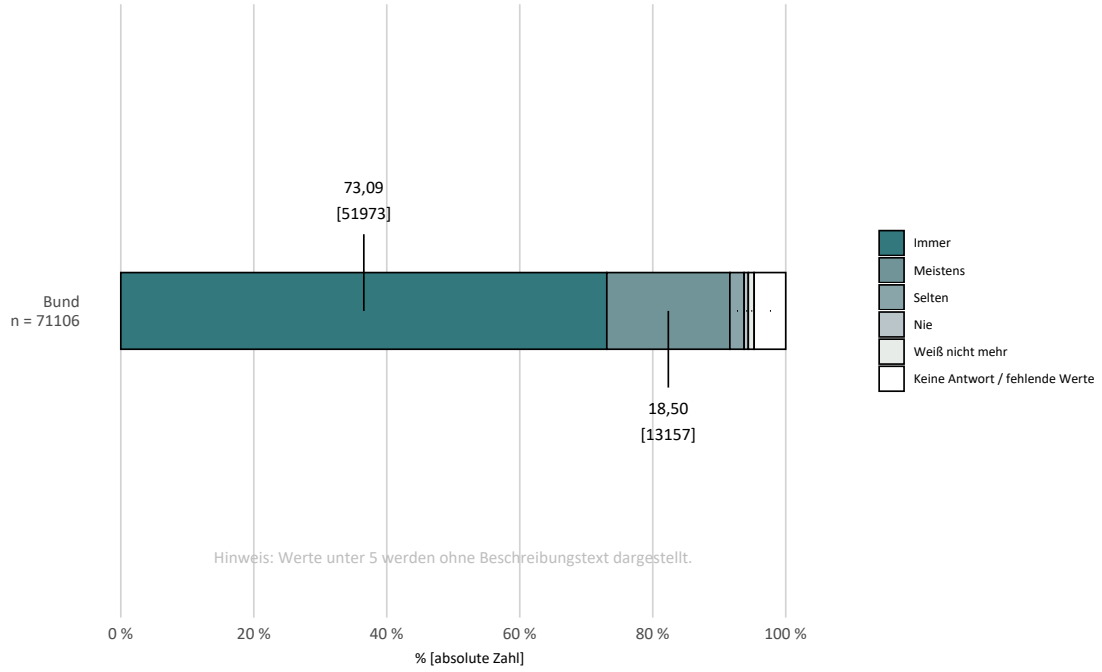
Höflicher und respektvoller Umgang

Wenn ich ein Anliegen hatte, konnte ich jemanden vom Pflege- und Assistenzpersonal erreichen.



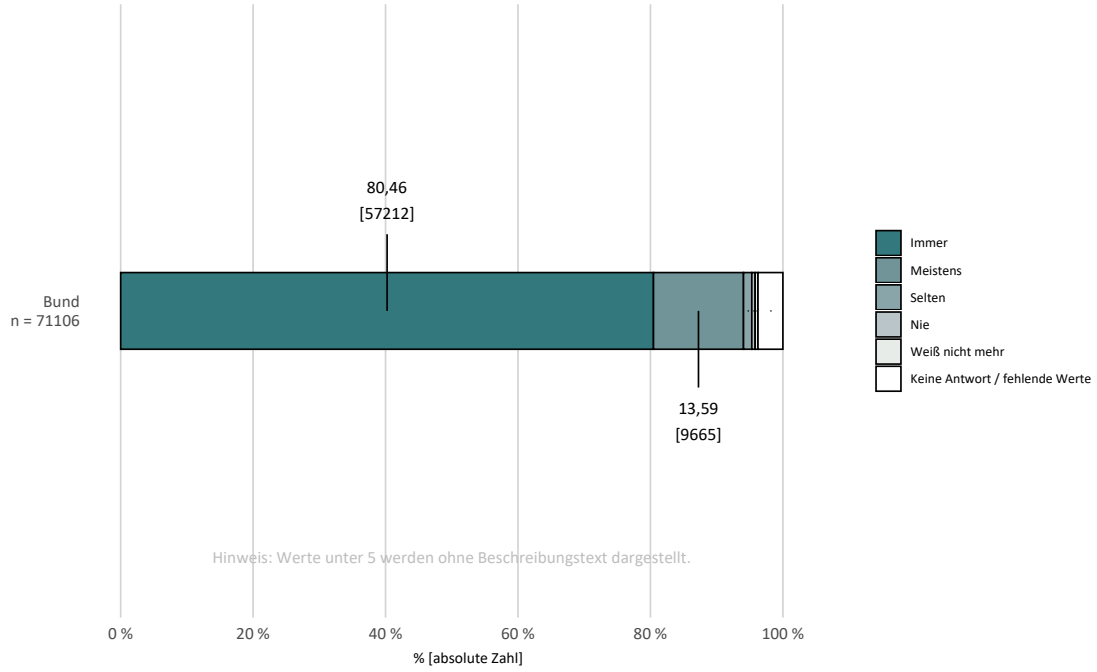
	Bundesergebnis %	n
Immer	65,12 %	71.106
Meistens	26,85 %	71.106
Selten	2,82 %	71.106
Nie	0,53 %	71.106
Weiß nicht mehr	0,90 %	71.106
Keine Angabe / fehlende Werte	3,78 %	71.106

Pflege- und Assistenzpersonal: Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.



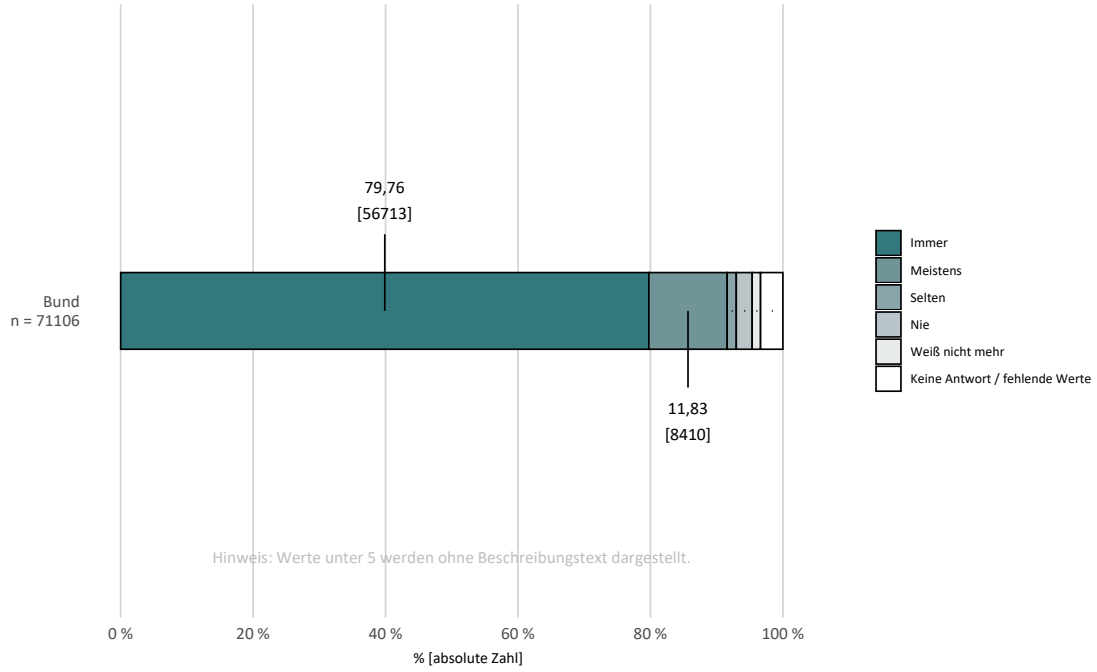
	Bundesergebnis %	**n**
Immer	73,09 %	71.106
Meistens	18,50 %	71.106
Selten	2,15 %	71.106
Nie	0,63 %	71.106
Weiß nicht mehr	0,88 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	4,75 %	71.106

Pflege- und Assistenzpersonal: Ich wurde respektvoll behandelt.



	Bundesergebnis %	**n**
Immer	80,46 %	71.106
Meistens	13,59 %	71.106
Selten	1,26 %	71.106
Nie	0,50 %	71.106
Weiß nicht mehr	0,43 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	3,76 %	71.106

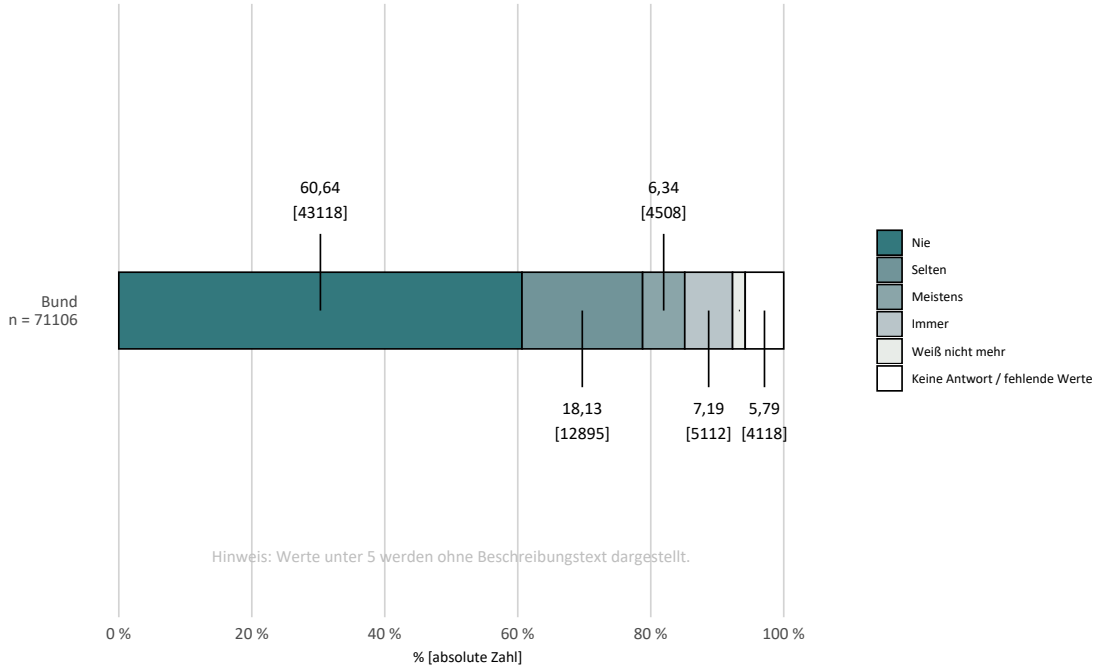
Pflege- und Assistenzpersonal: Meine Intimsphäre wurde gewahrt.



	Bundesergebnis %	n
Immer	79,76 %	71.106
Meistens	11,83 %	71.106
Selten	1,38 %	71.106
Nie	2,40 %	71.106
Weiß nicht mehr	1,27 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	3,37 %	71.106

Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals auf Anliegen der Patientinnen und Patienten

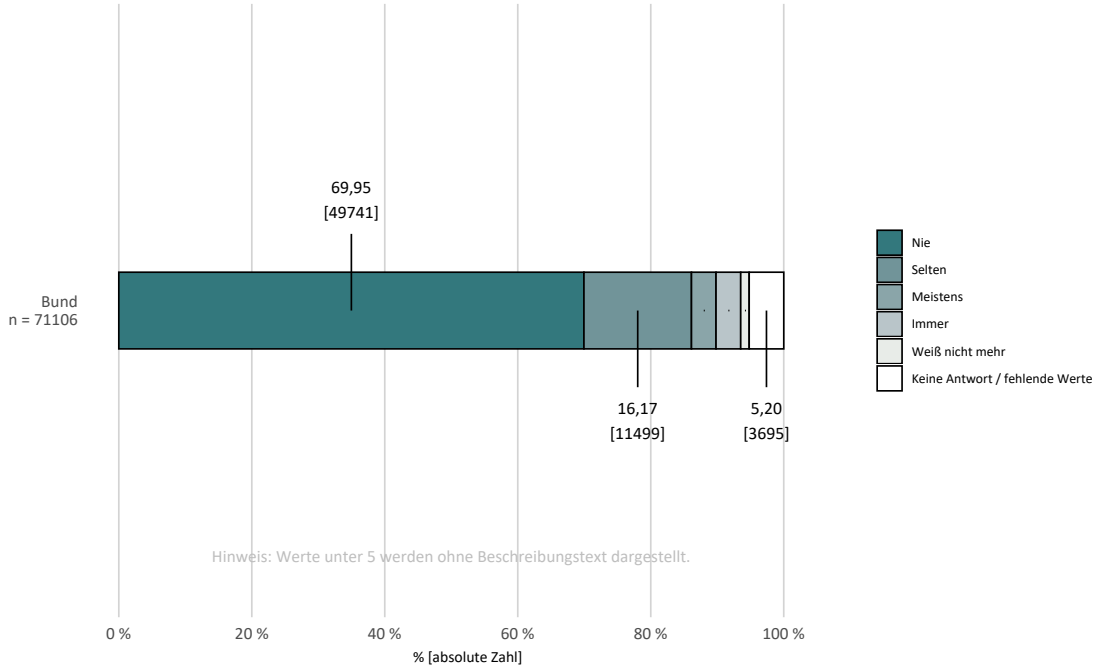
Pflege- und Assistenzpersonal: Ich musste lange warten, wenn ich Unterstützung angefordert habe.



	Bundesergebnis %	n
Nie	60,64 %	71.106
Selten	18,13 %	71.106
Meistens	6,34 %	71.106
Immer	7,19 %	71.106
Weiß nicht mehr	1,91 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	5,79 %	71.106

Sprach- und Verständigungsbarrieren

Es kam vor, dass ich mich mit dem Pflege- und Assistenzpersonal nicht verständigen konnte, weil es nicht gut deutsch gesprochen hat.



	Bundesergebnis %	n
Nie	69,95 %	71.106
Selten	16,17 %	71.106
Meistens	3,69 %	71.106
Immer	3,71 %	71.106
Weiß nicht mehr	1,27 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	5,20 %	71.106

56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen und respektvollen Umgang durch die Ärztinnen und Ärzte erfahren. Für die Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte bei Fragen erreichbar sein und Informationen sollen verständlich kommuniziert werden. Bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte so gut deutsch sprechen, dass eine Verständigung möglich ist. In dem Beisein von Patientinnen und Patienten soll nicht über sie gesprochen werden, ohne sie einzubeziehen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 85,11 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	11.508	89,73	89,60 - 89,86
		2024	11.763	90,47	90,34 - 90,59
	KH	2022	-	-	-
		2023	3.751	87,76	87,51 - 88,00
		2024	5.226	87,99	87,78 - 88,19
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	451	88,83	88,15 - 89,49
		2024	455	87,92	87,21 - 88,62
	KH	2022	-	-	-
		2023	52.053	83,25	83,17 - 83,32
		2024	53.193	83,56	83,49 - 83,63

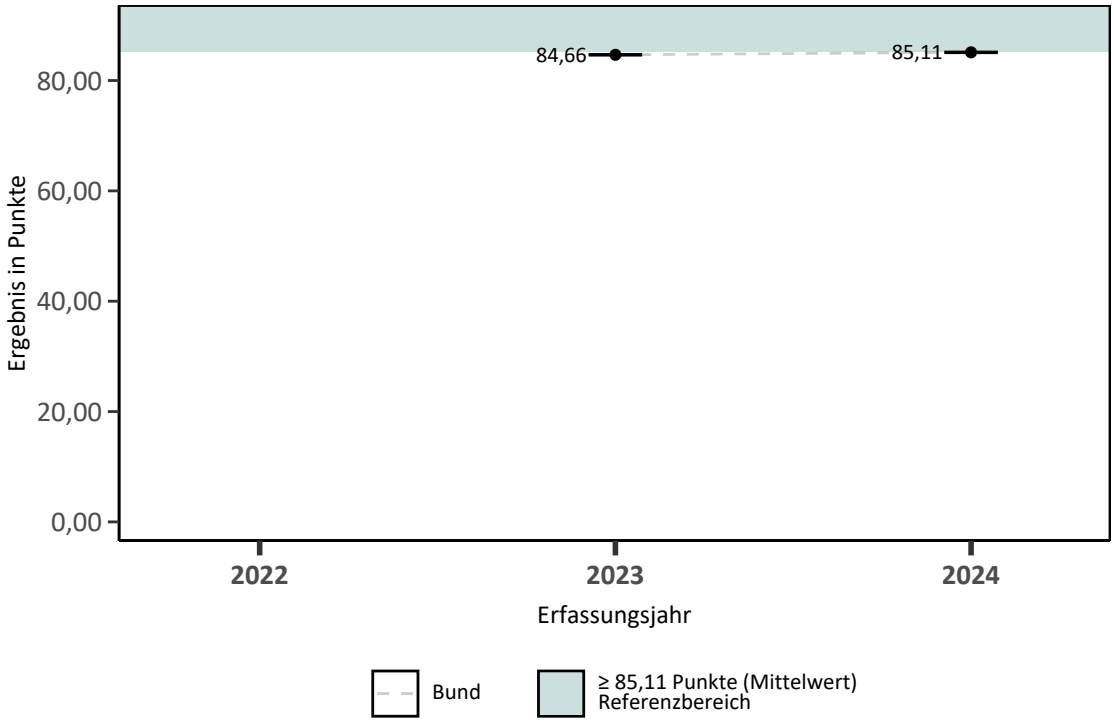
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	-	-	-
	2023	458	87,71	86,99 - 88,41
	2024	469	91,08	90,47 - 91,67
Bund	**2022**	-	-	-
	2023	68.221	84,66	84,60 - 84,72
	2024	71.106	85,11	85,05 - 85,17

Ergebnisse der Merkmale

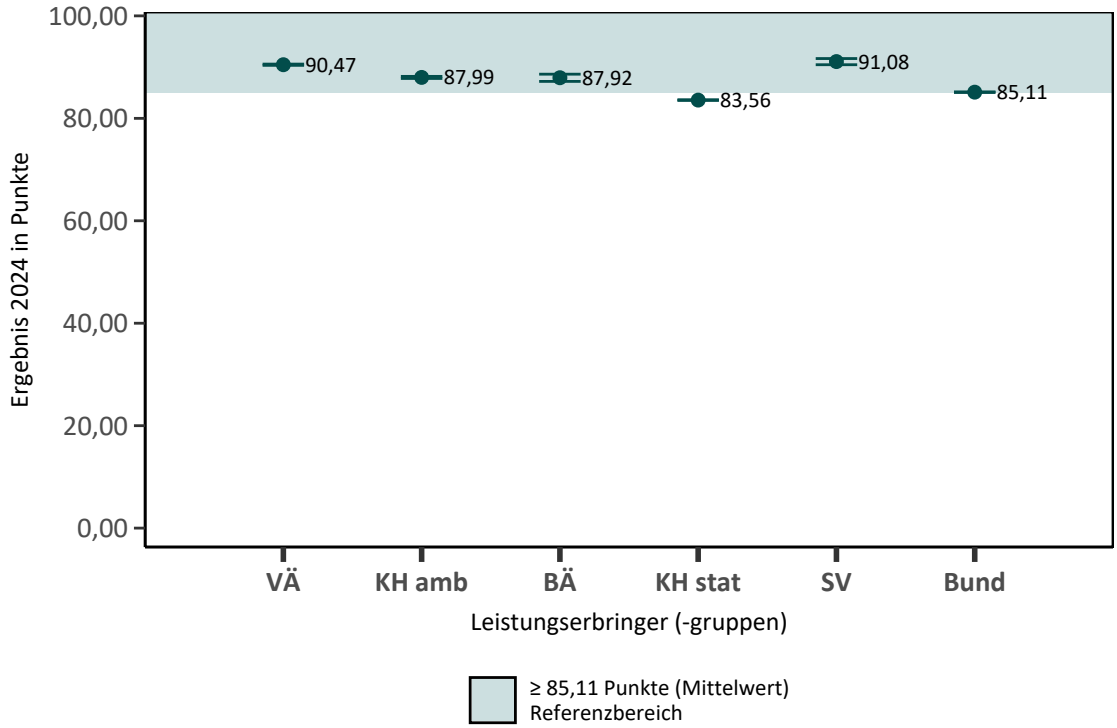
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56105	Höflicher und respektvoller Umgang	84,93
M2_56105	Eingehen auf Informationsbedürfnisse der Patientin / des Patienten während des Aufenthalts	76,10
M3_56105	Verwendung einer verständlichen Sprache durch Ärztinnen und Ärzte	80,55
M4_56105	Sprach- und Verständigungsbarrieren	91,84
M5_56105	Direkte Ansprache der Patientin / des Patienten	91,61

Ergebnisse im Zeitverlauf

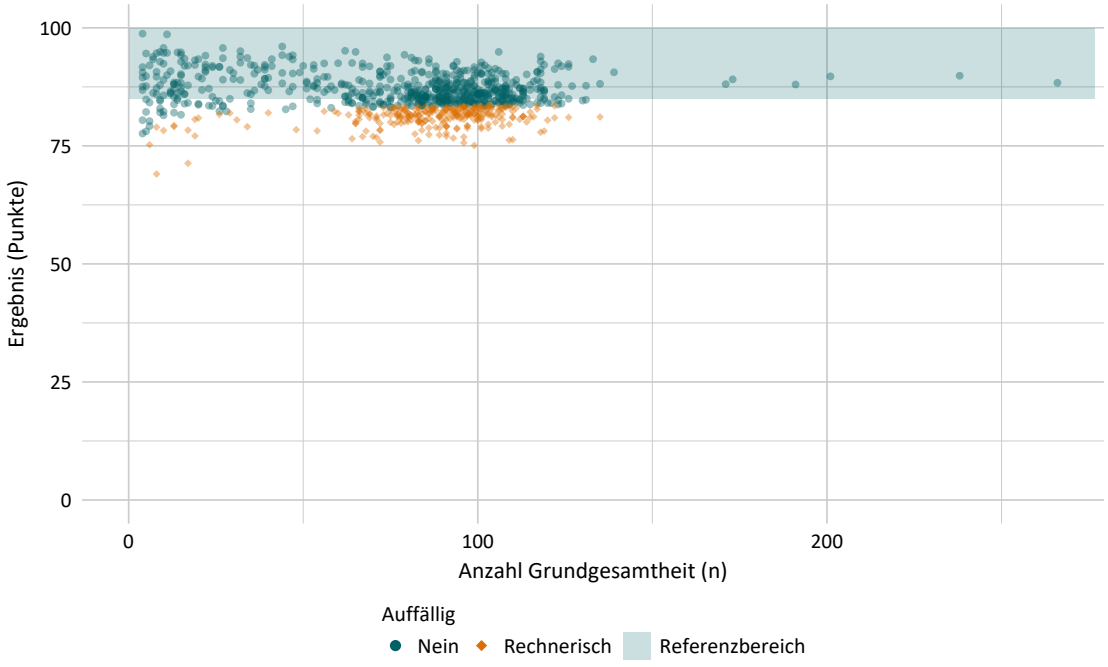
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

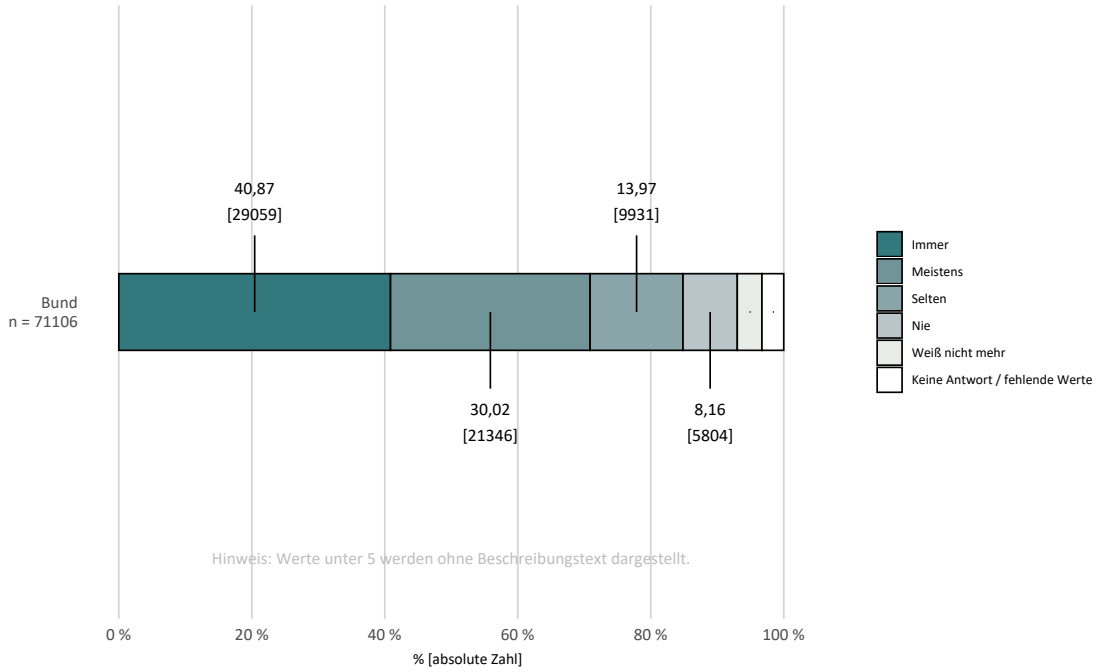


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	894	273	69,03	98,76	85,00

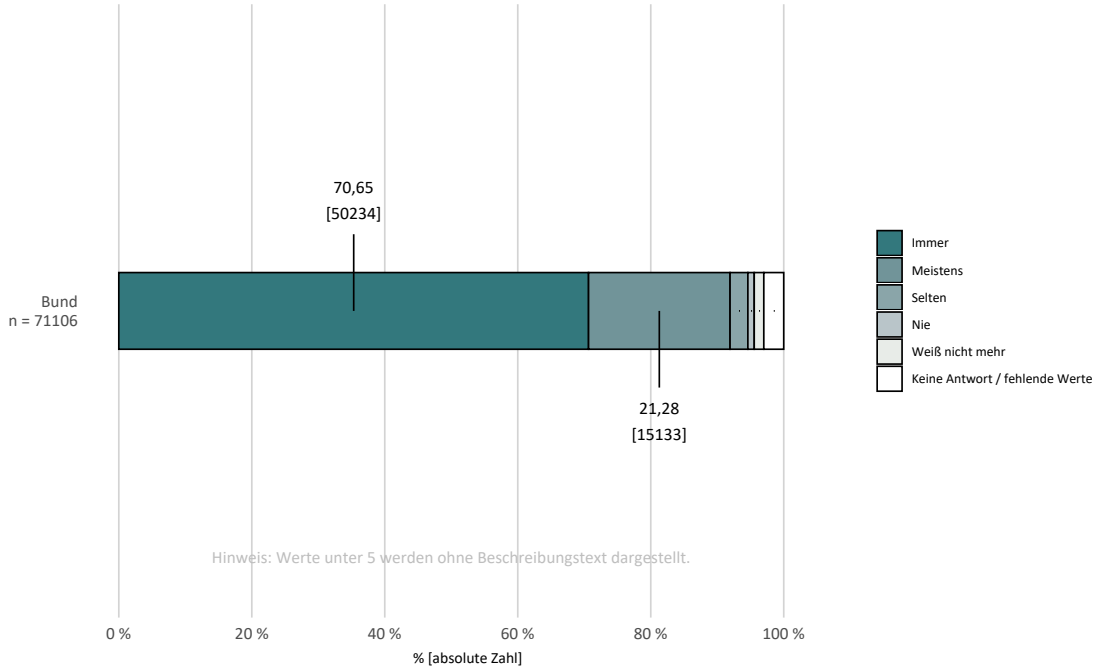
Höflicher und respektvoller Umgang

In Gesprächen haben die Ärztinnen bzw. Ärzte mich ermutigt, Fragen zu stellen.



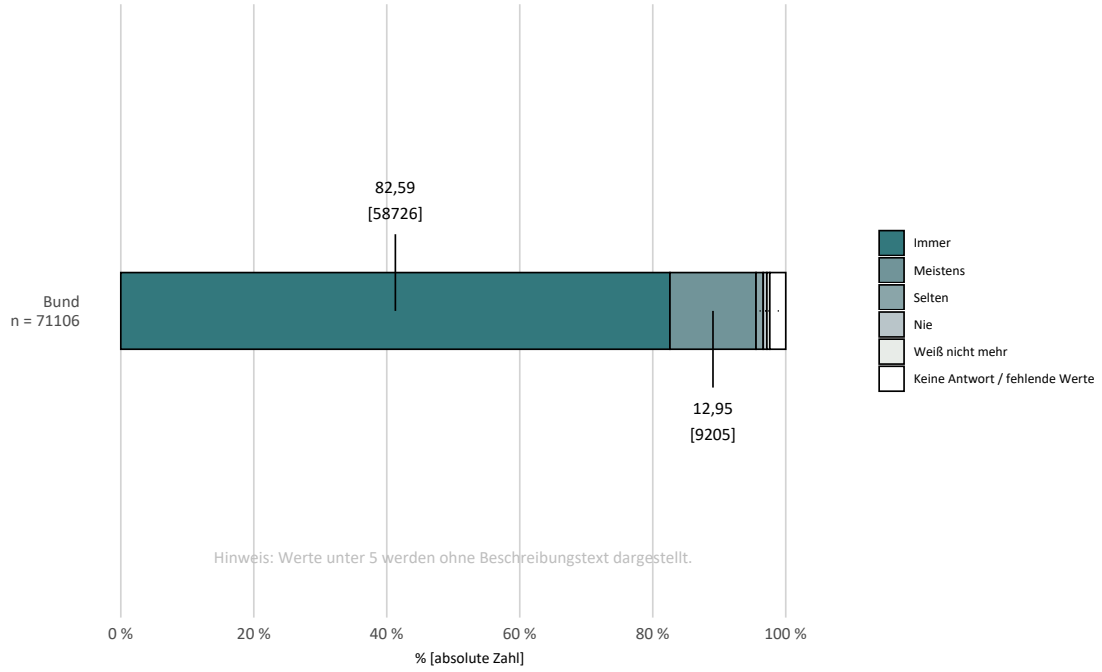
	Bundesergebnis %	n
Immer	40,87 %	71.106
Meistens	30,02 %	71.106
Selten	13,97 %	71.106
Nie	8,16 %	71.106
Weiß nicht mehr	3,71 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	3,28 %	71.106

Ärztinnen und Ärzte: Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.



	Bundesergebnis %	**n**
Immer	70,65 %	71.106
Meistens	21,28 %	71.106
Selten	2,68 %	71.106
Nie	0,96 %	71.106
Weiß nicht mehr	1,44 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	2,99 %	71.106

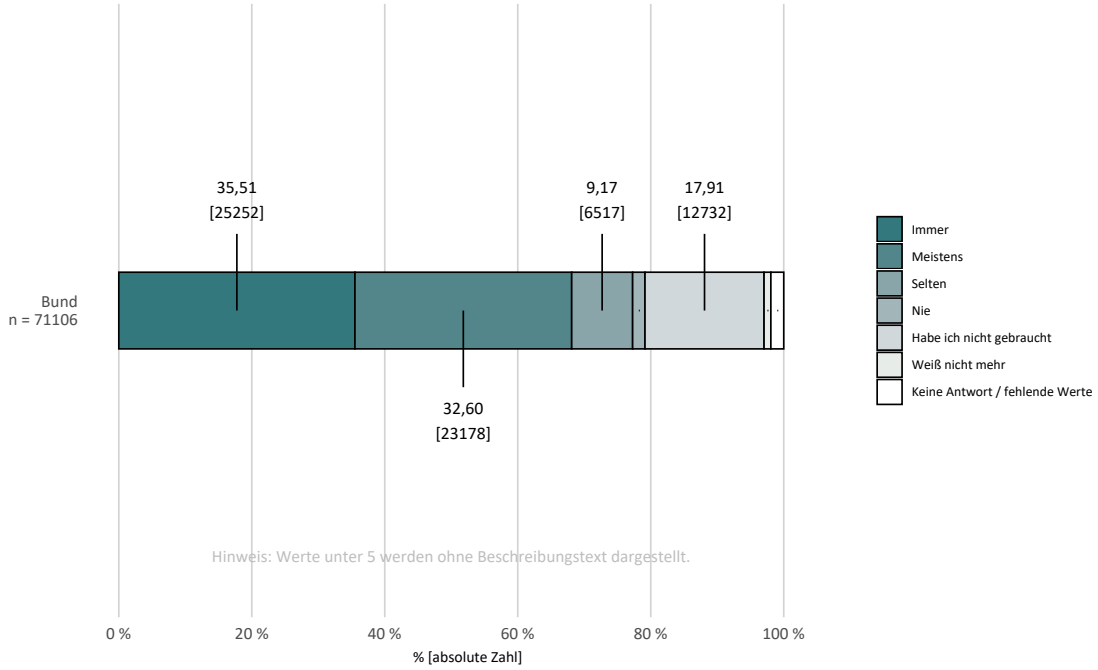
Ärztinnen und Ärzte: Ich wurde respektvoll behandelt.



	Bundesergebnis %	n
Immer	82,59 %	71.106
Meistens	12,95 %	71.106
Selten	1,08 %	71.106
Nie	0,55 %	71.106
Weiß nicht mehr	0,44 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	2,40 %	71.106

Eingehen auf Informationsbedürfnisse der Patientin / des Patienten während des Aufenthalts

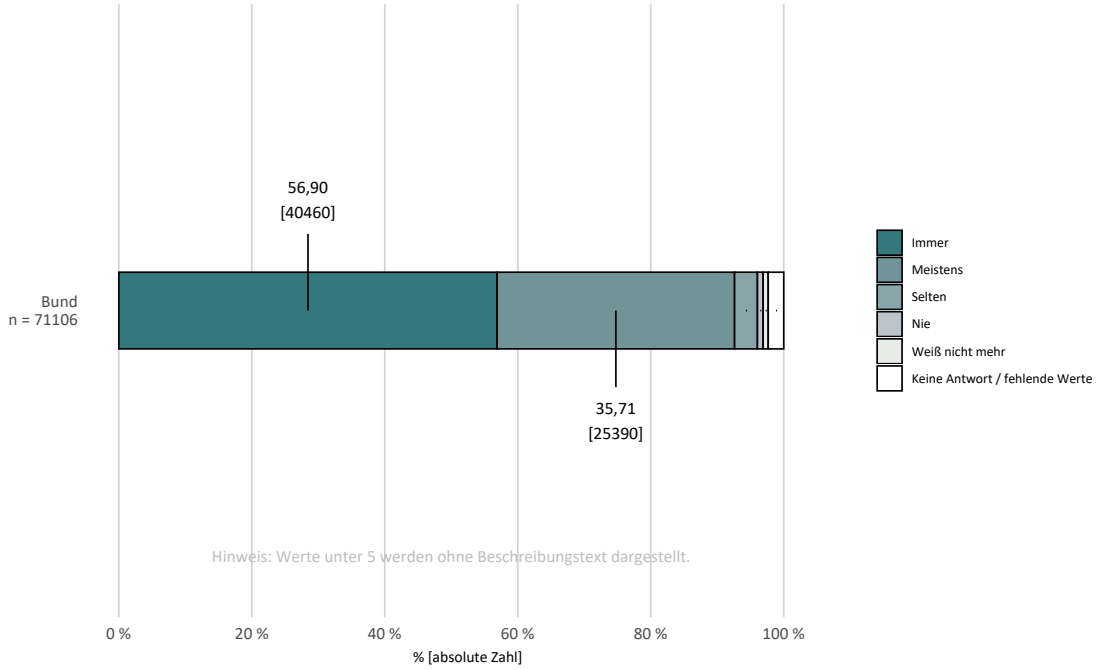
Ich hatte Gelegenheit, eine Ärztin bzw. einen Arzt zu sprechen, wenn ich Fragen hatte.



	Bundesergebnis %	n
Immer	35,51 %	71.106
Meistens	32,60 %	71.106
Selten	9,17 %	71.106
Nie	1,86 %	71.106
Habe ich nicht gebraucht	17,91 %	71.106
Weiß nicht mehr	1,02 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	1,94 %	71.106

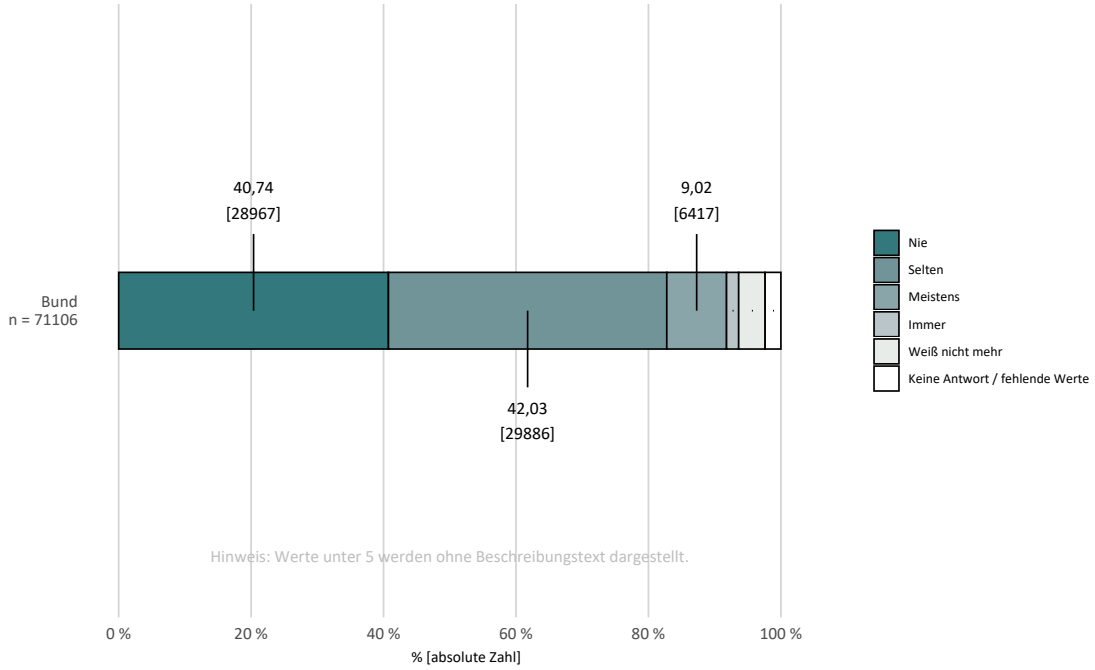
Verwendung einer verständlichen Sprache durch Ärztinnen und Ärzte

Die Informationen, die ich von den Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten habe, waren für mich verständlich.



	Bundesergebnis %	n
Immer	56,90 %	71.106
Meistens	35,71 %	71.106
Selten	3,44 %	71.106
Nie	0,86 %	71.106
Weiß nicht mehr	0,76 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	2,33 %	71.106

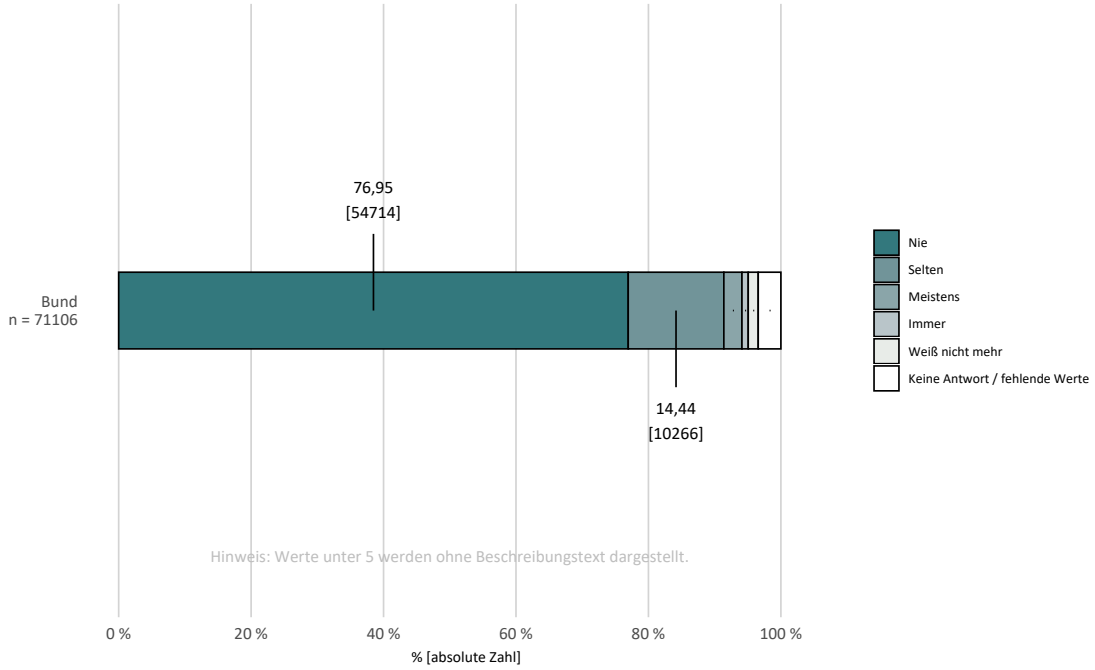
Ärztinnen bzw. Ärzte haben in Gesprächen mit mir Fachwörter verwendet, die ich nicht verstanden habe.



	Bundesergebnis %	n
Nie	40,74 %	71.106
Selten	42,03 %	71.106
Meistens	9,02 %	71.106
Immer	1,84 %	71.106
Weiß nicht mehr	3,99 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	2,38 %	71.106

Sprach- und Verständigungsbarrieren

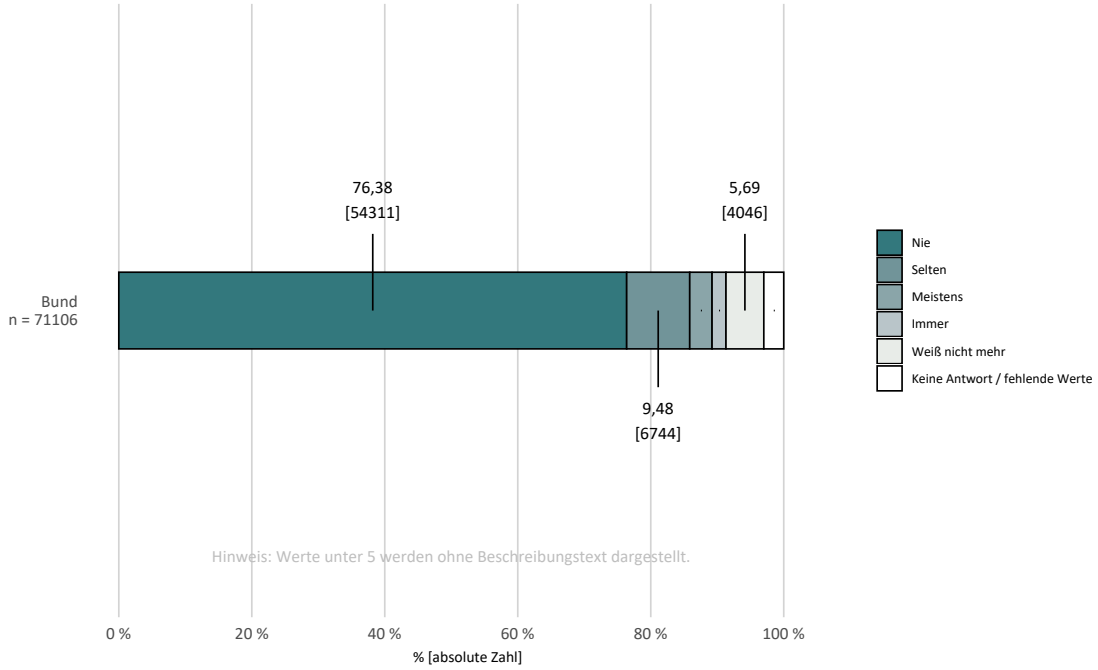
Es kam vor, dass ich mich mit Ärztinnen bzw. Ärzten nicht verständigen konnte, weil sie nicht gut deutsch gesprochen haben.



	Bundesergebnis %	n
Nie	76,95 %	71.106
Selten	14,44 %	71.106
Meistens	2,73 %	71.106
Immer	0,95 %	71.106
Weiß nicht mehr	1,51 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	3,42 %	71.106

Direkte Ansprache der Patientin / des Patienten

In meinem Beisein haben Ärztinnen bzw. Ärzte über mich gesprochen, als ob ich nicht da wäre.



	Bundesergebnis %	n
Nie	76,38 %	71.106
Selten	9,48 %	71.106
Meistens	3,36 %	71.106
Immer	2,09 %	71.106
Weiß nicht mehr	5,69 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	3,00 %	71.106

56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend über die Zielsetzung, Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz, den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen, den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs oder dass es möglich ist, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten, aufgeklärt werden. Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit haben, über eventuelle Ängste und Sorgen zu sprechen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 75,09 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	10.306	80,36	80,09 - 80,63
		2024	10.635	81,10	80,84 - 81,37
	KH	2022	-	-	-
		2023	3.582	77,91	77,44 - 78,37
		2024	4.973	78,59	78,19 - 78,97
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	403	78,10	76,55 - 79,57
		2024	350	78,93	77,05 - 80,76
	KH	2022	-	-	-
		2023	32.266	72,13	71,95 - 72,31
		2024	32.205	72,25	72,07 - 72,43
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	416	81,18	79,85 - 82,48
		2024	447	81,29	80,04 - 82,54

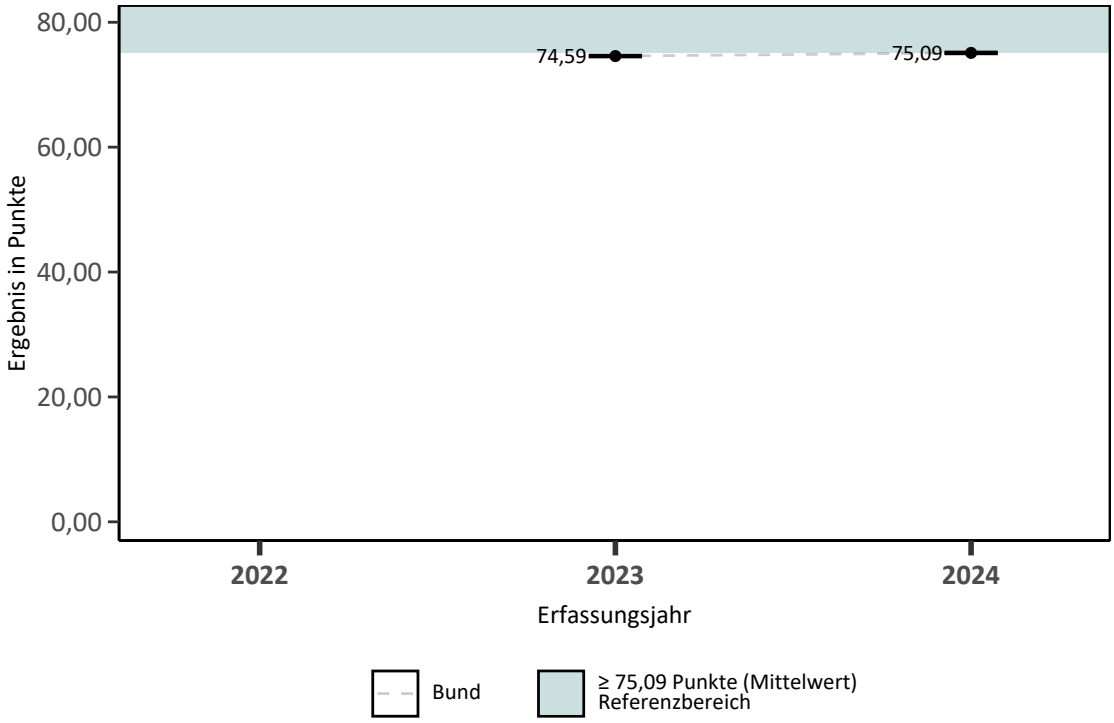
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Bund	**2022**	-	-	-
	2023	46.973	74,59	74,45 - 74,73
	2024	48.610	75,09	74,95 - 75,23

Ergebnisse der Merkmale

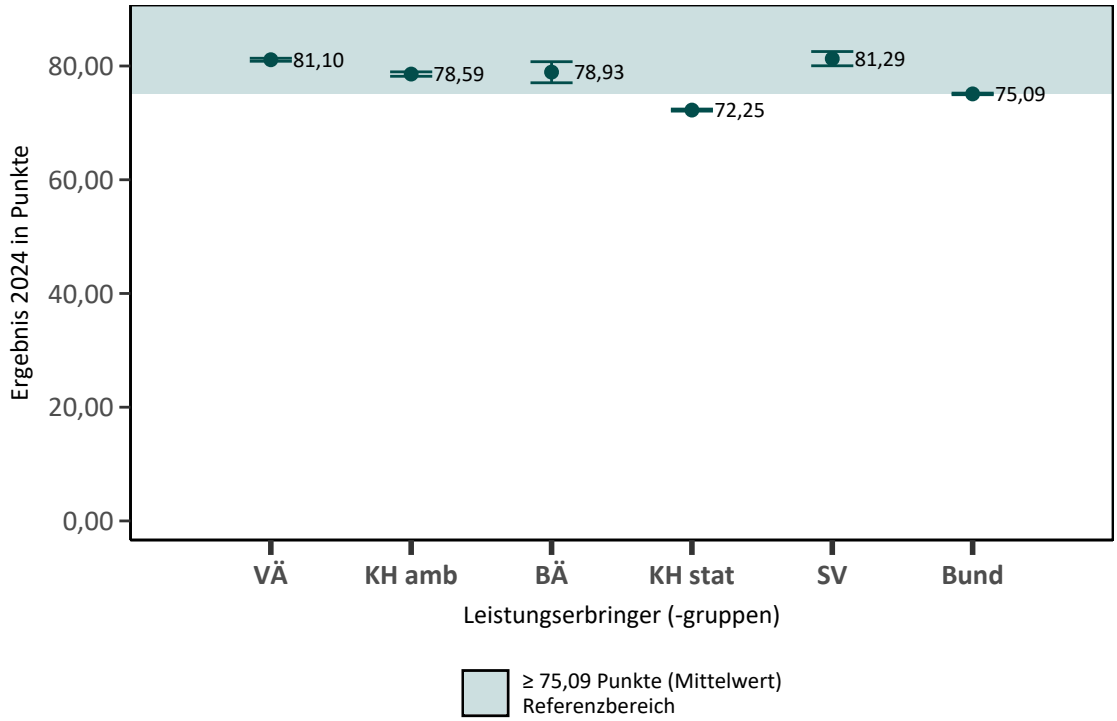
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56106	Zielsetzung	79,24
M2_56106	Behandlungsalternativen zum Eingriff	44,19
M3_56106	Therapeutische Konsequenz	68,06
M4_56106	Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen	82,18
M5_56106	Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs	82,41
M6_56106	Möglichkeit, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten	75,92
M7_56106	Ablauf der Nachbeobachtung	85,35
M8_56106	Besprechen von Sorgen und Ängsten	79,74

Ergebnisse im Zeitverlauf

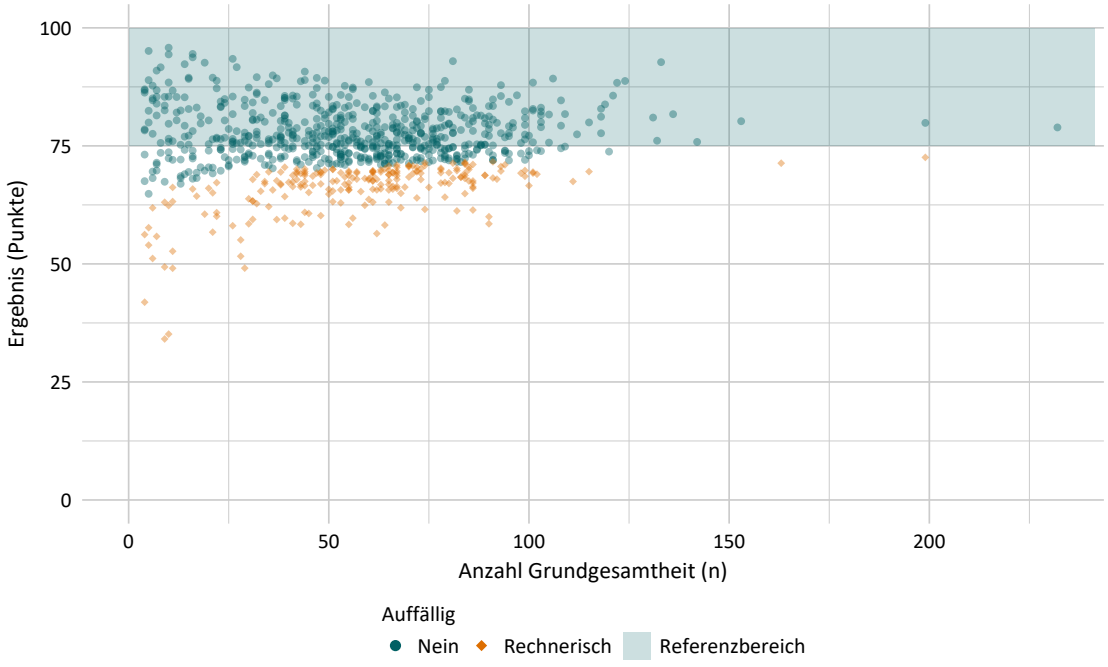
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

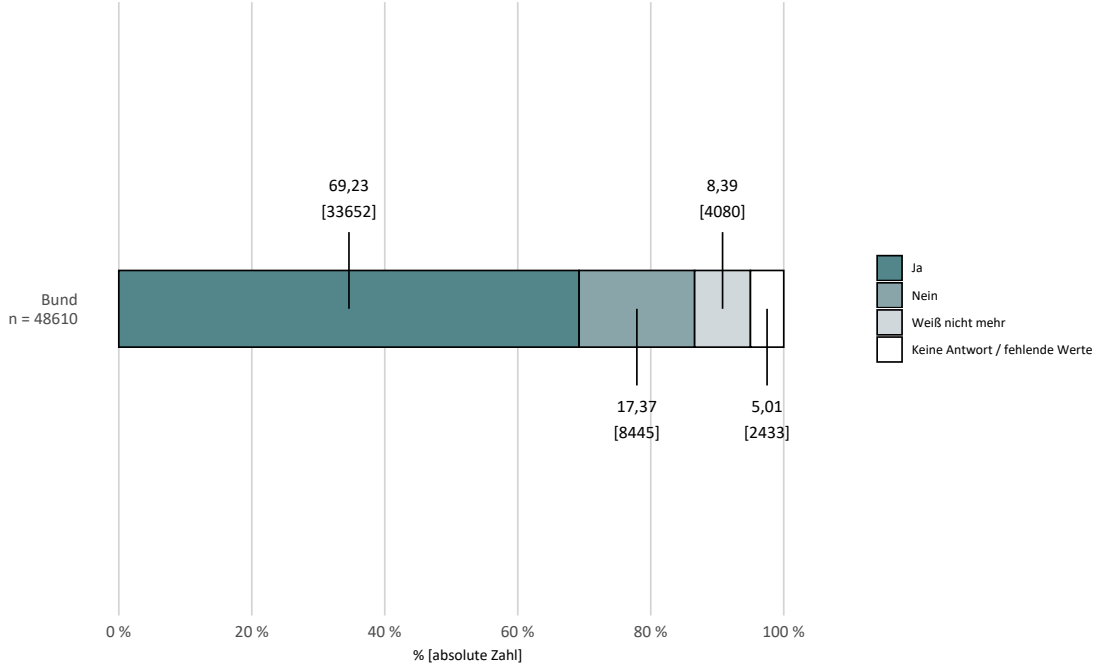


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	858	224	34,11	95,79	74,81

Zielsetzung

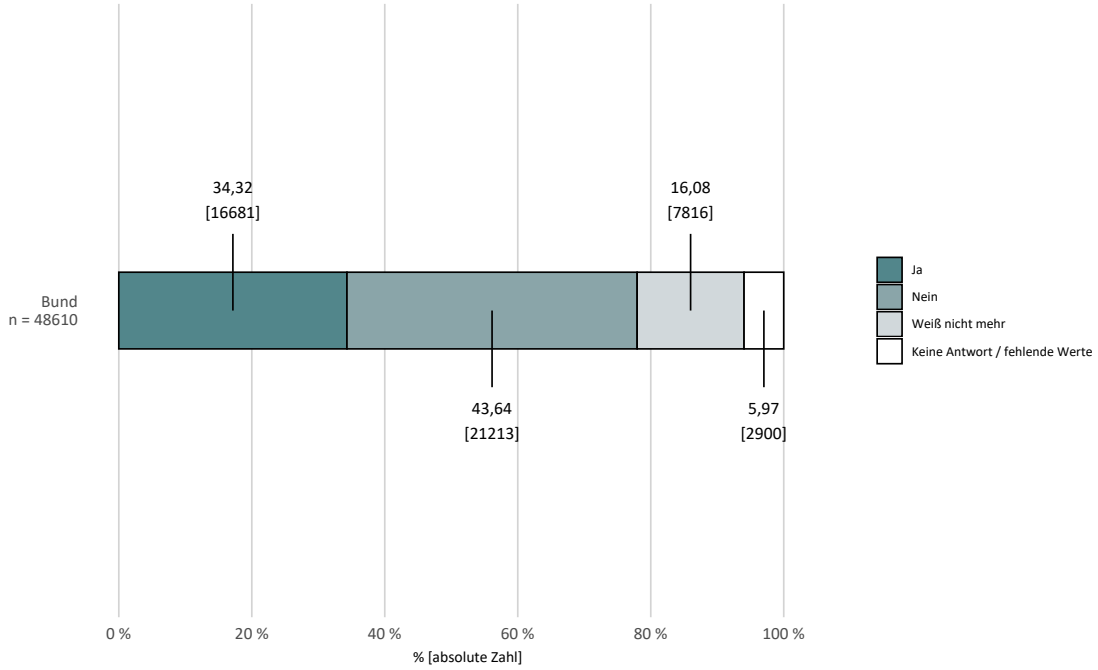
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, was sich durch einen Stent verbessern soll, wenn er erforderlich ist.



	Bundesergebnis %	n
Ja	69,23 %	48.610
Nein	17,37 %	48.610
Weiß nicht mehr	8,39 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	5,01 %	48.610

Behandlungsalternativen zum Eingriff

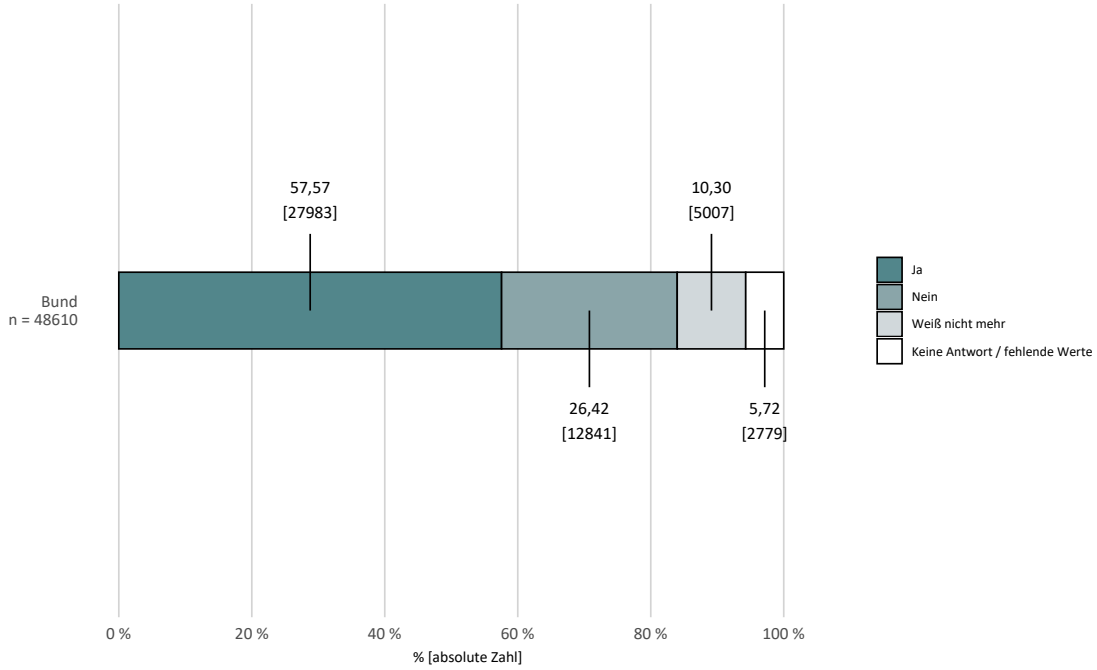
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, dass es auch andere Behandlungsmöglichkeiten als eine Stenteinlage gibt.



	Bundesergebnis %	n
Ja	34,32 %	48.610
Nein	43,64 %	48.610
Weiß nicht mehr	16,08 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	5,97 %	48.610

Therapeutische Konsequenz

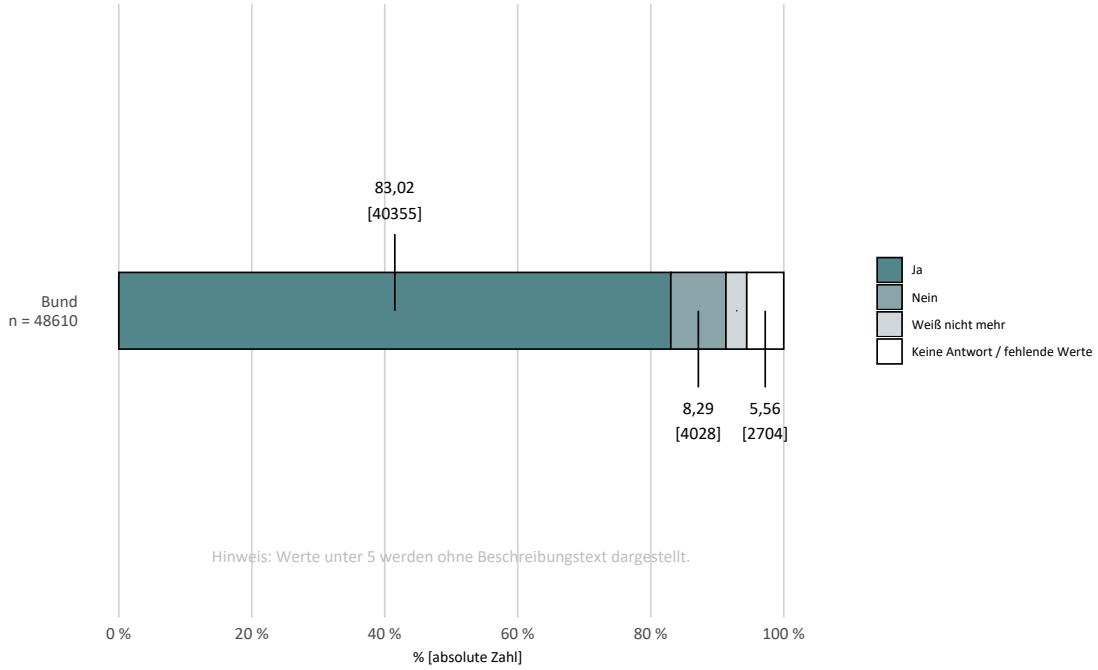
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, dass ich nach einer Stenteinlage regelmäßig Medikamente einnehmen muss.



	Bundesergebnis %	n
Ja	57,57 %	48.610
Nein	26,42 %	48.610
Weiß nicht mehr	10,30 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	5,72 %	48.610

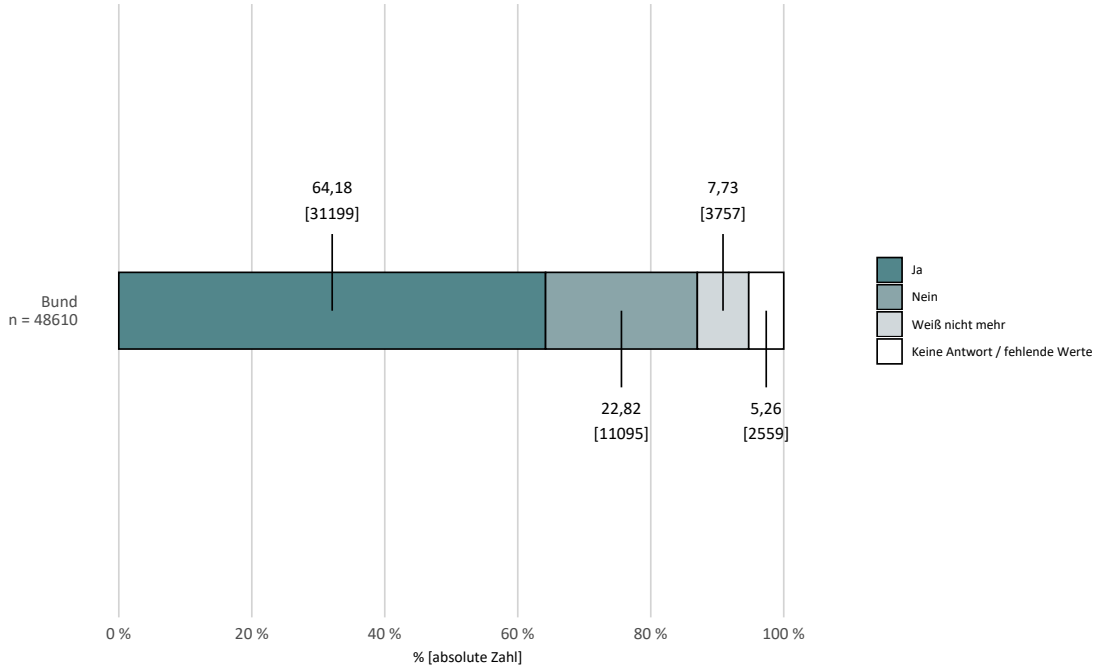
Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen

Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, wie die Prozedur ablaufen wird.



	Bundesergebnis %	n
Ja	83,02 %	48.610
Nein	8,29 %	48.610
Weiß nicht mehr	3,13 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	5,56 %	48.610

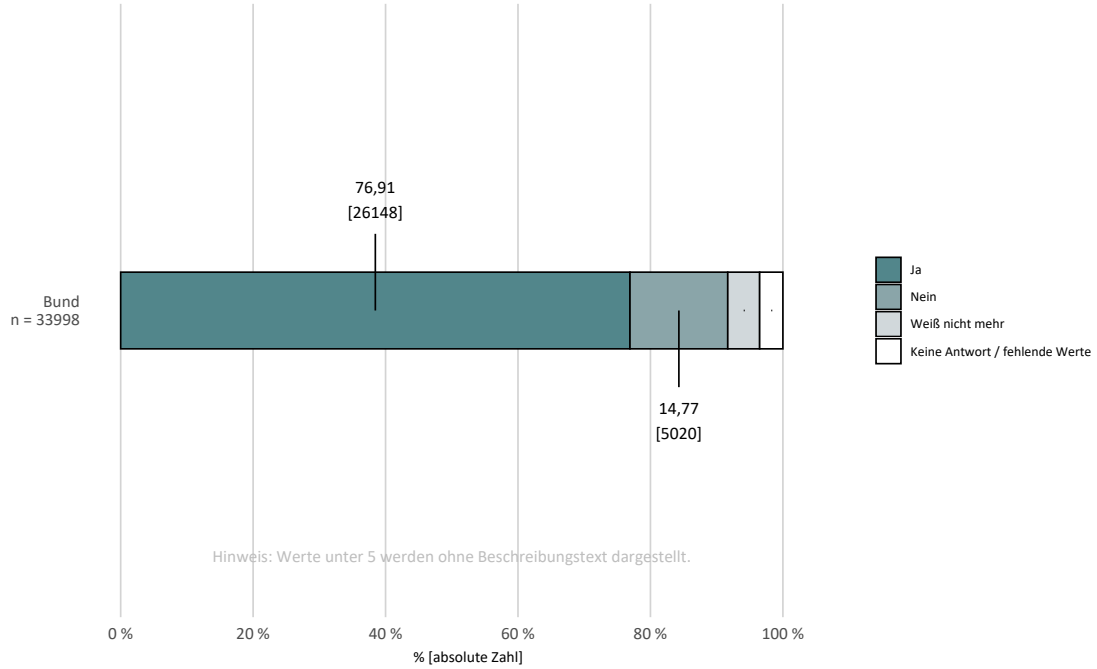
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, ob ich Schmerzen während der Prozedur zu erwarten habe.



	Bundesergebnis %	n
Ja	64,18 %	48.610
Nein	22,82 %	48.610
Weiß nicht mehr	7,73 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	5,26 %	48.610

Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs

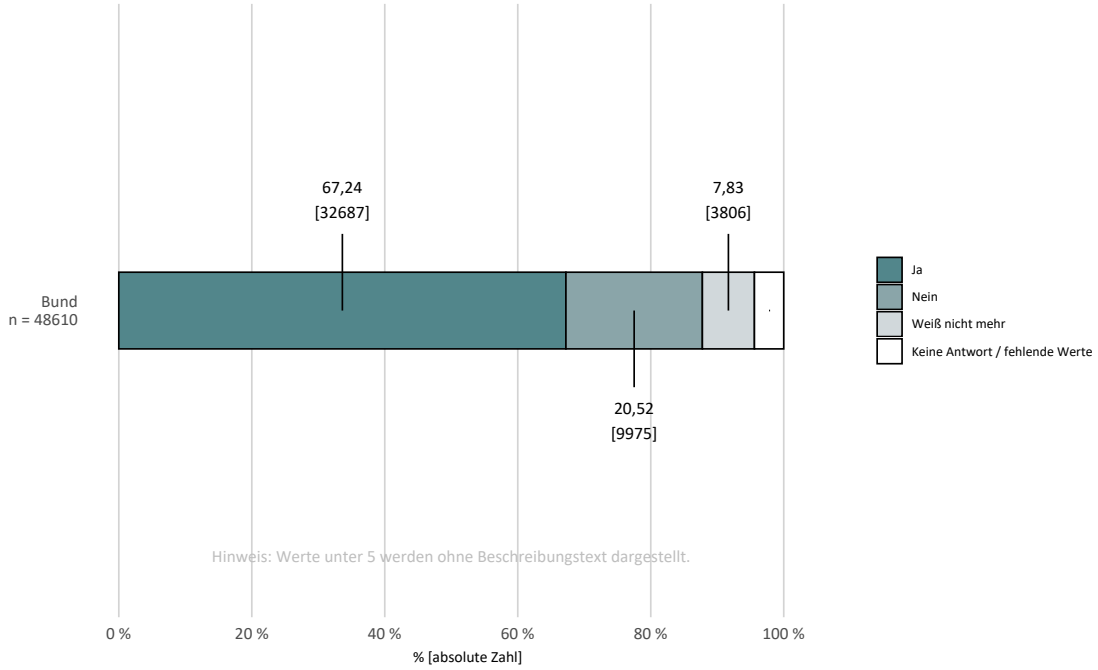
nur für elektive Koronarangiografie: Ich wurde vor der Untersuchung darüber informiert, dass bereits während der Herzkatheteruntersuchung ein Stent eingesetzt werden kann, falls es nötig ist.



	Bundesergebnis %	n
Ja	76,91 %	33.998
Nein	14,77 %	33.998
Weiß nicht mehr	4,81 %	33.998
Keine Antwort / fehlende Werte	3,51 %	33.998

Möglichkeit, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten

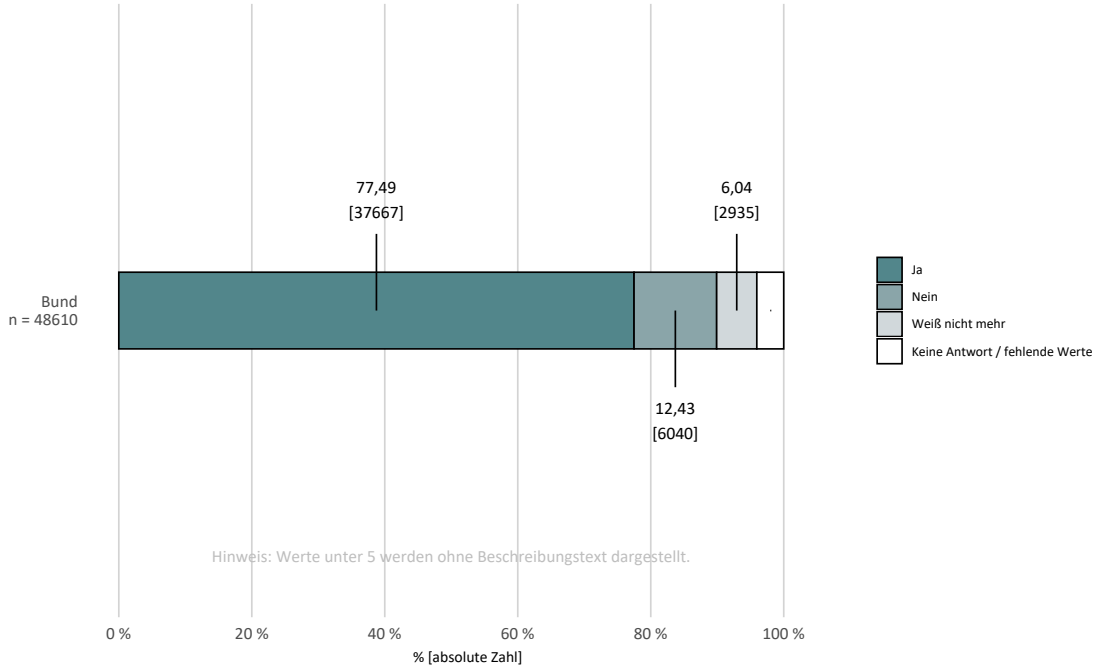
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, dass es möglich ist, für die Prozedur ein Beruhigungsmittel zu erhalten.



	Bundesergebnis %	n
Ja	67,24 %	48.610
Nein	20,52 %	48.610
Weiß nicht mehr	7,83 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	4,41 %	48.610

Ablauf der Nachbeobachtung

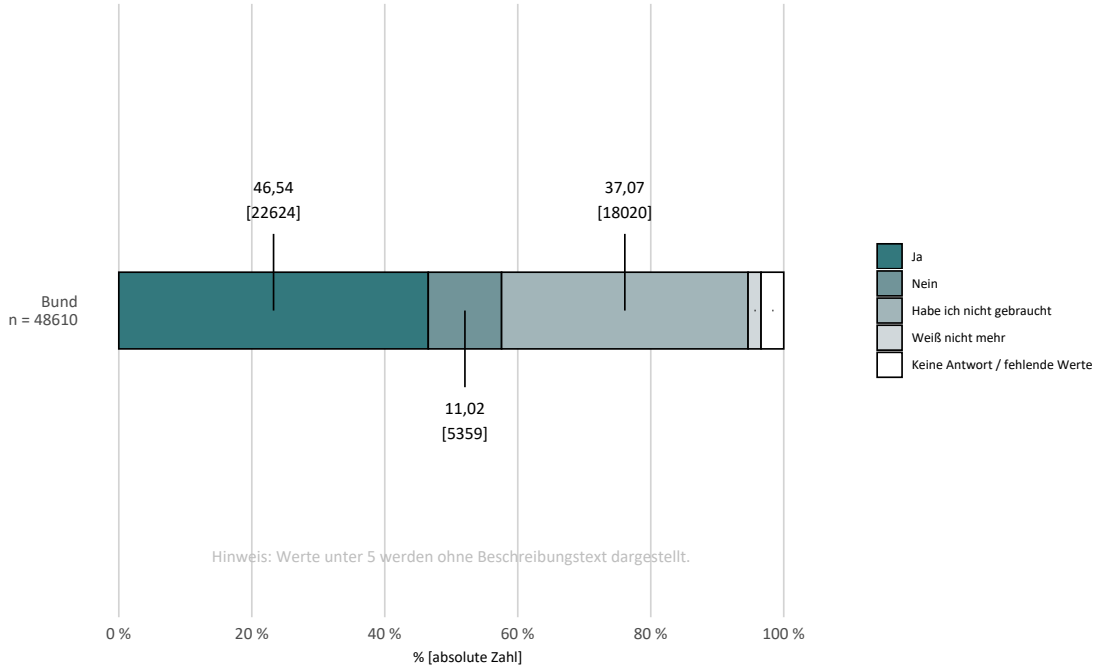
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, was in den ersten Stunden nach der Prozedur passiert.



	Bundesergebnis %	n
Ja	77,49 %	48.610
Nein	12,43 %	48.610
Weiß nicht mehr	6,04 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	4,05 %	48.610

Besprechen von Sorgen und Ängsten

Hatten Sie die Möglichkeit, mit einer Ärztin oder einem Arzt über Ängste und Sorgen zu sprechen, die Sie wegen der bevorstehenden Prozedur hatten?



	Bundesergebnis %	n
Ja	46,54 %	48.610
Nein	11,02 %	48.610
Habe ich nicht gebraucht	37,07 %	48.610
Weiß nicht mehr	1,95 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	3,41 %	48.610

56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über den Umgang mit einer bestehenden Medikation vor der geplanten Prozedur informiert werden (Absetzen oder Umstellen ihrer Medikation).
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die vor der Prozedur Medikamente eingenommen haben und einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 89,65 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	8.811	94,82	94,35 - 95,26
		2024	9.113	94,88	94,42 - 95,31
	KH	2022	-	-	-
		2023	3.009	90,33	89,32 - 91,30
		2024	4.273	90,42	89,57 - 91,24
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	348	94,46	91,91 - 96,56
		2024	303	92,48	89,35 - 95,12
	KH	2022	-	-	-
		2023	26.953	87,41	87,02 - 87,80
		2024	26.755	87,12	86,72 - 87,51
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	360	94,87	92,53 - 96,83
		2024	388	94,17	91,79 - 96,19

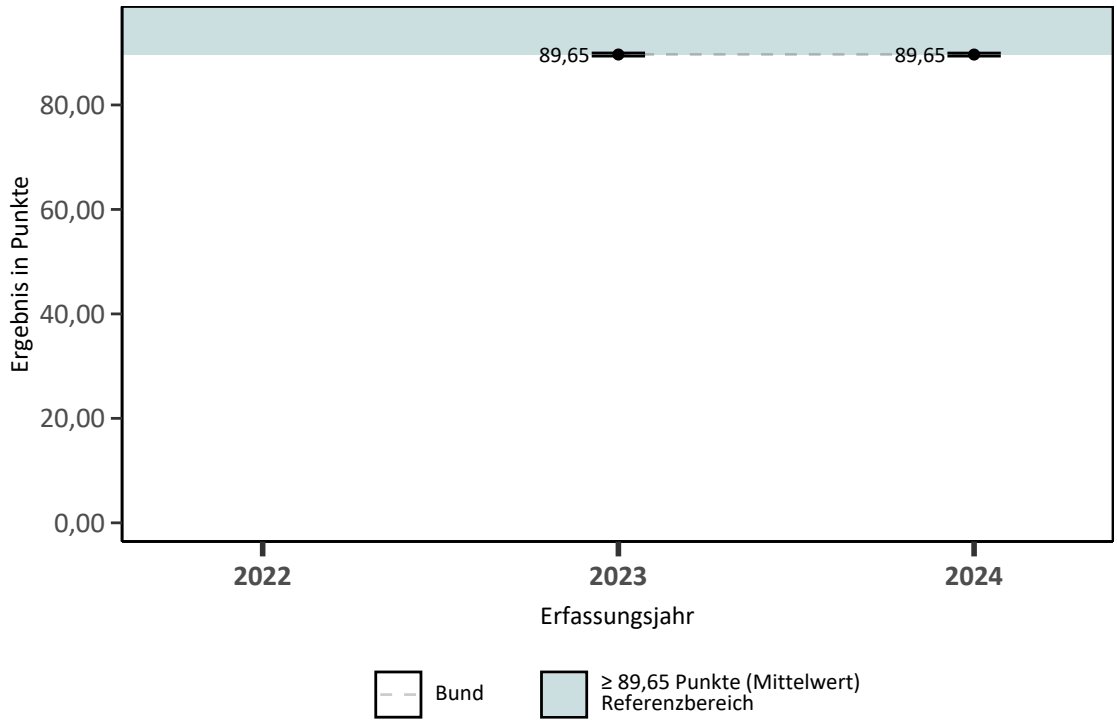
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Bund	2022	-	-	-
	2023	39.481	89,65	89,36 - 89,95
	2024	40.832	89,65	89,36 - 89,94

Ergebnisse der Merkmale

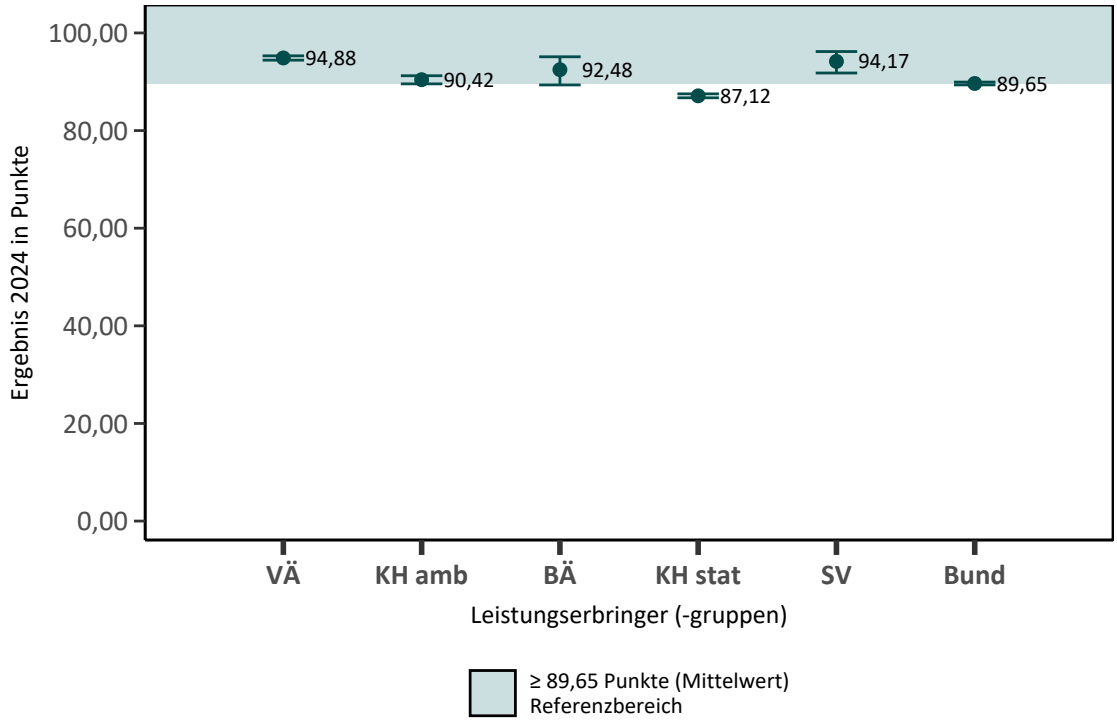
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56107	Absetzen oder Umstellen der Medikamente	89,65

Ergebnisse im Zeitverlauf

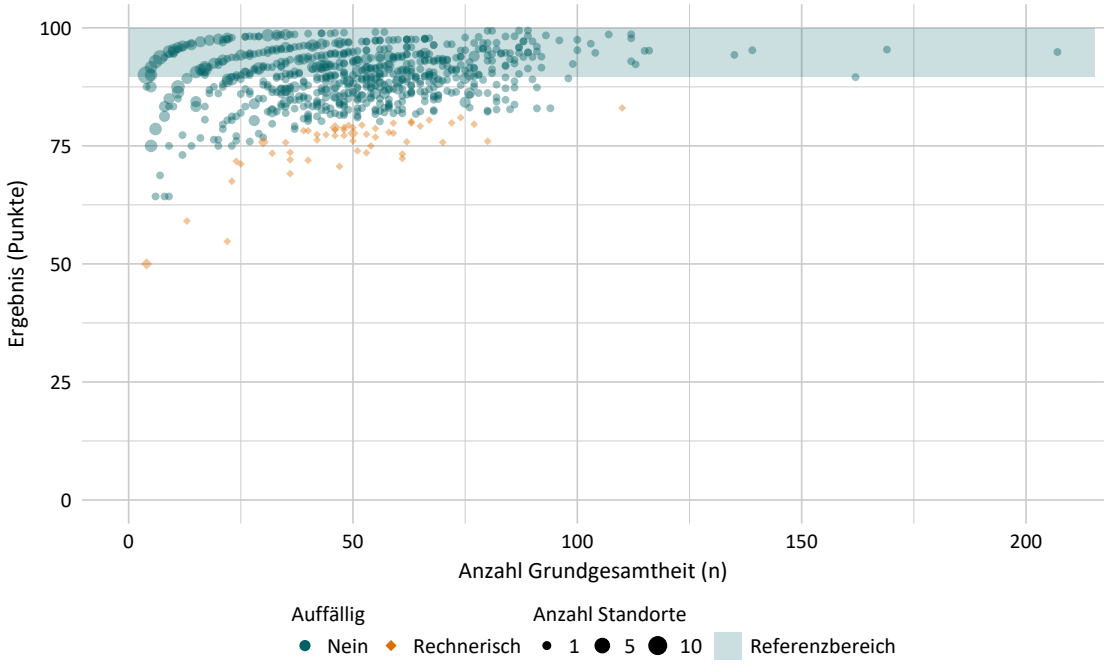
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

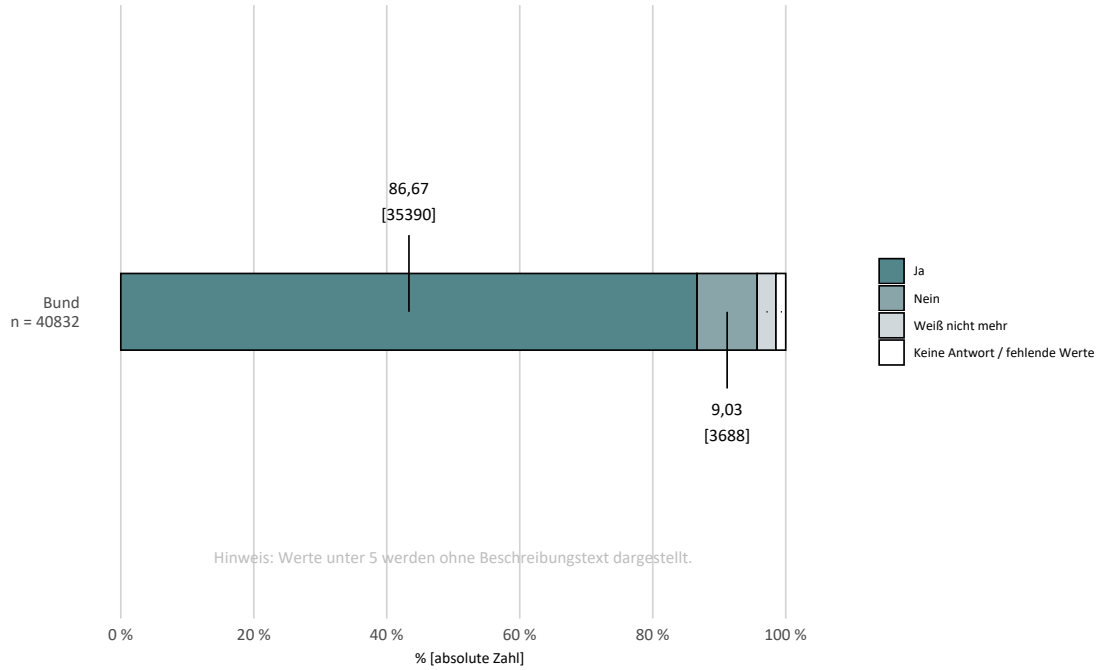


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	852	56	50,00	99,44	90,00

Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Wurden Sie darüber informiert, wie Sie Ihre Medikamente bis zur Prozedur einnehmen sollen?



	Bundesergebnis %	n
Ja	86,67 %	40.832
Nein	9,03 %	40.832
Weiß nicht mehr	2,82 %	40.832
Keine Antwort / fehlende Werte	1,47 %	40.832

56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen je nach ihrem Bedürfnis in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 80,49 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

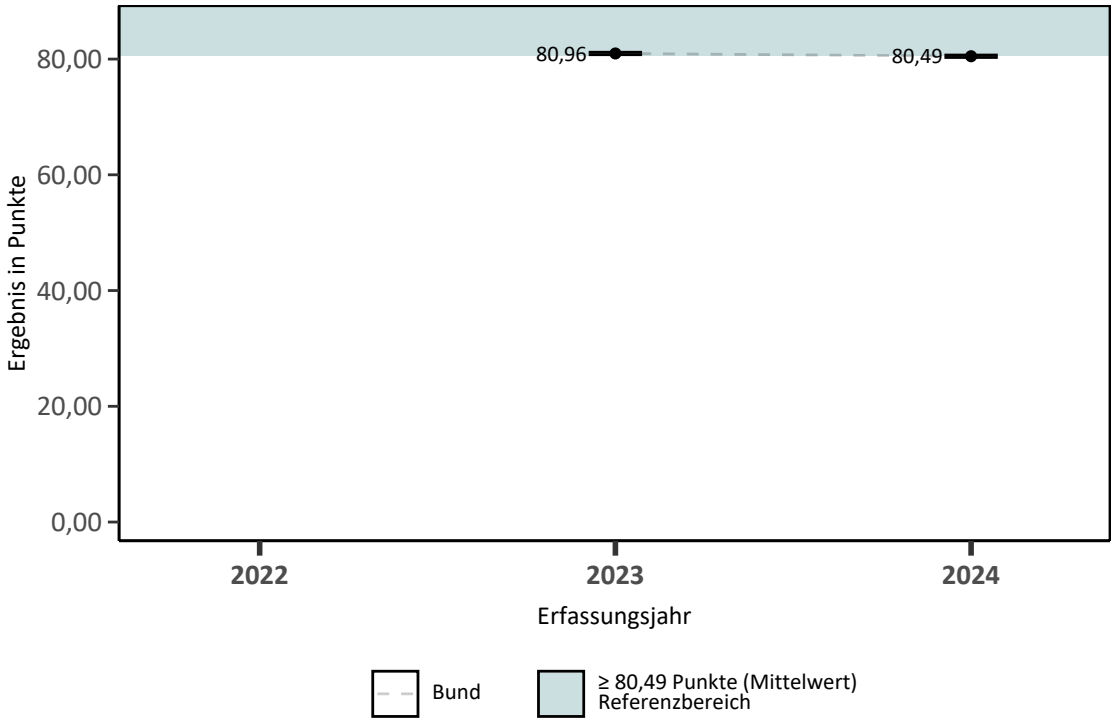
Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	10.306	86,26	85,86 - 86,65
		2024	10.635	86,04	85,64 - 86,44
	KH	2022	-	-	-
		2023	3.582	83,62	82,89 - 84,35
		2024	4.973	82,79	82,17 - 83,41
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	403	84,54	82,38 - 86,60
		2024	350	83,71	81,28 - 85,98
	KH	2022	-	-	-
		2023	32.266	78,80	78,53 - 79,06
		2024	32.205	78,04	77,77 - 78,31
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	416	84,39	82,24 - 86,43
		2024	447	87,23	85,35 - 89,03
Bund		2022	-	-	-
		2023	46.973	80,96	80,75 - 81,18
		2024	48.610	80,49	80,28 - 80,70

Ergebnisse der Merkmale

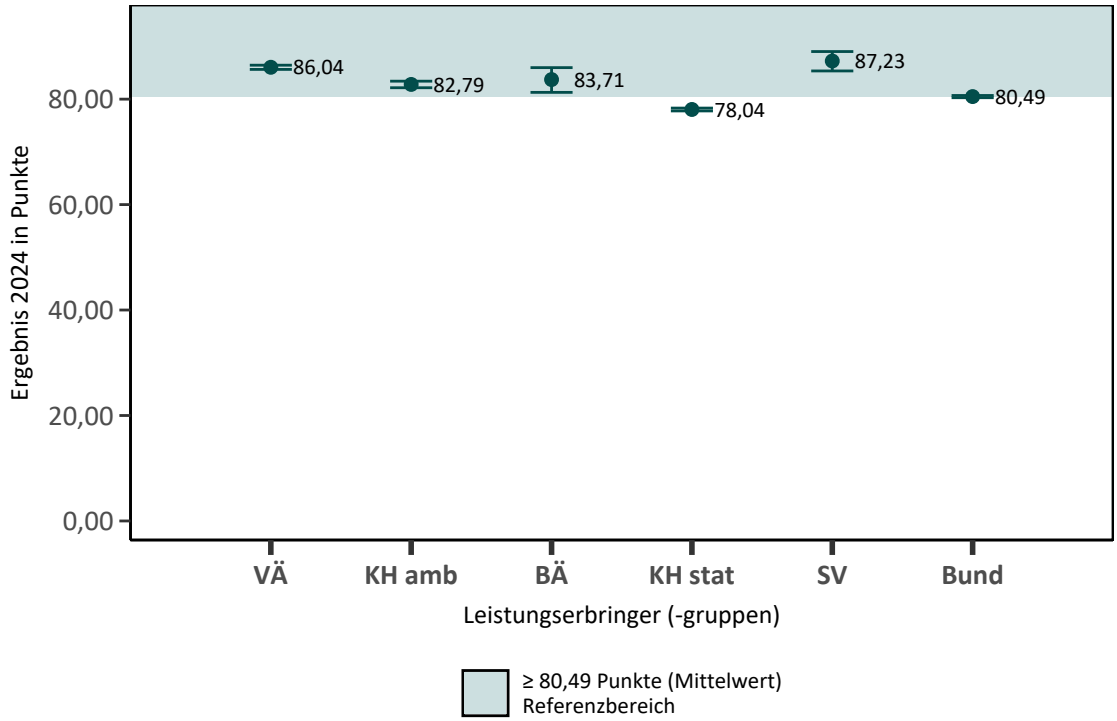
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56108	Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess	80,49

Ergebnisse im Zeitverlauf

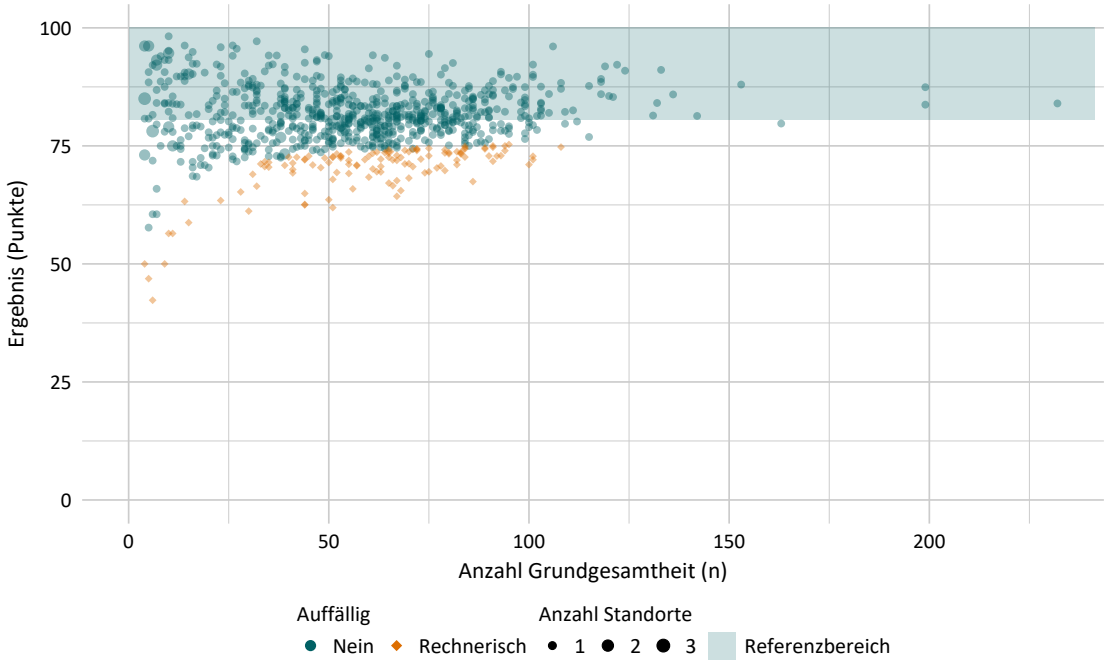
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

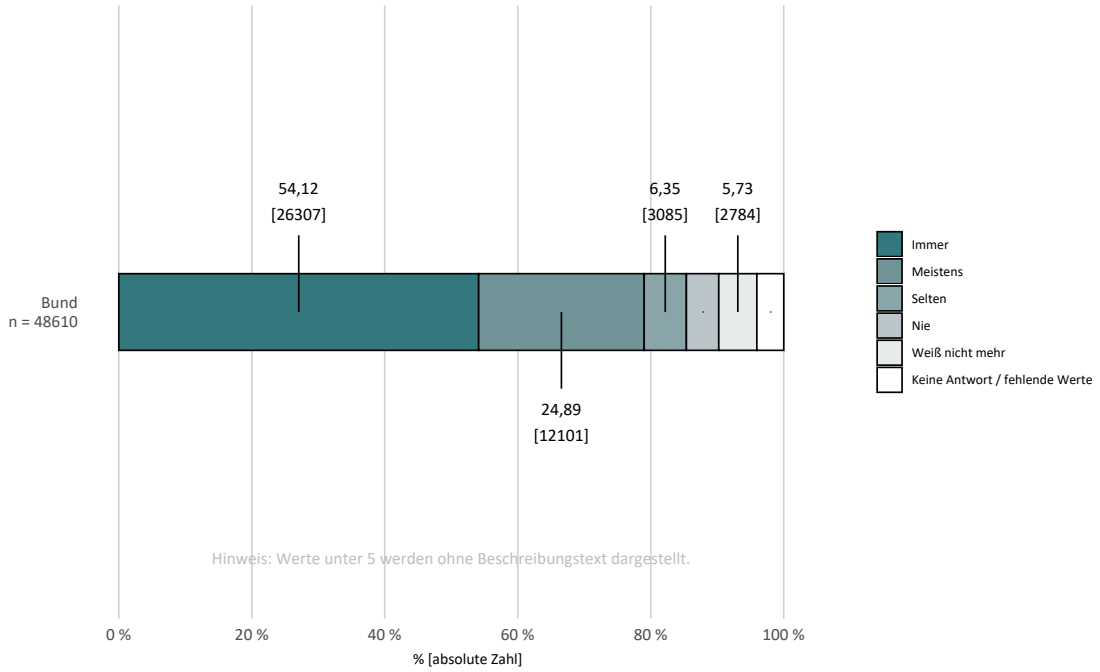


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	858	123	42,31	98,21	80,42

Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess

Ärztinnen und Ärzte: Ich wurde so viel in Entscheidungen einbezogen, wie ich wollte.



	Bundesergebnis %	n
Immer	54,12 %	48.610
Meistens	24,89 %	48.610
Selten	6,35 %	48.610
Nie	4,87 %	48.610
Weiß nicht mehr	5,73 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	4,04 %	48.610

56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur

Qualitätsziel	Die Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor soll für die Patientinnen und Patienten niedrig sein.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 84,20 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

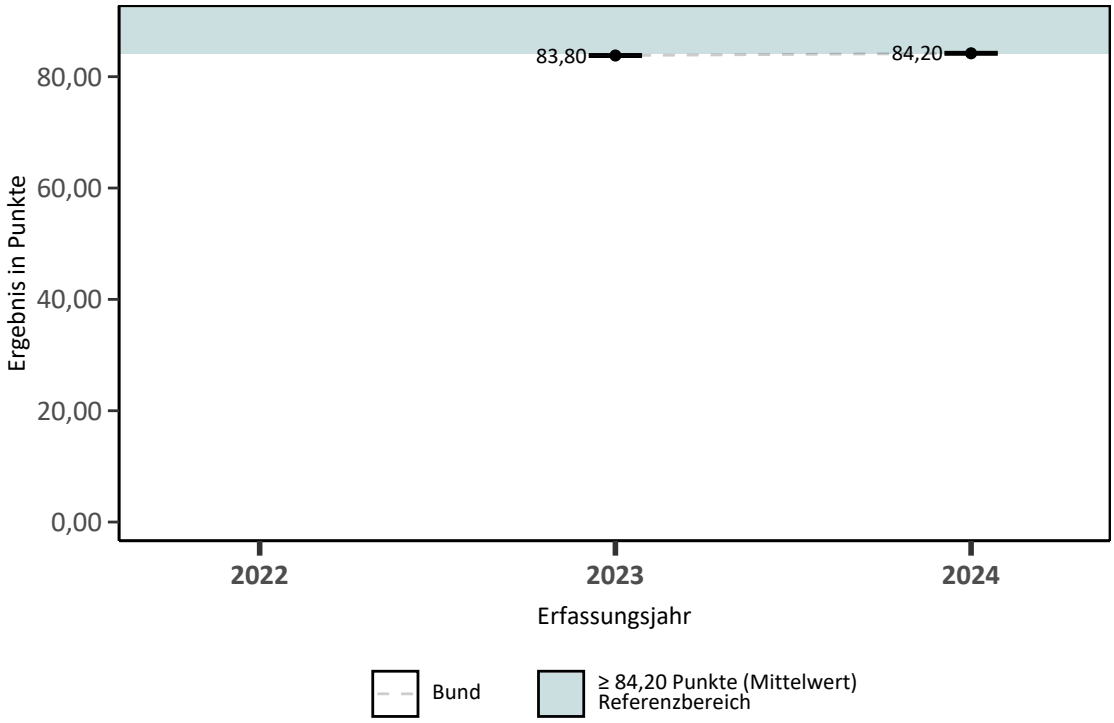
Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	10.306	88,64	88,29 - 88,99
		2024	10.635	88,72	88,38 - 89,06
	KH	2022	-	-	-
		2023	3.582	83,76	83,06 - 84,45
		2024	4.973	83,32	82,74 - 83,90
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	403	86,50	84,52 - 88,37
		2024	350	88,69	86,65 - 90,60
	KH	2022	-	-	-
		2023	32.266	82,13	81,88 - 82,38
		2024	32.205	82,67	82,42 - 82,91
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	416	83,17	81,02 - 85,20
		2024	447	85,14	83,21 - 87,00
Bund		2022	-	-	-
		2023	46.973	83,80	83,60 - 84,00
		2024	48.610	84,20	84,01 - 84,39

Ergebnisse der Merkmale

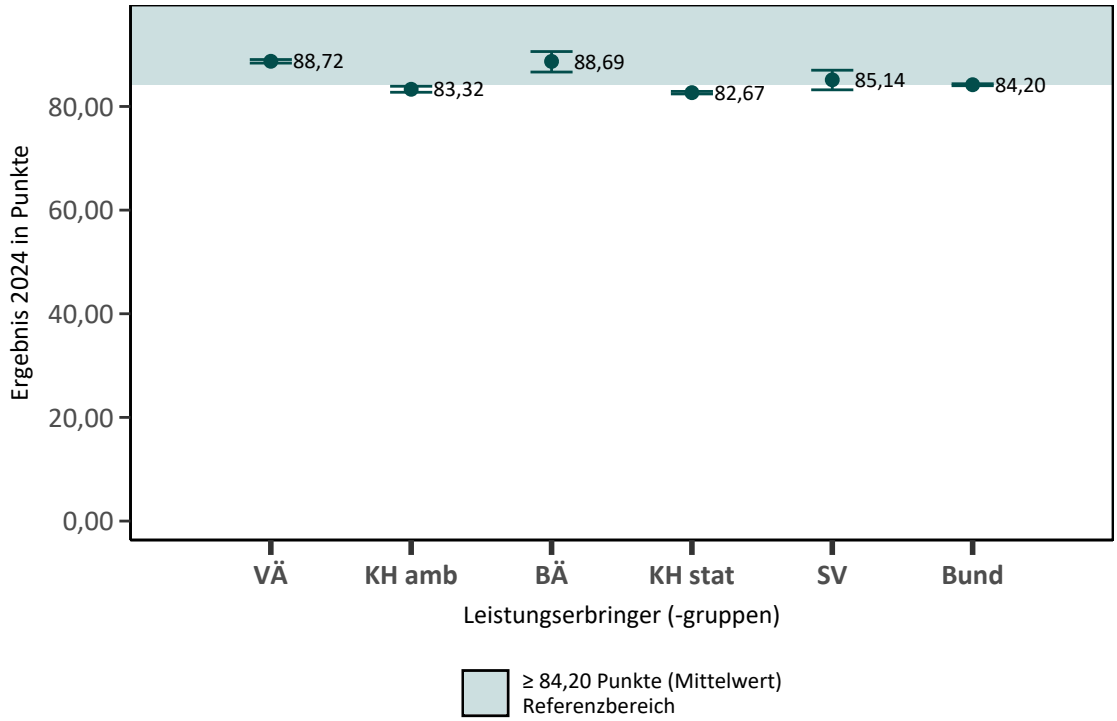
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56109	Wartezeit im Patientenhemd	84,20

Ergebnisse im Zeitverlauf

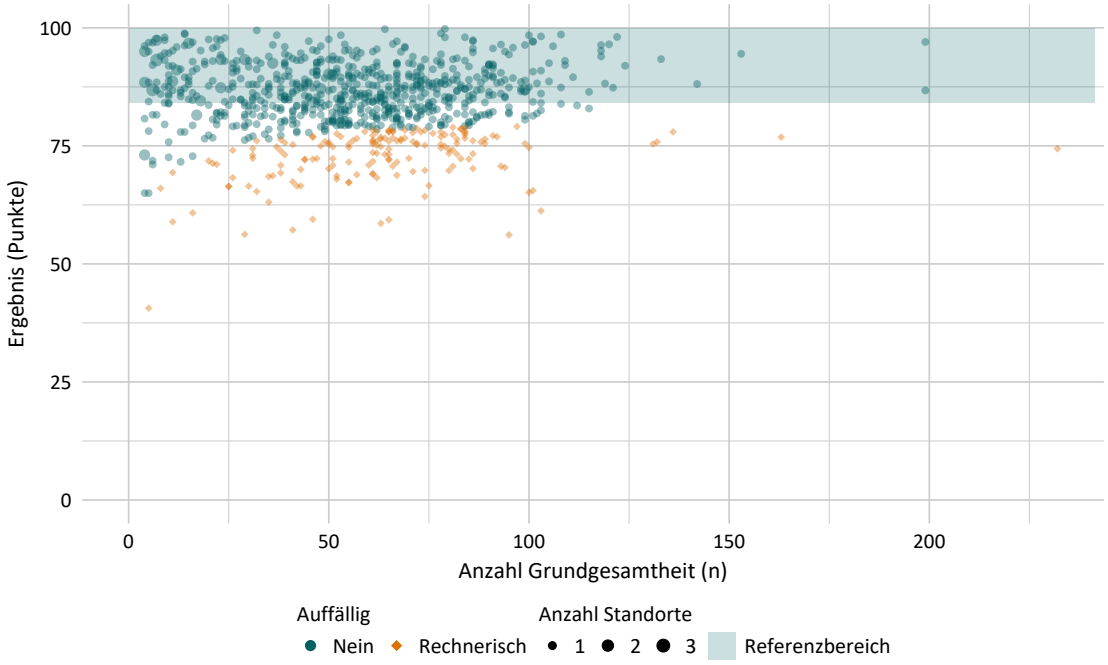
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

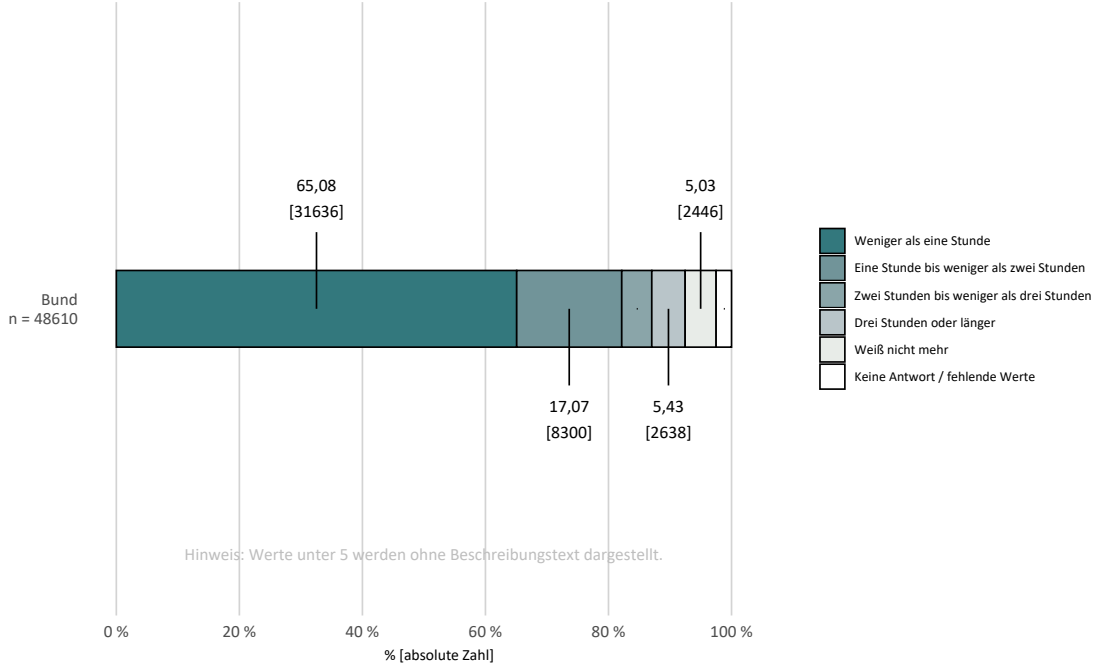


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	858	165	40,63	99,78	84,86

Wartezeit im Patientenhemd

Wie lange haben Sie in dieser [speziellen] Kleidung gewartet, bis Sie zum Herzkatheterlabor gebracht wurden?



	Bundesergebnis %	n
Weniger als eine Stunde	65,08 %	48.610
Eine Stunde bis weniger als zwei Stunden	17,07 %	48.610
Zwei Stunden bis weniger als drei Stunden	4,88 %	48.610
Drei Stunden oder länger	5,43 %	48.610
Weiß nicht mehr	5,03 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	2,50 %	48.610

56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen die durchführende Ärztin / den durchführenden Arzt vor der Prozedur kennenlernen und ihnen soll der Ablauf erklärt werden. Das Pflege- und Assistenzpersonal soll während der Prozedur beruhigend auf die Patientinnen und Patienten eingehen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die kein Beruhigungsmittel erhalten haben und einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 91,25 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	3.840	93,87	93,43 - 94,30
		2024	4.078	94,52	94,12 - 94,91
	KH	2022	-	-	-
		2023	1.441	92,03	91,20 - 92,83
		2024	1.992	90,66	89,93 - 91,37
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	167	94,28	92,11 - 96,14
		2024	149	94,82	92,62 - 96,68
	KH	2022	-	-	-
		2023	11.767	90,36	90,05 - 90,66
		2024	11.802	89,82	89,51 - 90,13
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	156	91,65	89,13 - 93,92
		2024	168	94,83	92,66 - 96,67

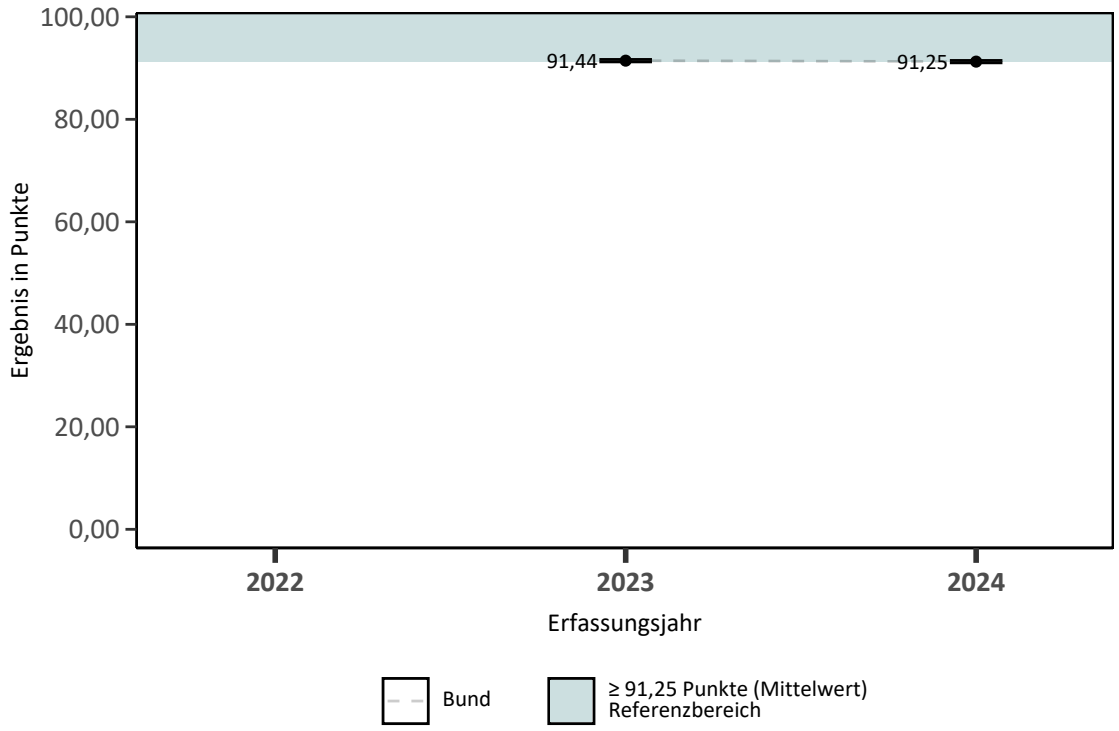
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Bund	**2022**	-	-	-
	2023	17.371	91,44	91,20 - 91,68
	2024	18.189	91,25	91,02 - 91,49

Ergebnisse der Merkmale

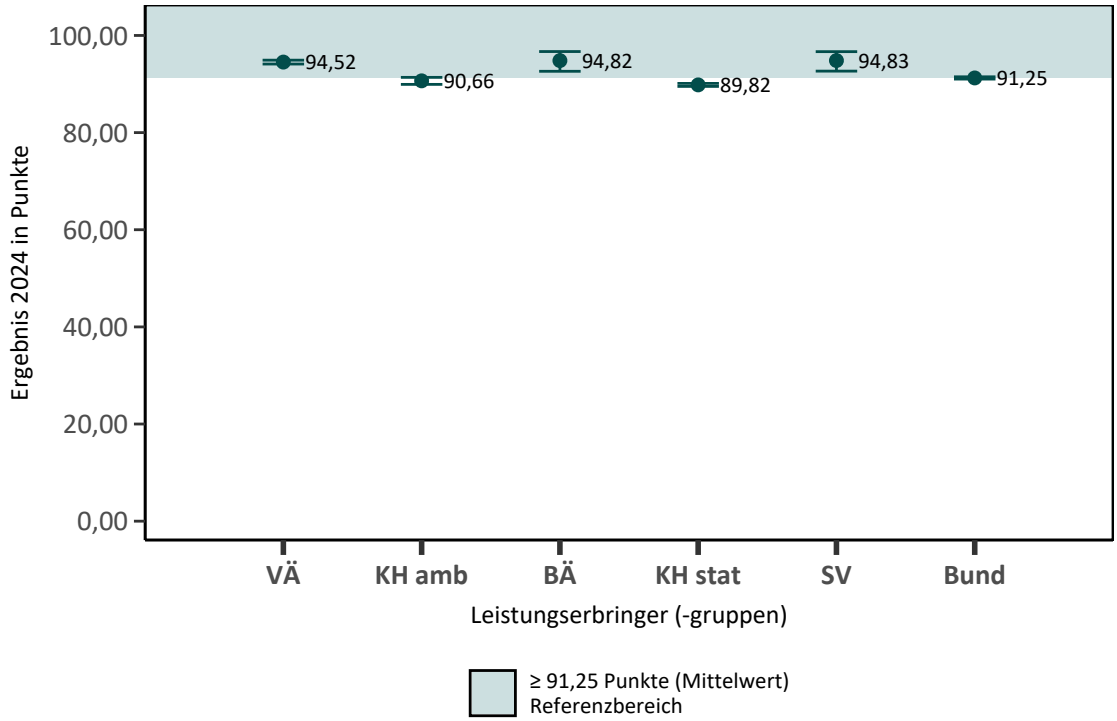
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56110	Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozedur I	91,79
M3_56110	Erklären des Ablaufs	85,30
M4_56110	Beruhigen der Patientin / des Patienten	92,95

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



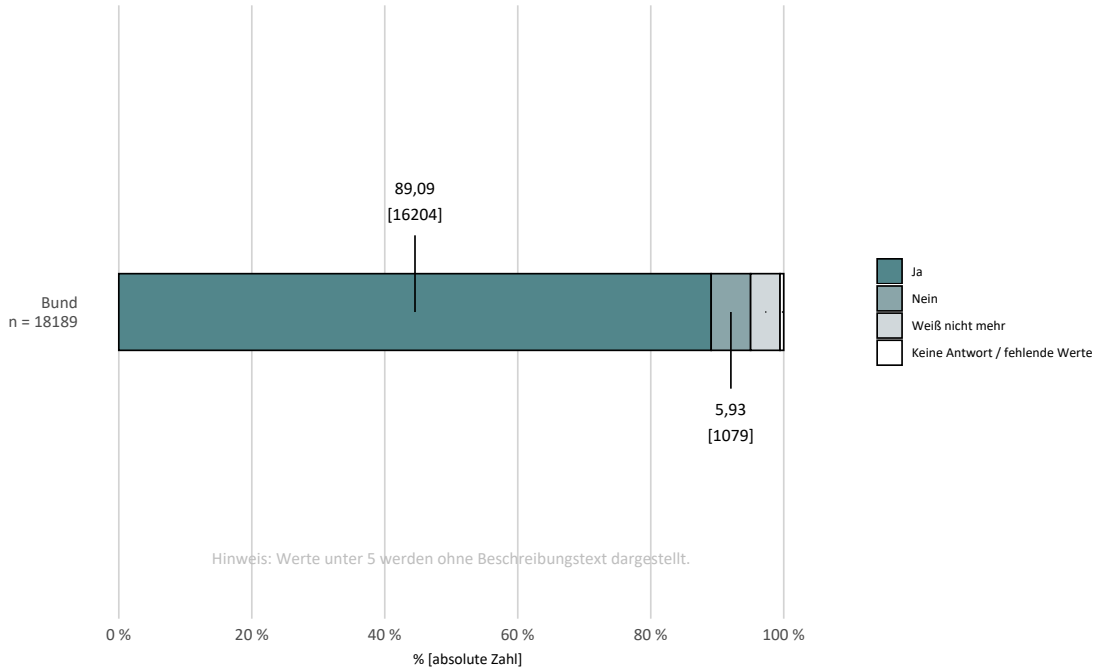
Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	806	71	65,38	99,55	91,54

Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozedur I

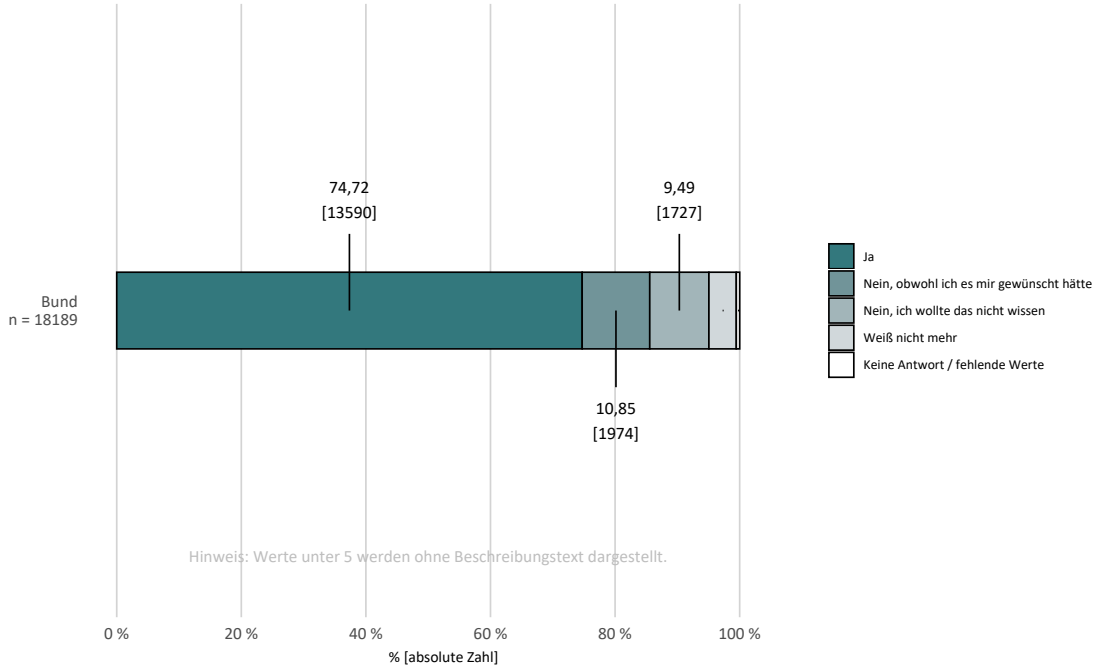
Im Herzkatheterlabor: Die Ärztin bzw. der Arzt hat sich mir mit Namen vorgestellt.



	Bundesergebnis %	n
Ja	89,09 %	18.189
Nein	5,93 %	18.189
Weiß nicht mehr	4,43 %	18.189
Keine Antwort / fehlende Werte	0,56 %	18.189

Erklären des Ablaufs

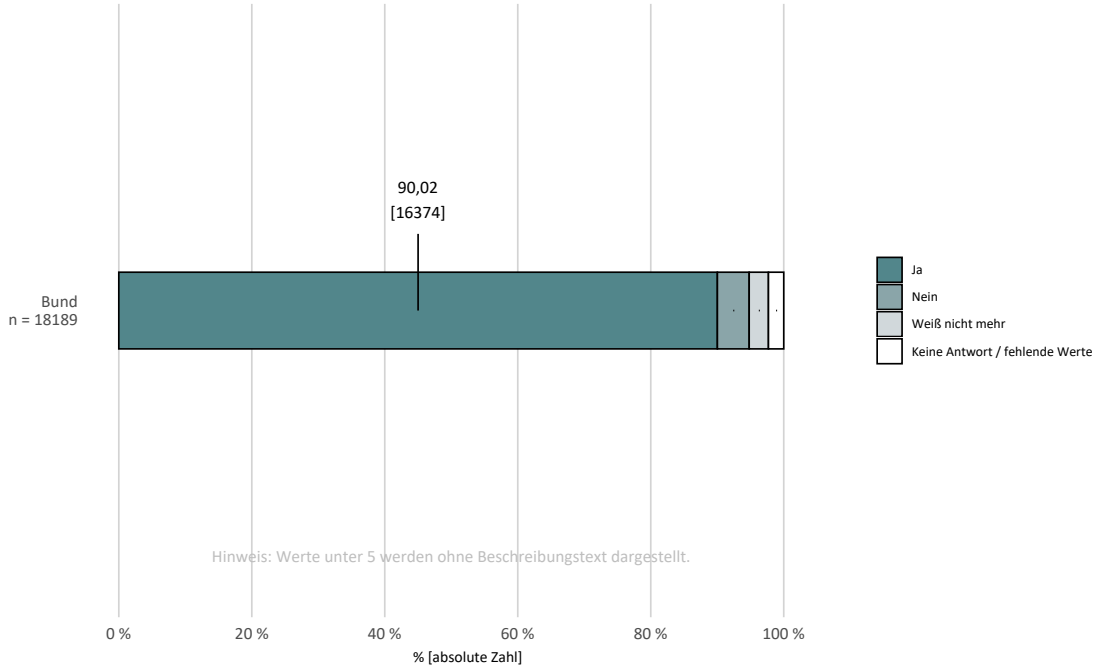
Im Herzkatheterlabor: Wurde Ihnen während der Prozedur erklärt, was passiert, z. B. was die Ärztin bzw. der Arzt gerade tut?



	Bundesergebnis %	n
Ja	74,72 %	18.189
Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	10,85 %	18.189
Nein, ich wollte das nicht wissen	9,49 %	18.189
Weiß nicht mehr	4,40 %	18.189
Keine Antwort / fehlende Werte	0,54 %	18.189

Beruhigen der Patientin / des Patienten

Im Herzkatheterlabor: Das Pflege- und Assistenzpersonal ist beruhigend auf mich eingegangen.



	Bundesergebnis %	n
Ja	90,02 %	18.189
Nein	4,78 %	18.189
Weiß nicht mehr	2,90 %	18.189
Keine Antwort / fehlende Werte	2,30 %	18.189

56111: Patienteninformation nach der Prozedur

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnis, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, das Erkennen von und den Umgang mit Komplikationen und Beschwerden, den Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente, sowie über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Betreuung informiert werden. Außerdem sollen Patientinnen und Patienten bei Bedarf über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert und einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 79,82 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	11.508	82,78	82,08 - 83,49
		2024	11.763	83,18	82,39 - 83,96
	KH	2022	-	-	-
		2023	3.751	77,06	75,86 - 78,27
		2024	5.226	78,27	77,28 - 79,27
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	451	83,51	81,98 - 85,00
		2024	455	83,49	81,84 - 85,11
	KH	2022	-	-	-
		2023	52.053	77,65	77,49 - 77,81
		2024	53.193	78,88	78,71 - 79,05
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	458	84,39	82,49 - 86,24
		2024	469	85,06	82,60 - 87,49

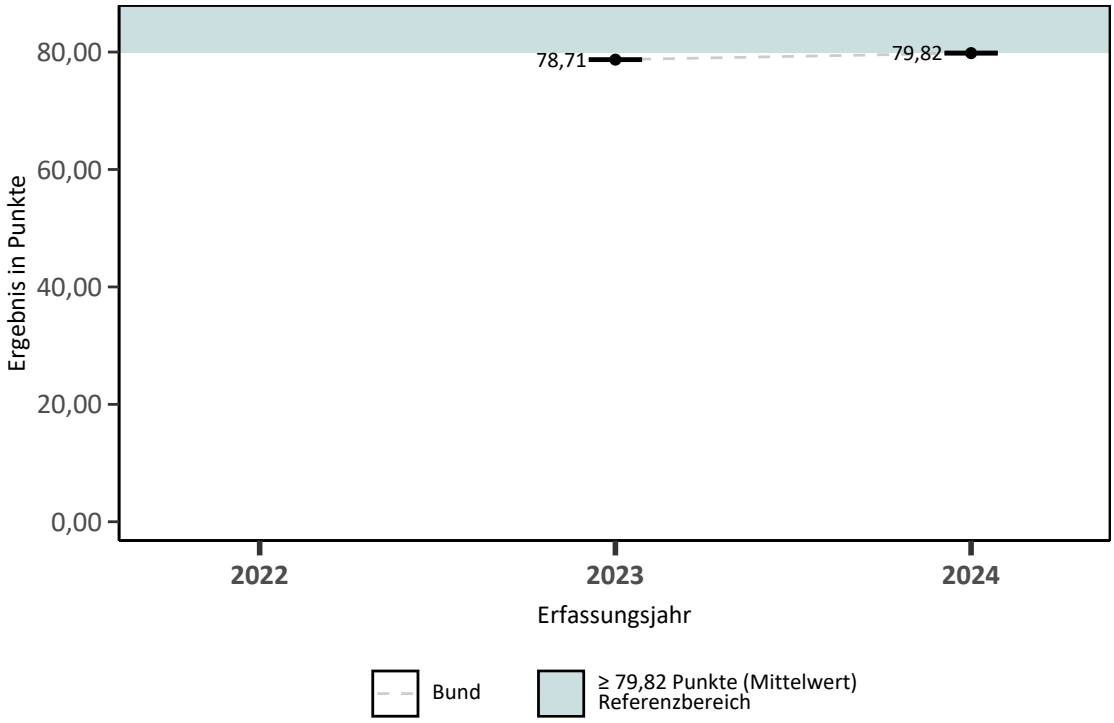
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Bund	**2022**	-	-	-
	2023	68.221	78,71	78,54 - 78,88
	2024	71.106	79,82	79,64 - 80,01

Ergebnisse der Merkmale

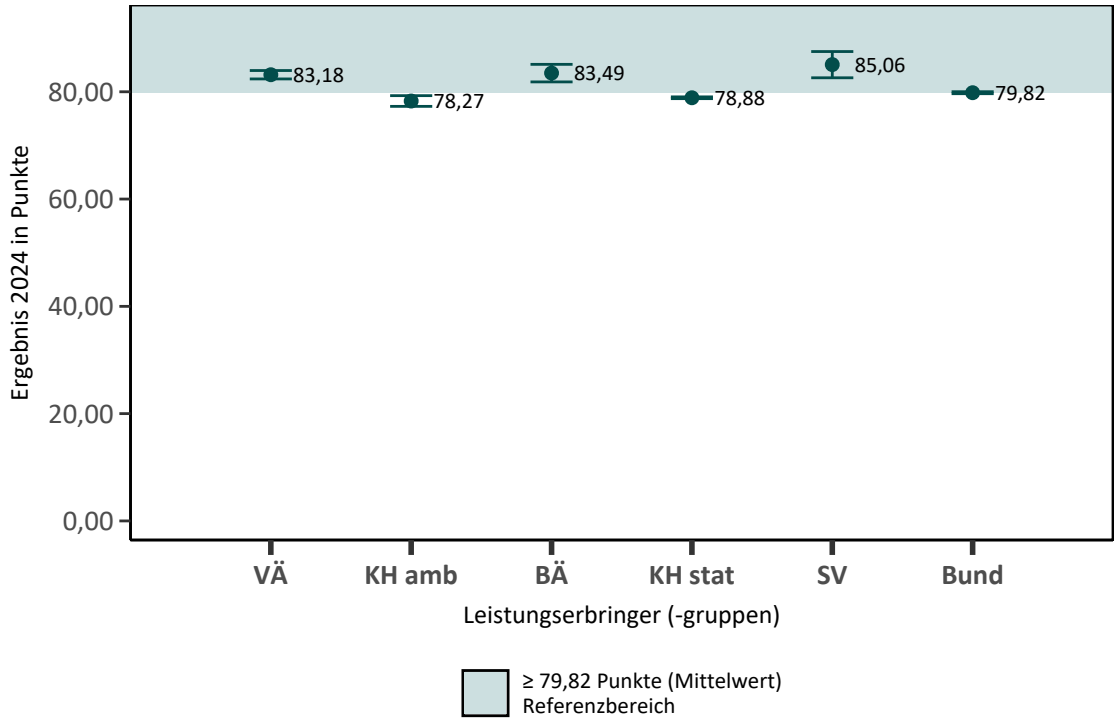
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56111	Besprechung des Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisses	92,31
M2_56111	Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen	84,61
M3_56111	Sportliche Betätigung	49,75
M4_56111	Erkennen von und Umgang mit Komplikationen und Beschwerden nach Entlassung	78,44
M5_56111	Weiterbehandlung durch einen Arzt oder Facharzt	85,58
M6_56111	Sekundärprävention und Lebensstil	75,25
M7_56111	Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente	90,53

Ergebnisse im Zeitverlauf

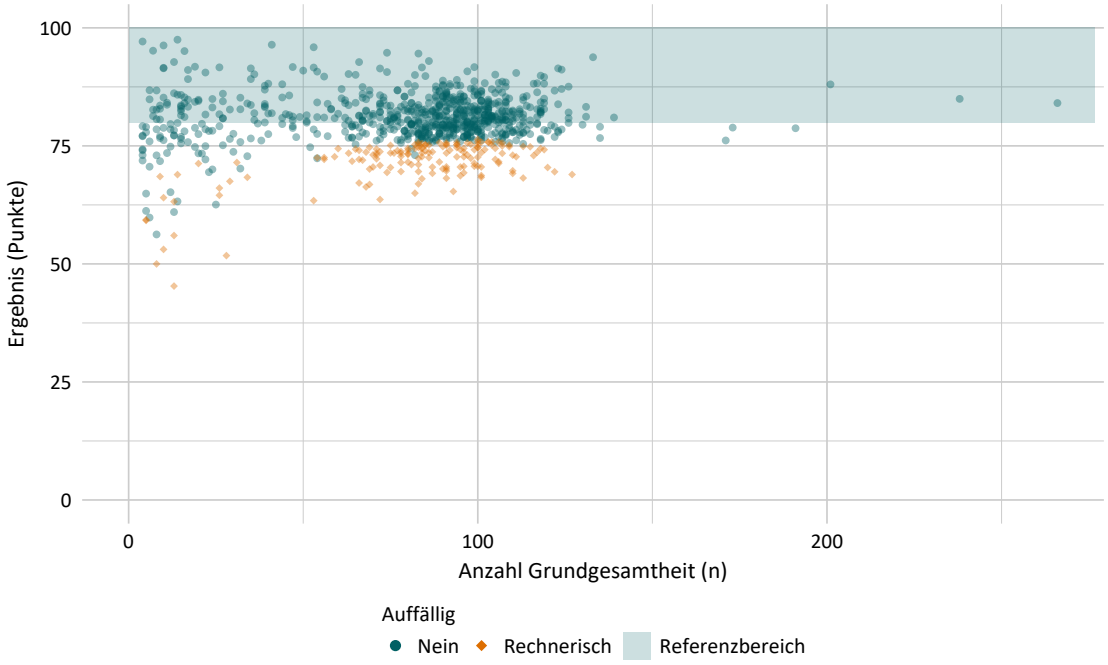
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

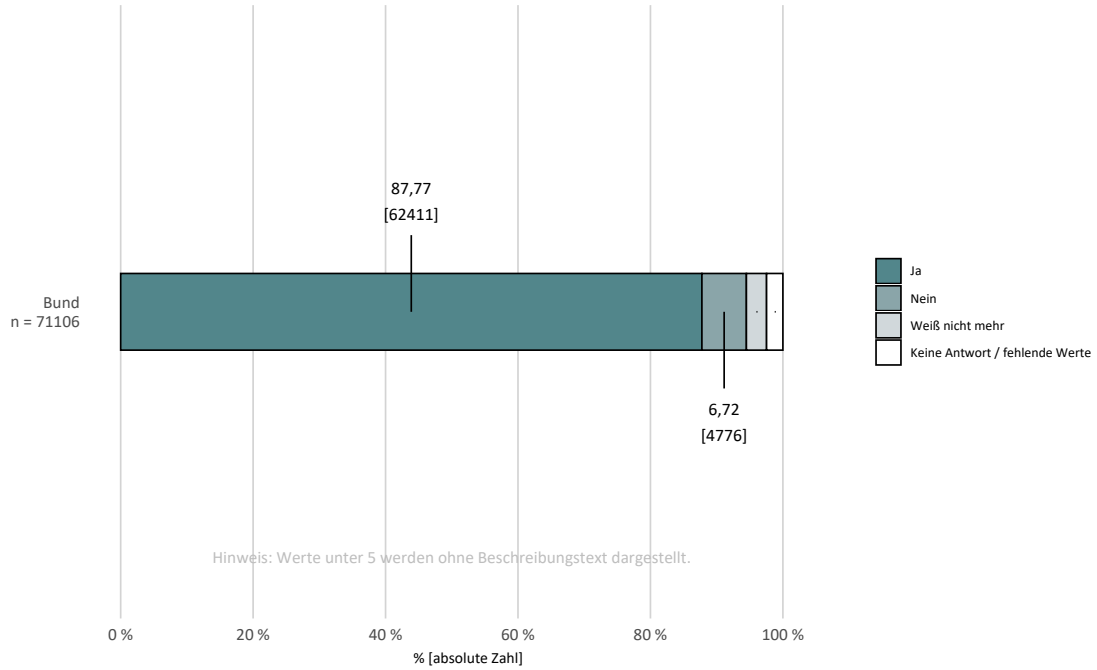


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	894	161	45,30	97,49	79,68

Besprechung des Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisses

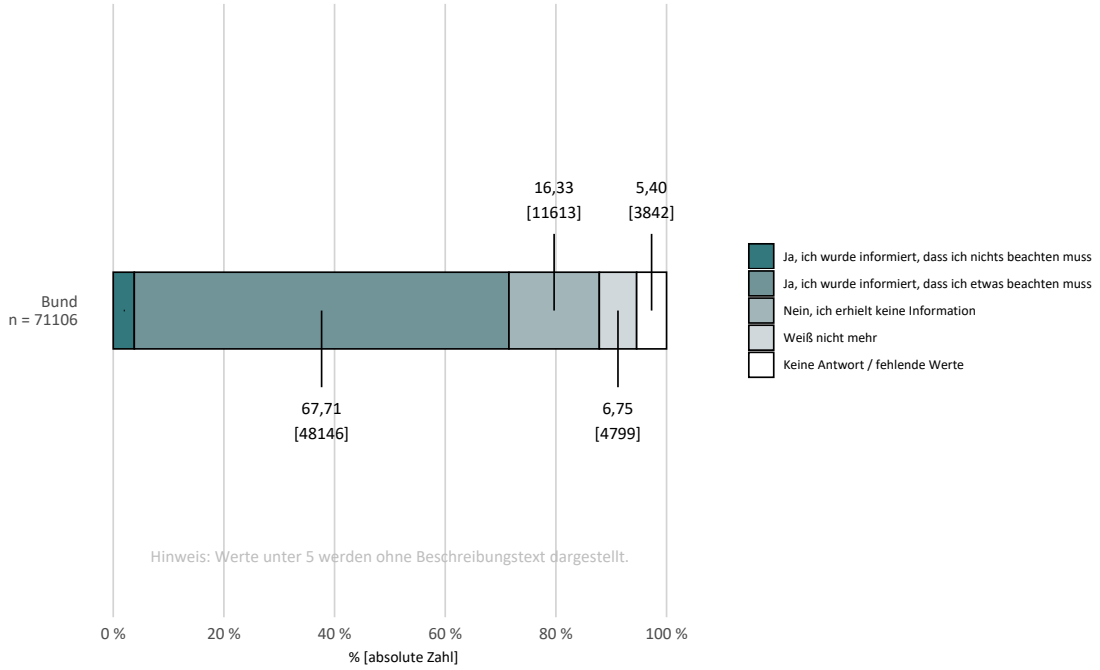
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Prozedur bei mir ist.



	Bundesergebnis %	n
Ja	87,77 %	71.106
Nein	6,72 %	71.106
Weiß nicht mehr	3,05 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	2,47 %	71.106

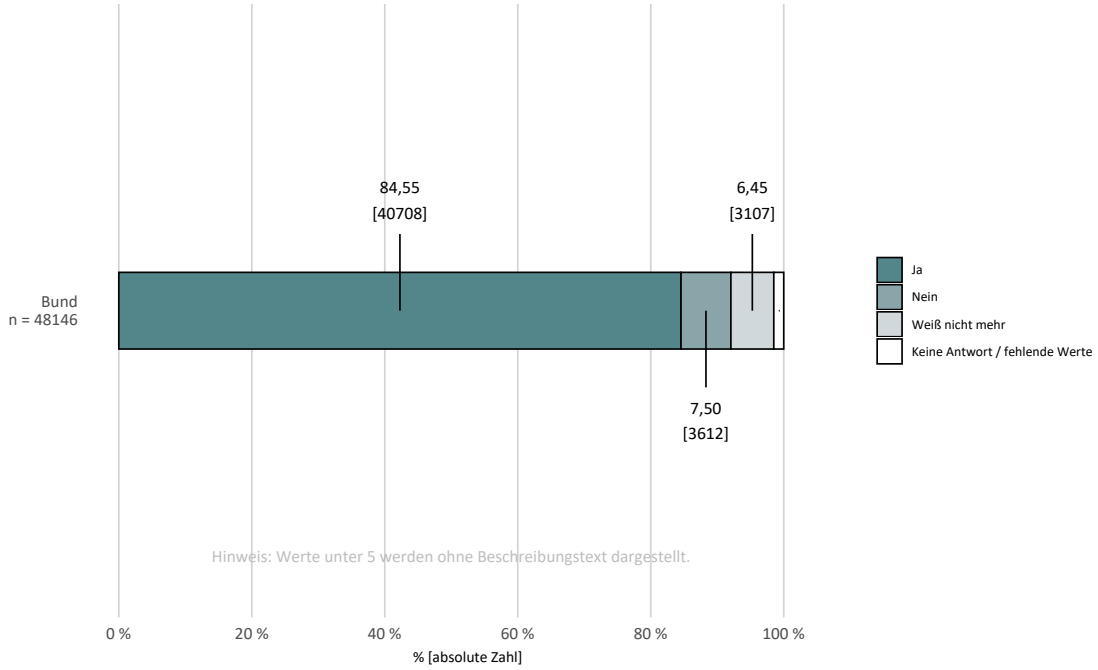
Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen

Wurden Sie darüber informiert, wie Sie sich in den ersten Tagen nach der Prozedur verhalten sollen?



	Bundesergebnis %	n
Ja, ich wurde informiert, dass ich nichts beachten muss	3,81 %	71.106
Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss	67,71 %	71.106
Nein, ich erhielt keine Information	16,33 %	71.106
Weiß nicht mehr	6,75 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	5,40 %	71.106

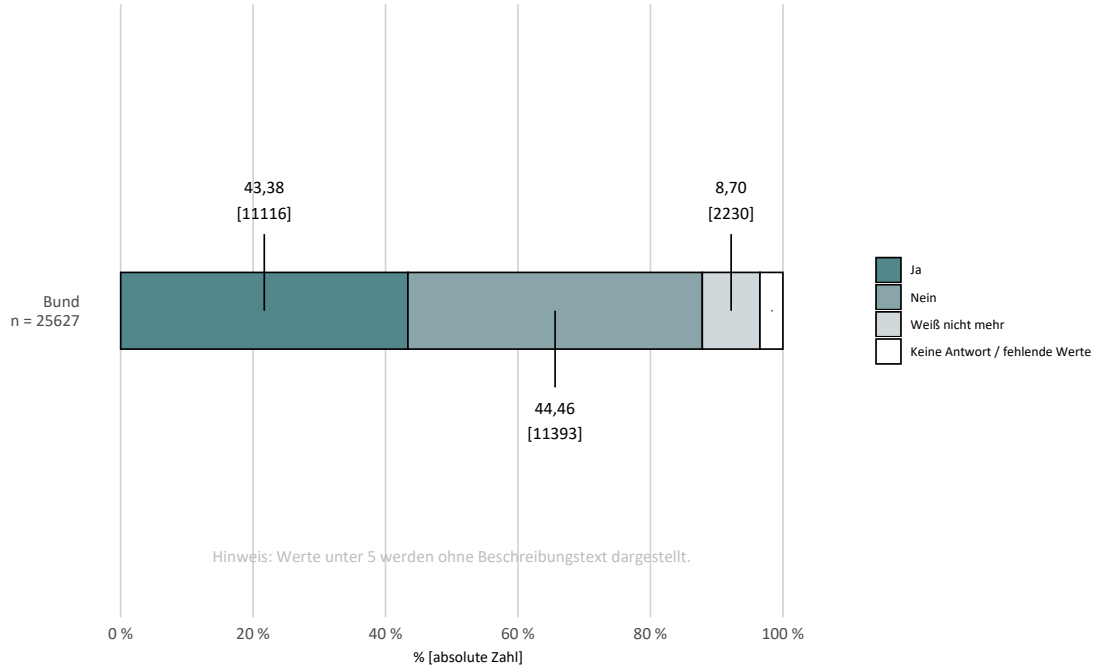
Wurden Sie darüber informiert, wie lange Sie diese Hinweise zu den Verhaltensmaßnahmen einhalten sollen?



	Bundesergebnis %	**n**
Ja	84,55 %	48.146
Nein	7,50 %	48.146
Weiß nicht mehr	6,45 %	48.146
Keine Antwort / fehlende Werte	1,49 %	48.146

Sportliche Betätigung

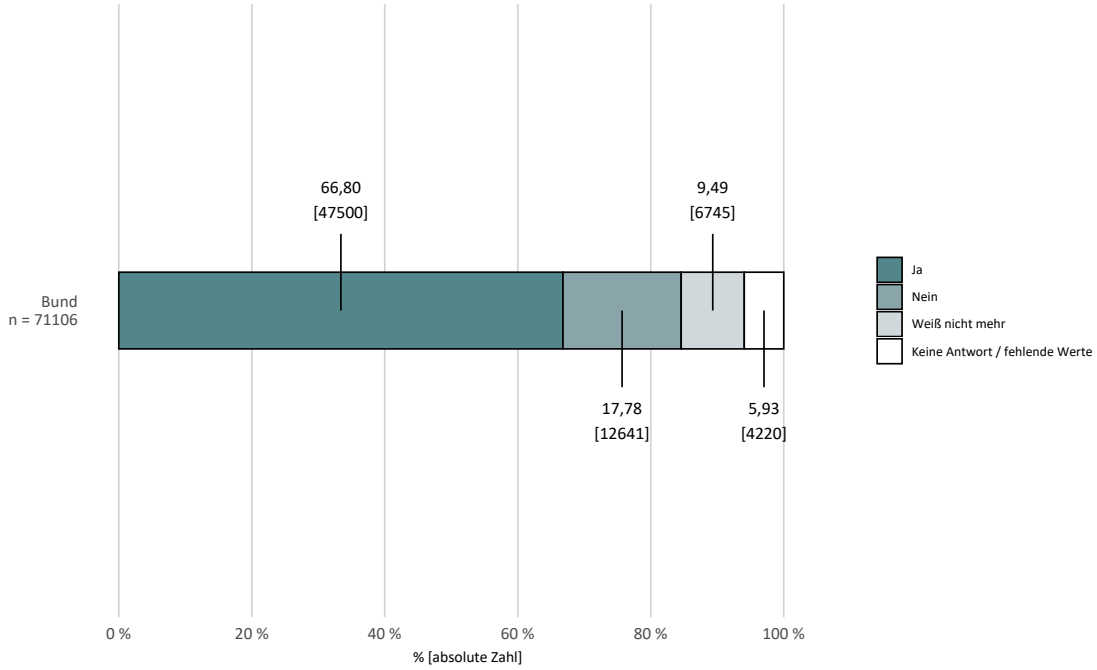
Mir wurden Empfehlungen zu Bewegung oder Sport gegeben, die zu mir passen.



	Bundesergebnis %	n
Ja	43,38 %	25.627
Nein	44,46 %	25.627
Weiß nicht mehr	8,70 %	25.627
Keine Antwort / fehlende Werte	3,47 %	25.627

Erkennen von und Umgang mit Komplikationen und Beschwerden nach Entlassung

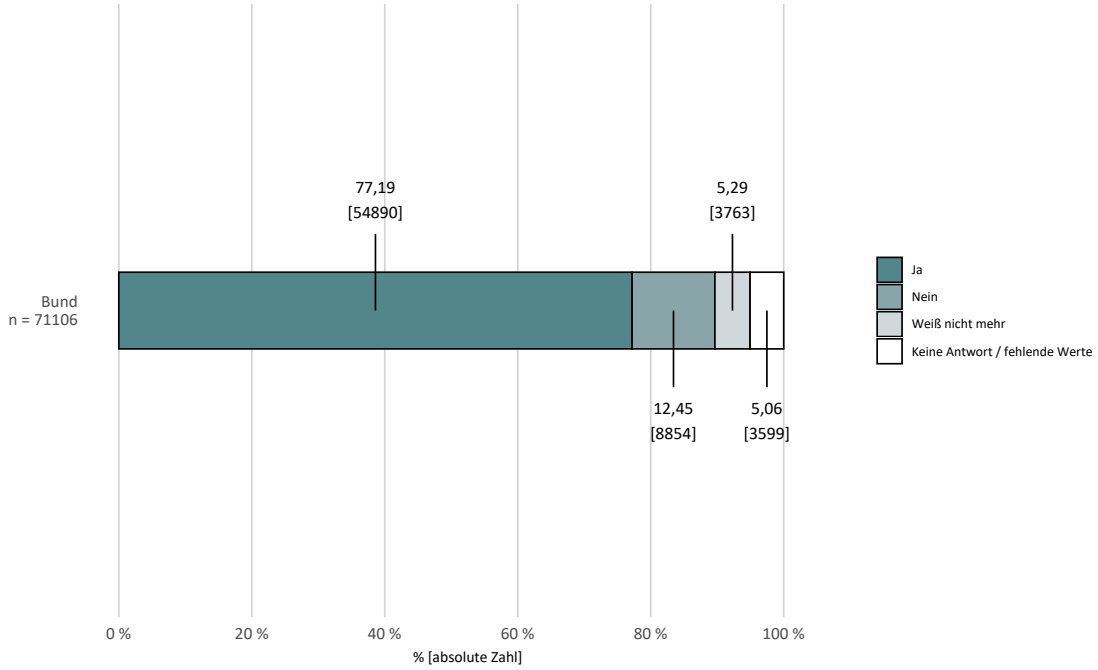
Ich wurde darüber informiert, bei welchen Beschwerden ich sofort medizinische Hilfe brauche.



	Bundesergebnis %	n
Ja	66,80 %	71.106
Nein	17,78 %	71.106
Weiß nicht mehr	9,49 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	5,93 %	71.106

Weiterbehandlung durch einen Arzt oder Facharzt

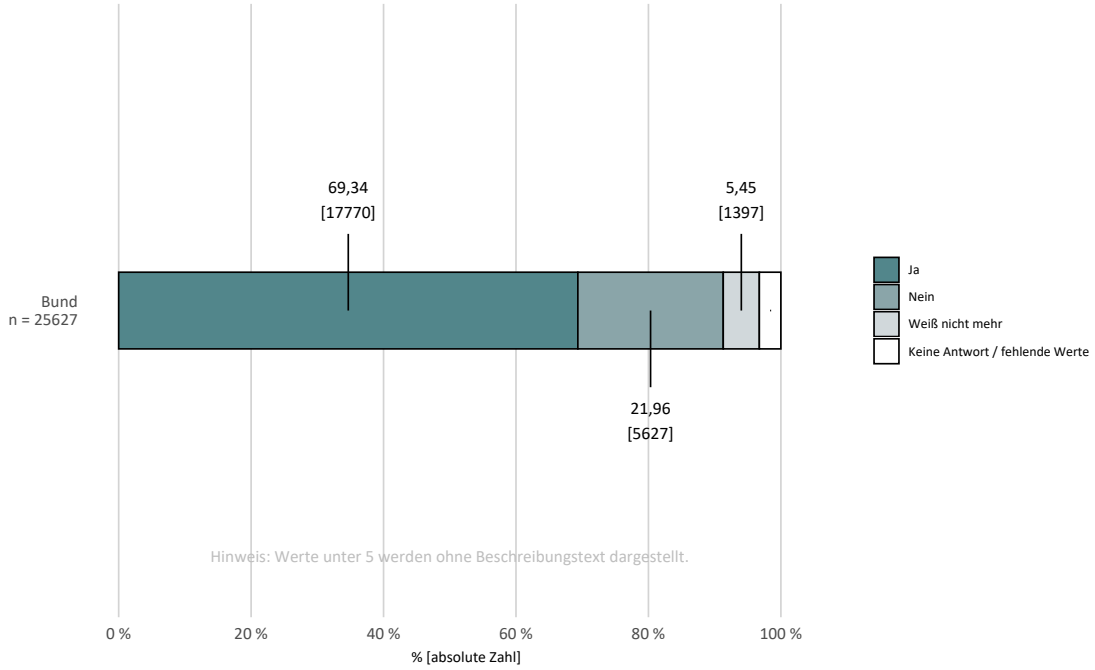
Ich wurde darüber informiert, dass ich zur weiteren medizinischen Betreuung eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen soll.



	Bundesergebnis %	n
Ja	77,19 %	71.106
Nein	12,45 %	71.106
Weiß nicht mehr	5,29 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	5,06 %	71.106

Sekundärprävention und Lebensstil

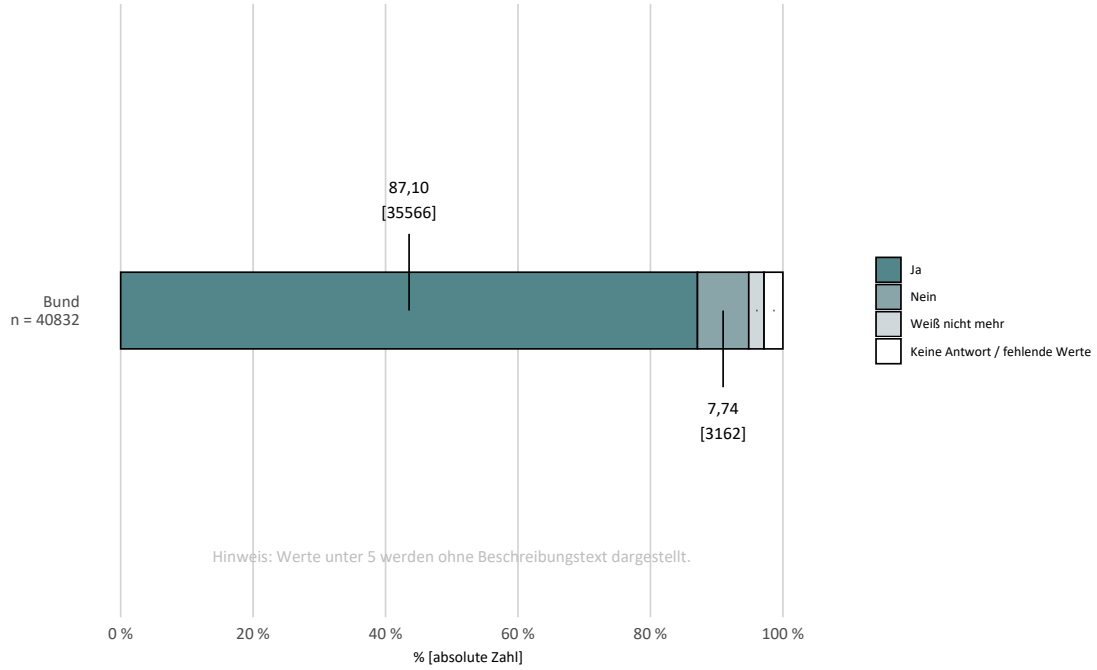
Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Herzerkrankung durch meinen Lebensstil beeinflussen kann.



	Bundesergebnis %	n
Ja	69,34 %	25.627
Nein	21,96 %	25.627
Weiß nicht mehr	5,45 %	25.627
Keine Antwort / fehlende Werte	3,25 %	25.627

Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente

Wurden Sie darüber informiert, wie Sie Ihre Medikamente nach der Prozedur einnehmen sollen?



	Bundesergebnis %	n
Ja	87,10 %	40.832
Nein	7,74 %	40.832
Weiß nicht mehr	2,31 %	40.832
Keine Antwort / fehlende Werte	2,84 %	40.832

56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über die notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei geplanter oder ungeplanter Unterbrechung, sowie Art und Dosierung der Medikation).
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig), die wegen des Eingriffs Medikamente einnehmen und einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 61,62 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	1.671	68,03	67,23 - 68,83
		2024	1.754	68,41	67,60 - 69,20
	KH	2022	-	-	-
		2023	87	62,85	57,24 - 68,48
		2024	195	61,62	57,62 - 65,69
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	207	68,61	66,33 - 70,89
		2024	202	70,04	67,74 - 72,32
	KH	2022	-	-	-
		2023	18.971	61,27	61,02 - 61,51
		2024	19.367	60,85	60,60 - 61,09
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	81	70,27	66,19 - 74,30
		2024	96	68,49	65,18 - 71,88

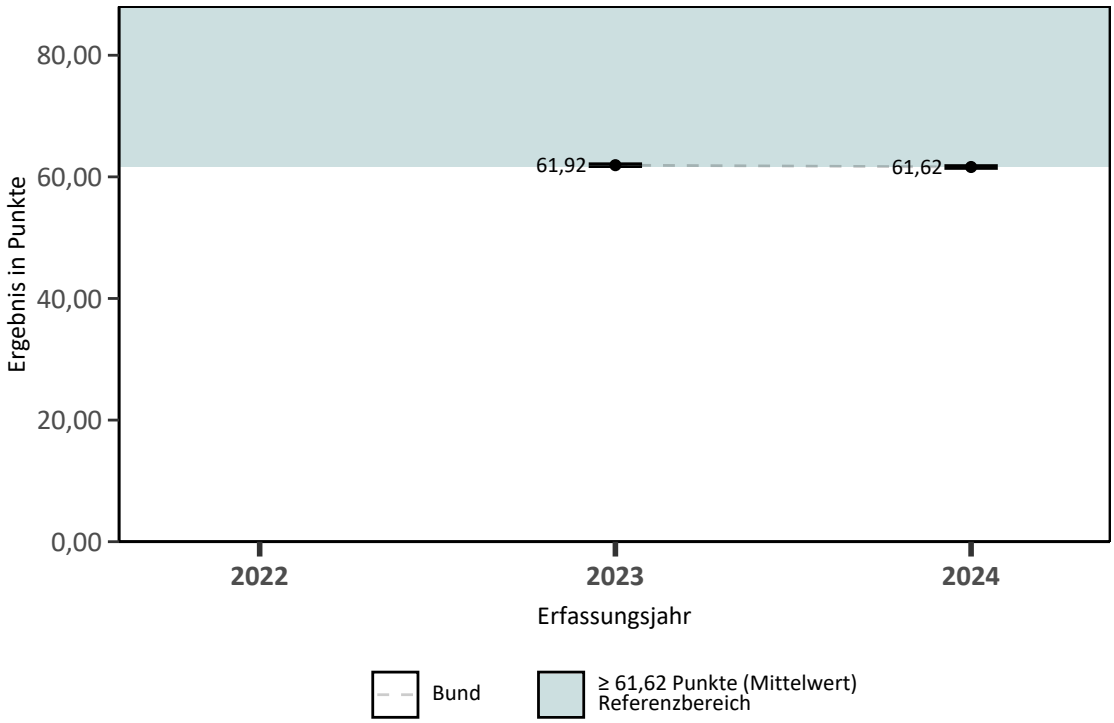
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Bund	**2022**	-	-	-
	2023	21.017	61,92	61,69 - 62,15
	2024	21.614	61,62	61,39 - 61,85

Ergebnisse der Merkmale

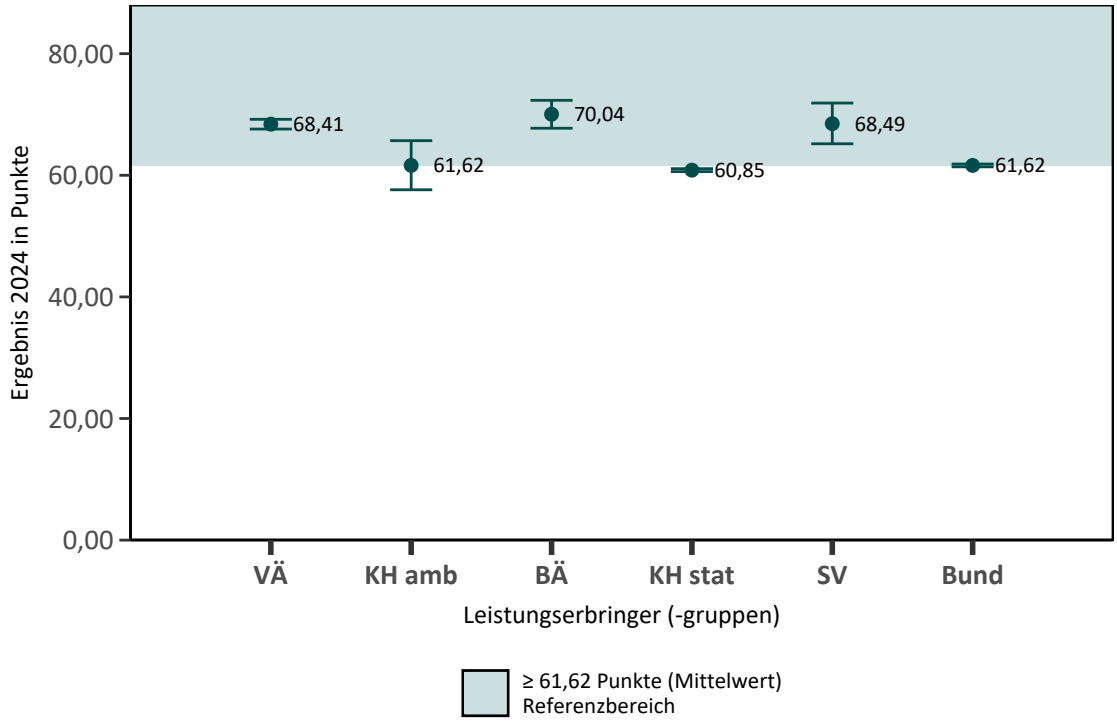
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56112	Dauer der Einnahme von Medikamenten	89,39
M2_56112	Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten	34,33
M3_56112	Verhalten bei geplanter und ungeplanter Therapieunterbrechung der Medikation	32,72
M4_56112	Art und Dosierung von Medikamenten	89,14

Ergebnisse im Zeitverlauf

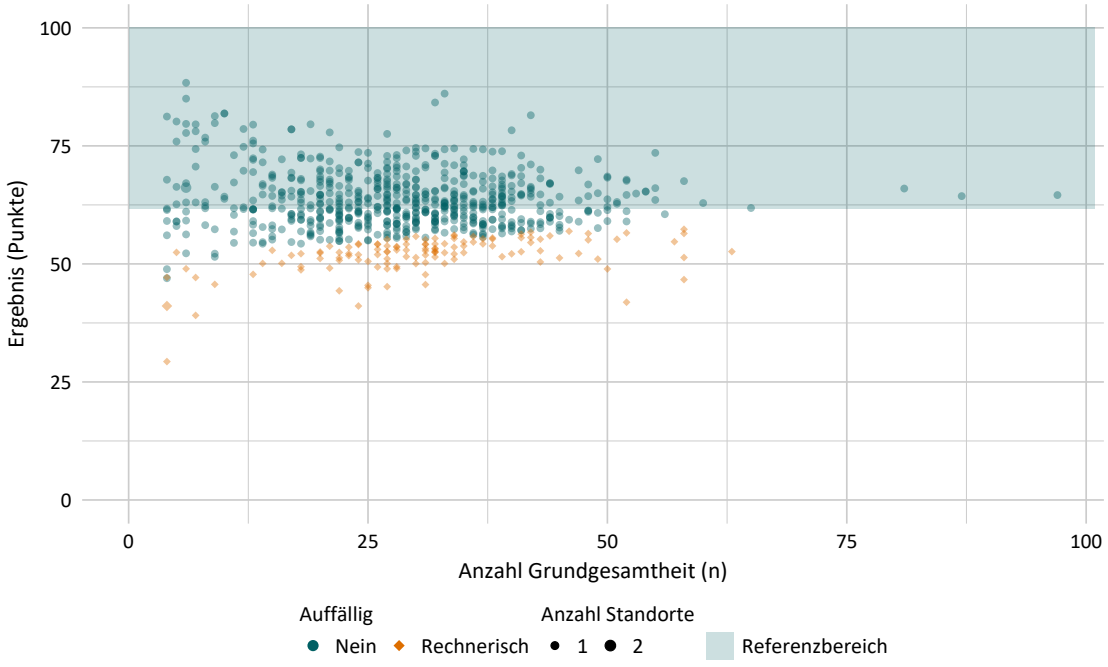
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

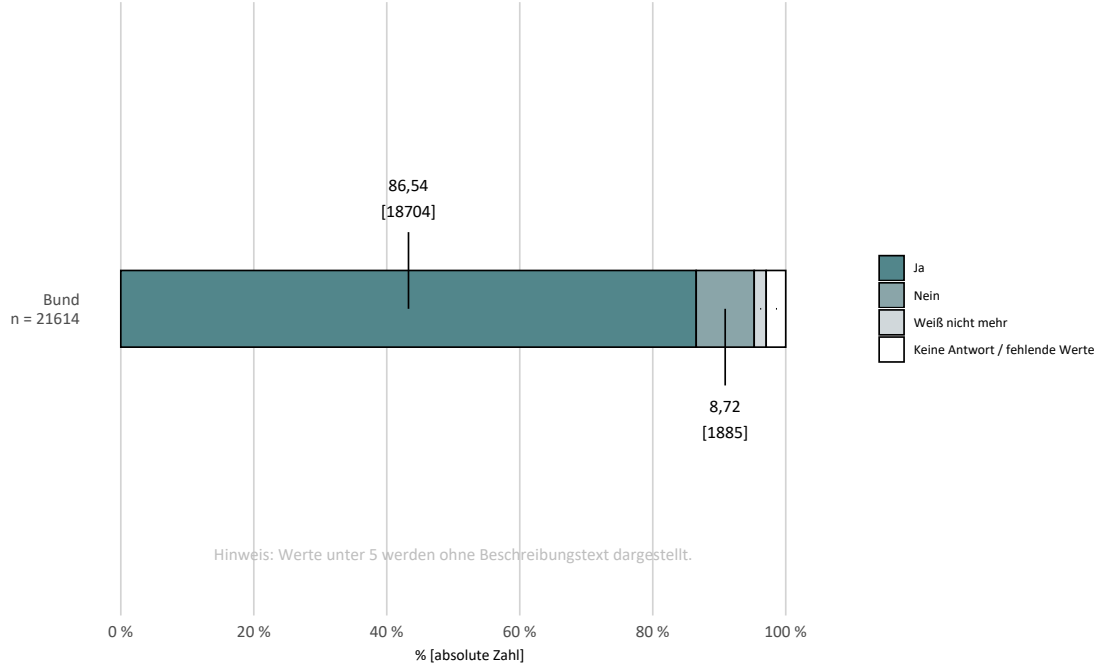


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	749	126	29,32	88,37	61,57

Dauer der Einnahme von Medikamenten

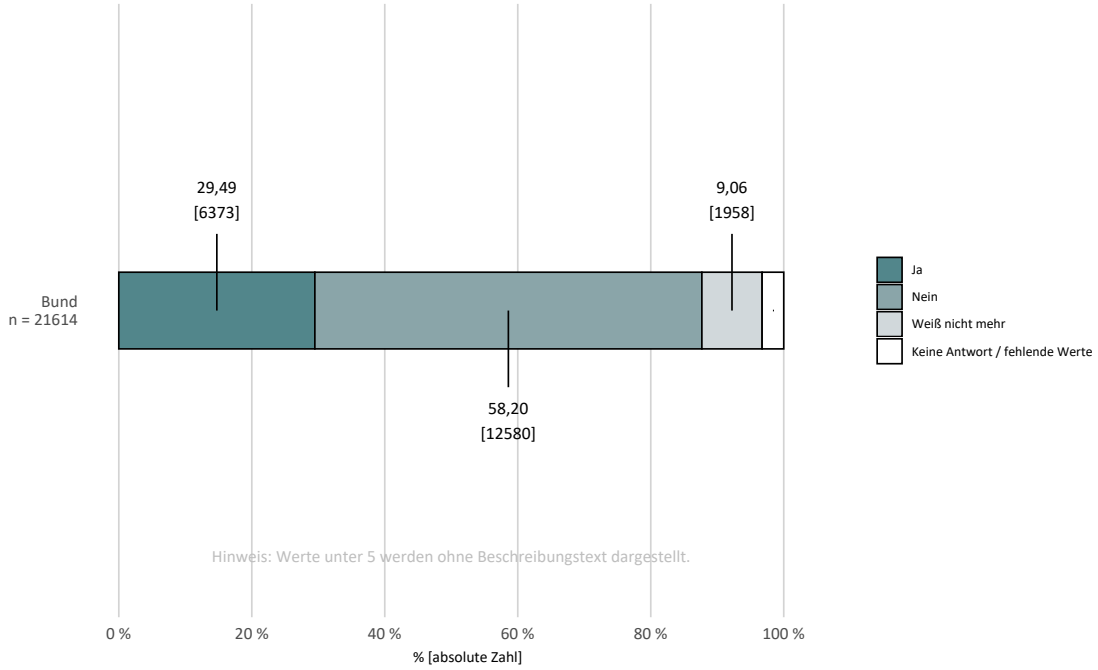
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, wie lange ich die Medikamente einnehmen soll.



	Bundesergebnis %	n
Ja	86,54 %	21.614
Nein	8,72 %	21.614
Weiß nicht mehr	1,80 %	21.614
Keine Antwort / fehlende Werte	2,94 %	21.614

Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten

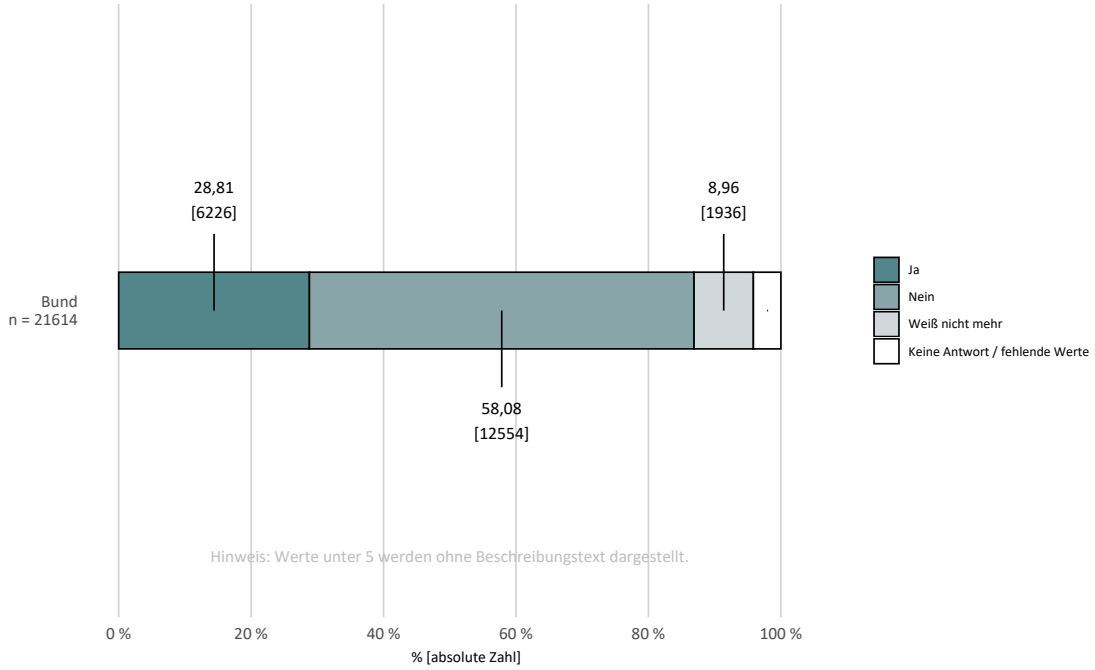
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können.



	Bundesergebnis %	n
Ja	29,49 %	21.614
Nein	58,20 %	21.614
Weiß nicht mehr	9,06 %	21.614
Keine Antwort / fehlende Werte	3,25 %	21.614

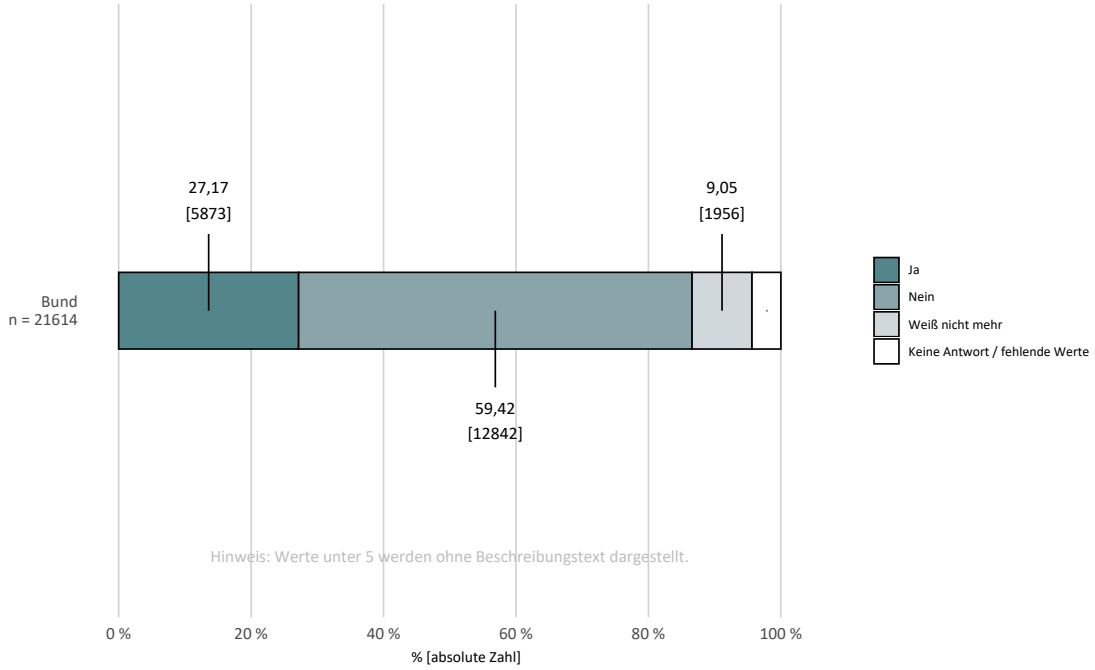
Verhalten bei geplanter und ungeplanter Therapieunterbrechung der Medikation

Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was ich tun soll, wenn ich vergessen habe, die Medikamente einzunehmen.



	Bundesergebnis %	n
Ja	28,81 %	21.614
Nein	58,08 %	21.614
Weiß nicht mehr	8,96 %	21.614
Keine Antwort / fehlende Werte	4,15 %	21.614

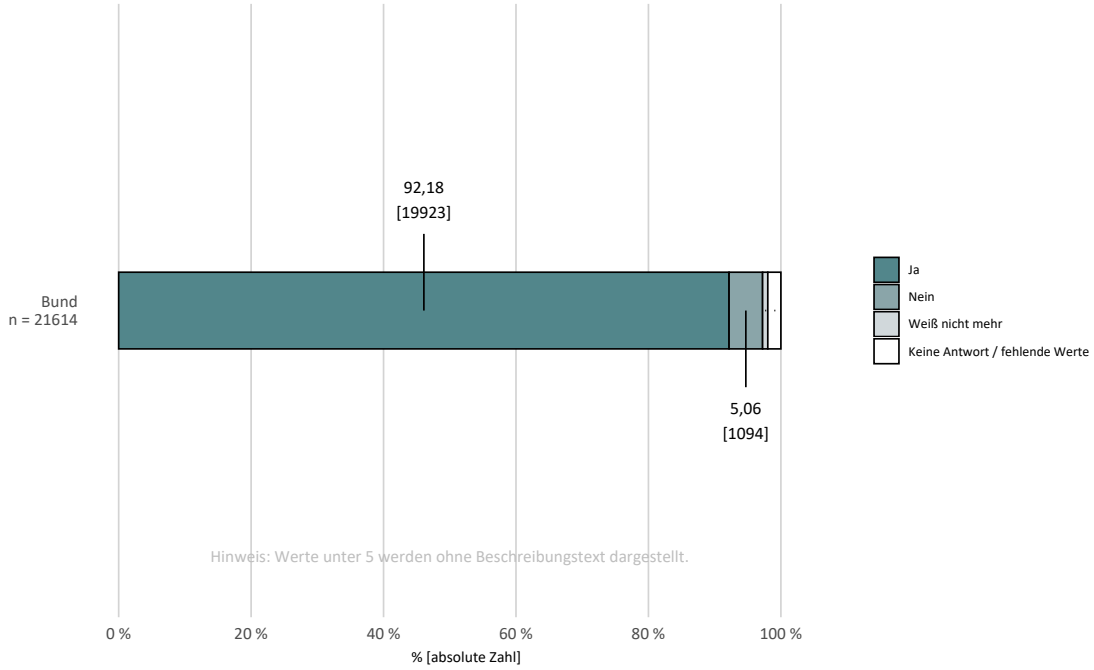
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was ich tun soll, wenn ich die Einnahme unterbrechen muss.



	Bundesergebnis %	n
Ja	27,17 %	21.614
Nein	59,42 %	21.614
Weiß nicht mehr	9,05 %	21.614
Keine Antwort / fehlende Werte	4,36 %	21.614

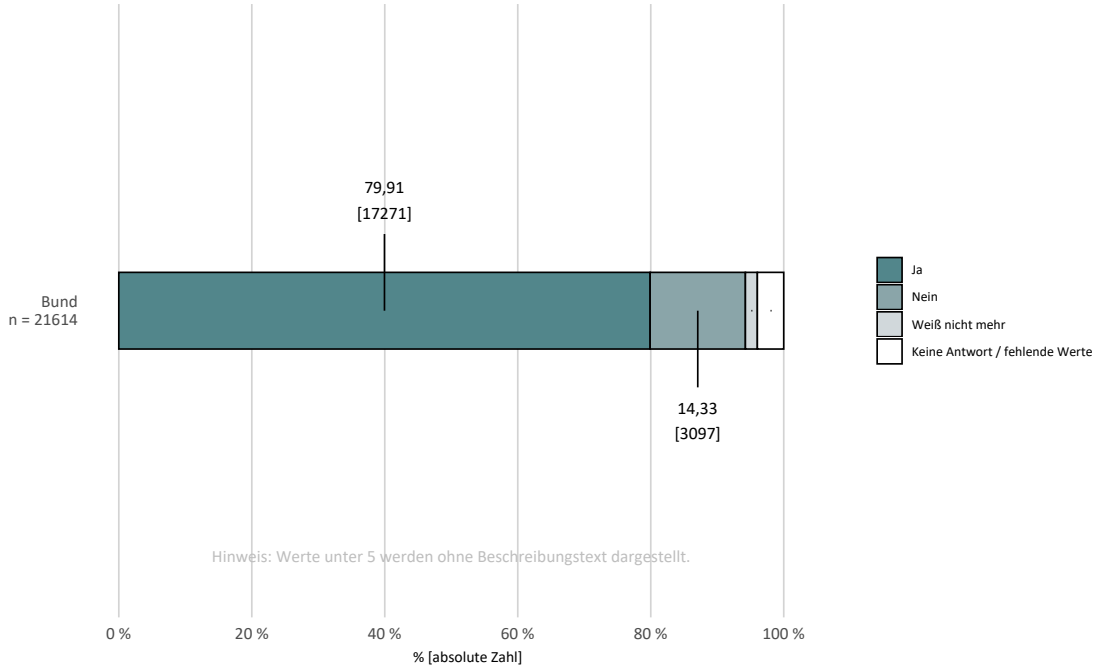
Art und Dosierung von Medikamenten

Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, welche Medikamente ich nach dem Eingriff einnehmen soll.



	Bundesergebnis %	n
Ja	92,18 %	21.614
Nein	5,06 %	21.614
Weiß nicht mehr	0,79 %	21.614
Keine Antwort / fehlende Werte	1,98 %	21.614

Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, wie ich die Medikamente einnehmen soll



	Bundesergebnis %	n
Ja	79,91 %	21.614
Nein	14,33 %	21.614
Weiß nicht mehr	1,80 %	21.614
Keine Antwort / fehlende Werte	3,97 %	21.614

56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert werden.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit dringender bzw. akuter PCI (isoliert oder einzeitig), die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 49,11 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	328	30,20	26,76 - 33,76
		2024	298	28,39	24,75 - 32,17
	KH	2022	-	-	-
		2023	38	65,70	48,85 - 83,06
		2024	39	38,89	12,92 - 68,09
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	33	47,57	36,15 - 59,24
		2024	38	44,46	34,67 - 54,70
	KH	2022	-	-	-
		2023	10.460	49,90	49,29 - 50,51
		2024	10.638	49,58	48,98 - 50,19
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	8	27,78	11,56 - 46,29
		2024	≤3	x	-

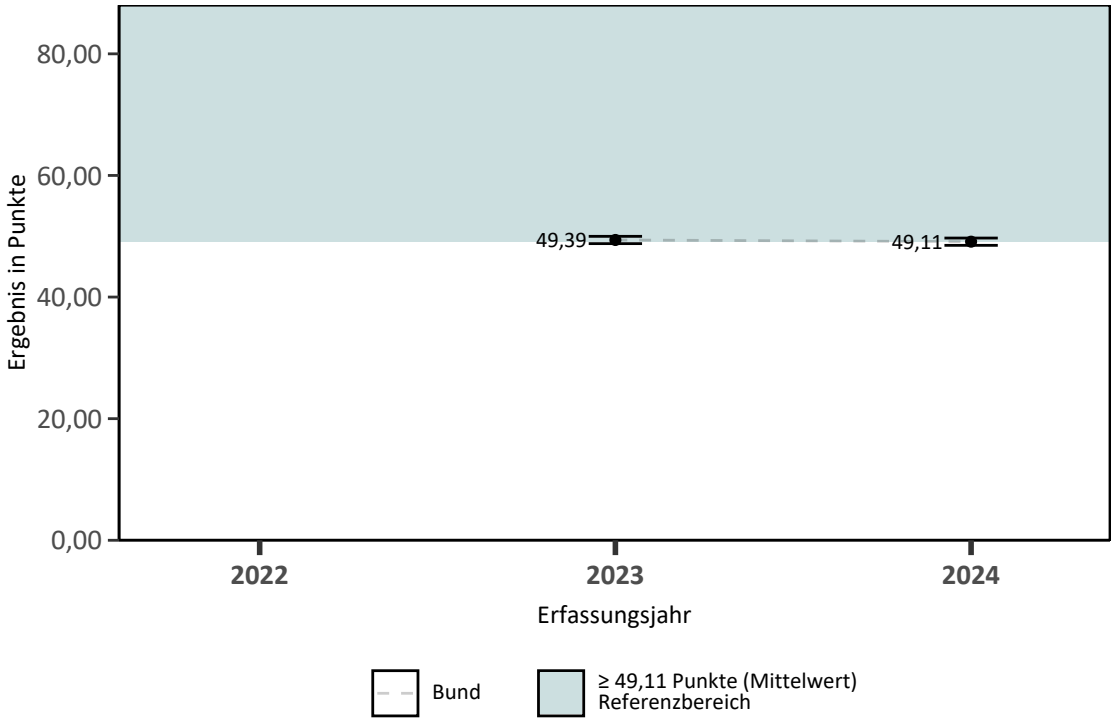
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Bund	2022	-	-	-
	2023	10.867	49,39	48,79 - 49,99
	2024	11.015	49,11	48,50 - 49,70

Ergebnisse der Merkmale

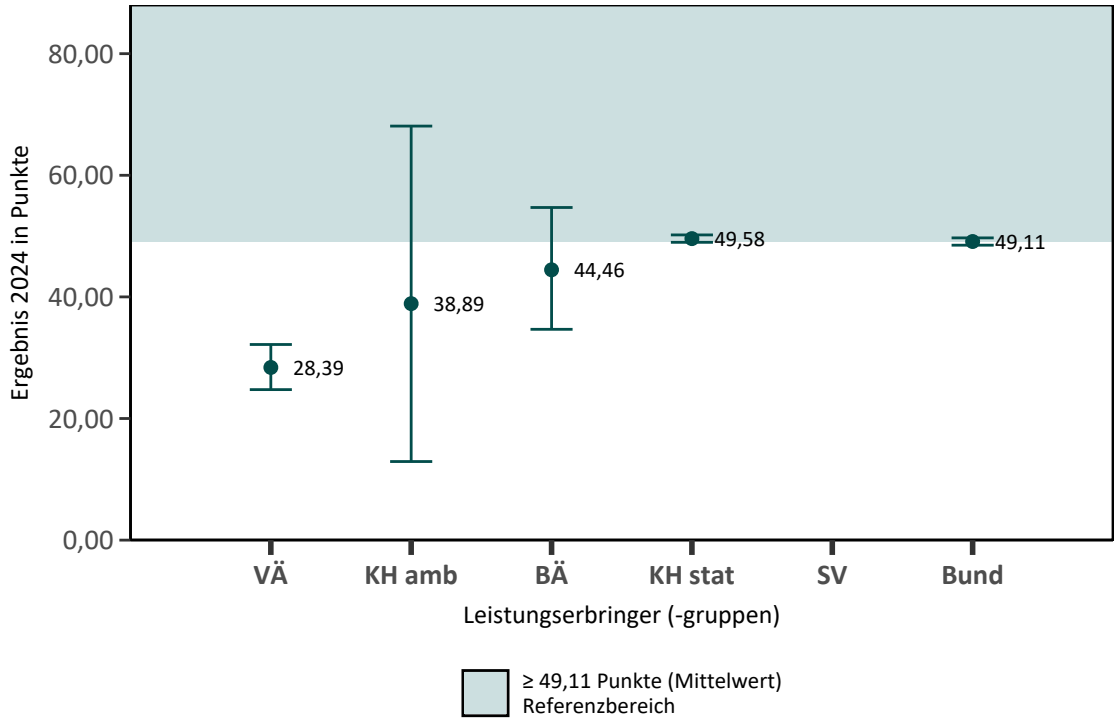
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56113	Rehabilitationsmöglichkeiten	66,11
M2_56113	Psychische Belastung und Unterstützung	32,16

Ergebnisse im Zeitverlauf

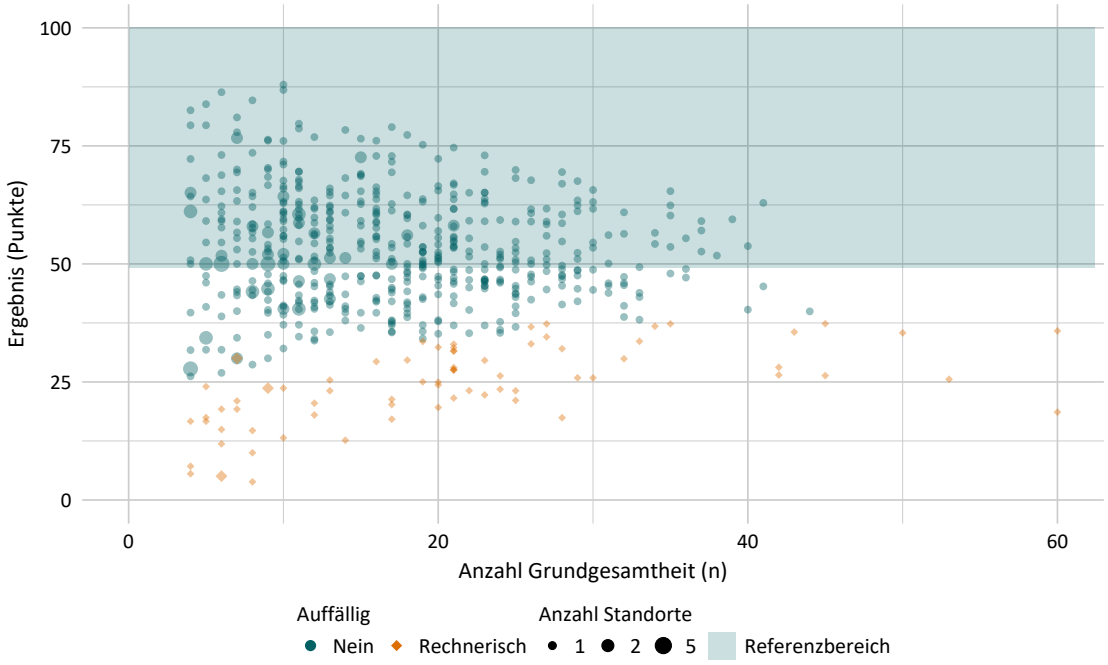
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

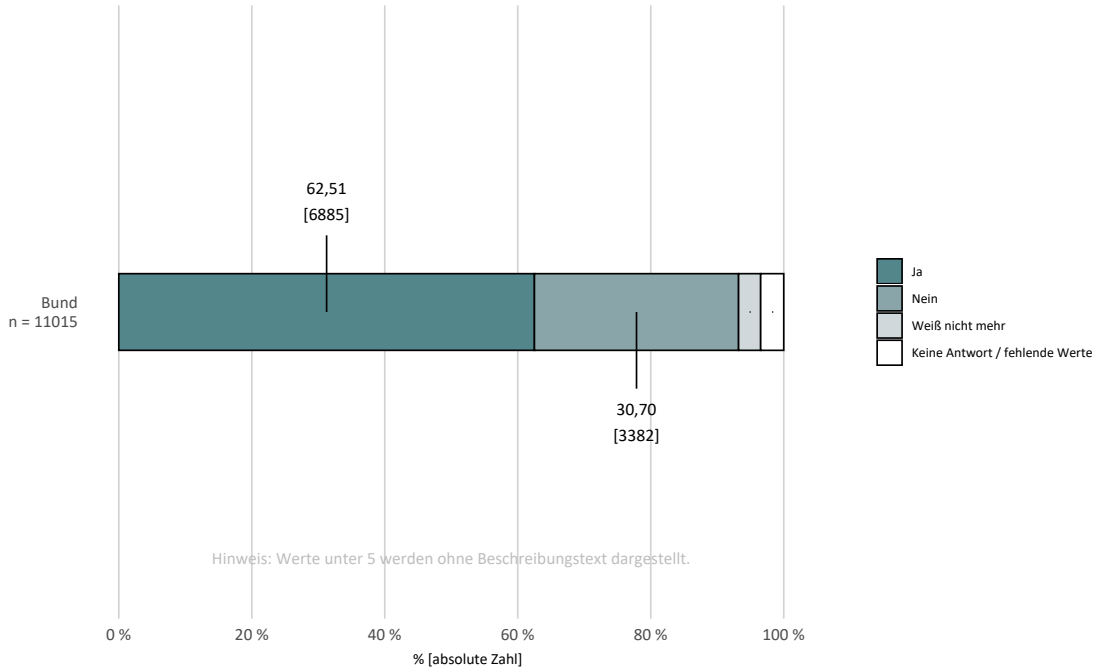


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	635	74	3,85	87,97	50,00

Rehabilitationsmöglichkeiten

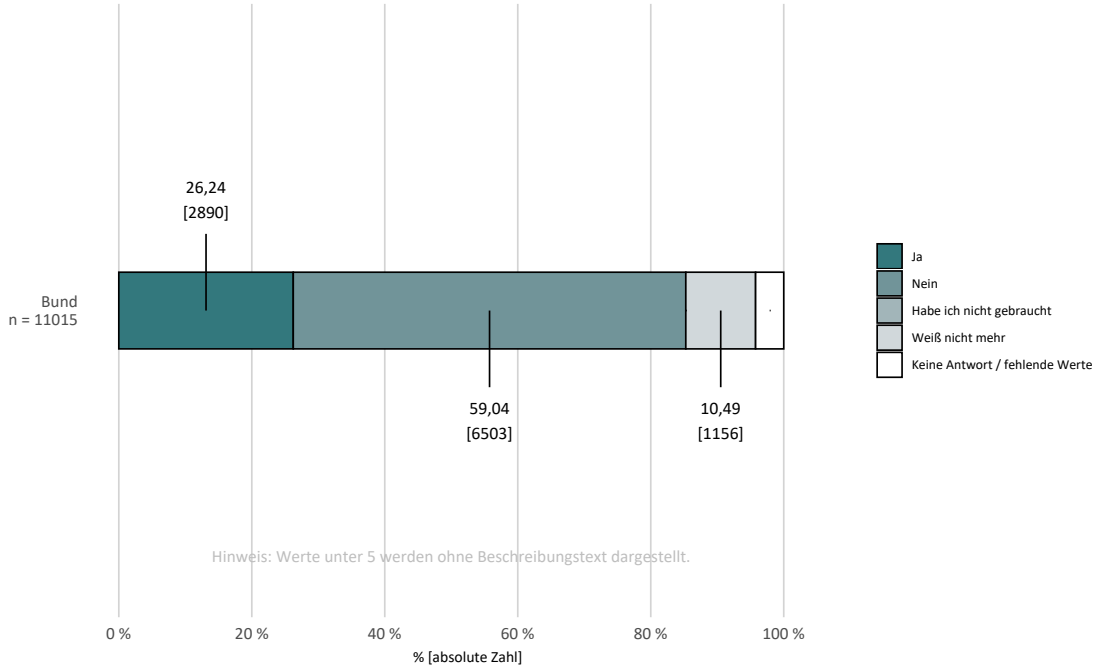
Ich wurde über die Möglichkeiten einer Rehabilitation informiert.



	Bundesergebnis %	n
Ja	62,51 %	11.015
Nein	30,70 %	11.015
Weiß nicht mehr	3,32 %	11.015
Keine Antwort / fehlende Werte	3,47 %	11.015

Psychische Belastung und Unterstützung

Ich wurde darüber informiert, an wen ich mich wenden kann, wenn ich mich niedergeschlagen oder traurig fühle oder mich heftige Ängste plagen.



	Bundesergebnis %	n
Ja	26,24 %	11.015
Nein	59,04 %	11.015
Habe ich nicht gebraucht	0,00 %	11.015
Weiß nicht mehr	10,49 %	11.015
Keine Antwort / fehlende Werte	4,23 %	11.015

56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag entlassen worden sind, sollen bei Bedarf die benötigte Medikation oder ein Rezept von dem entlassenden Leistungserbringer mitbekommen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig), die an einem Freitag, am Wochenende oder vor einem gesetzlichen Feiertag nach Hause gegangen sind bzw. entlassen wurden und wegen des Eingriffs Medikamente einnehmen und einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 91,88 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	484	92,04	89,60 - 94,20
		2024	501	88,53	85,72 - 91,09
	KH	2022	-	-	-
		2023	36	93,75	70,67 - 99,99
		2024	66	90,64	74,36 - 99,21
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	83	90,27	84,27 - 95,10
		2024	68	86,42	78,40 - 92,98
	KH	2022	-	-	-
		2023	7.453	92,18	91,61 - 92,73
		2024	7.279	92,06	91,48 - 92,62
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	-	-
		2023	24	91,18	74,18 - 99,31
		2024	33	95,61	87,38 - 99,66

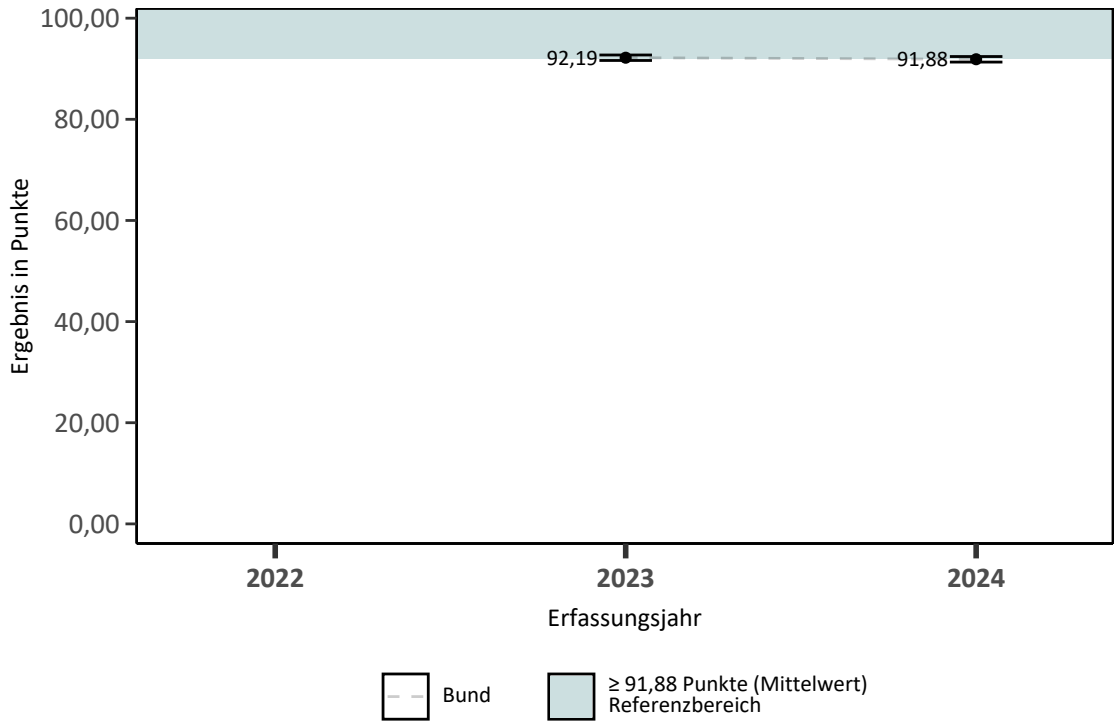
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Bund	2022	-	-	-
	2023	8.080	92,19	91,64 - 92,72
	2024	7.947	91,88	91,32 - 92,42

Ergebnisse der Merkmale

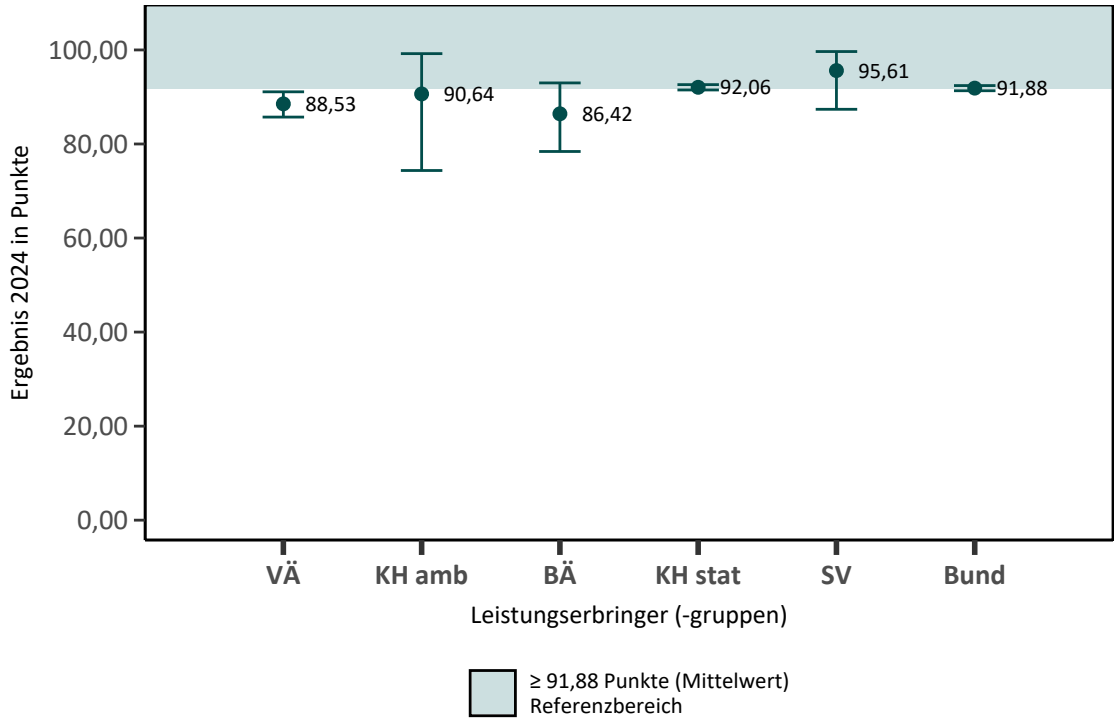
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56114	Mitgabe der Entlassmedikation	91,88

Ergebnisse im Zeitverlauf

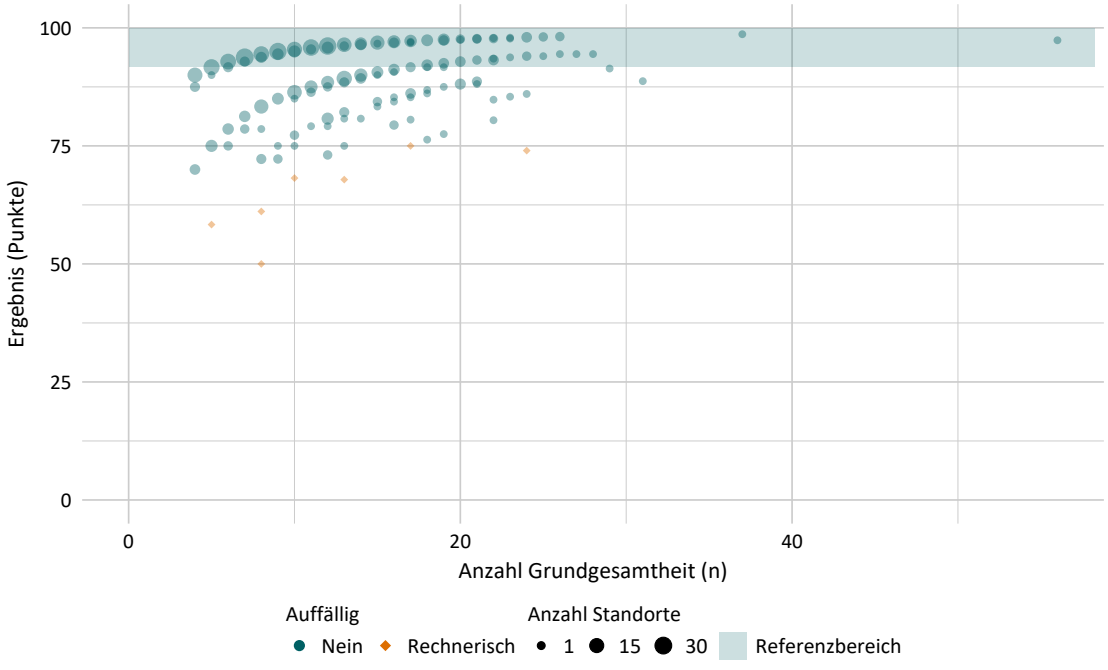
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

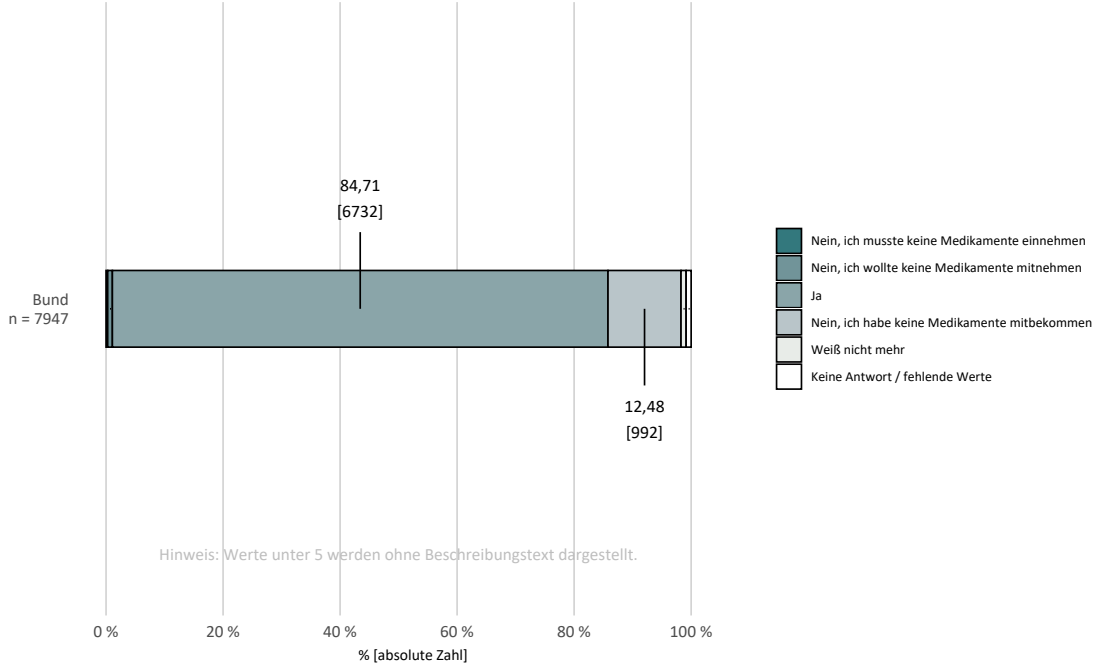


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	659	7	50,00	98,65	93,75

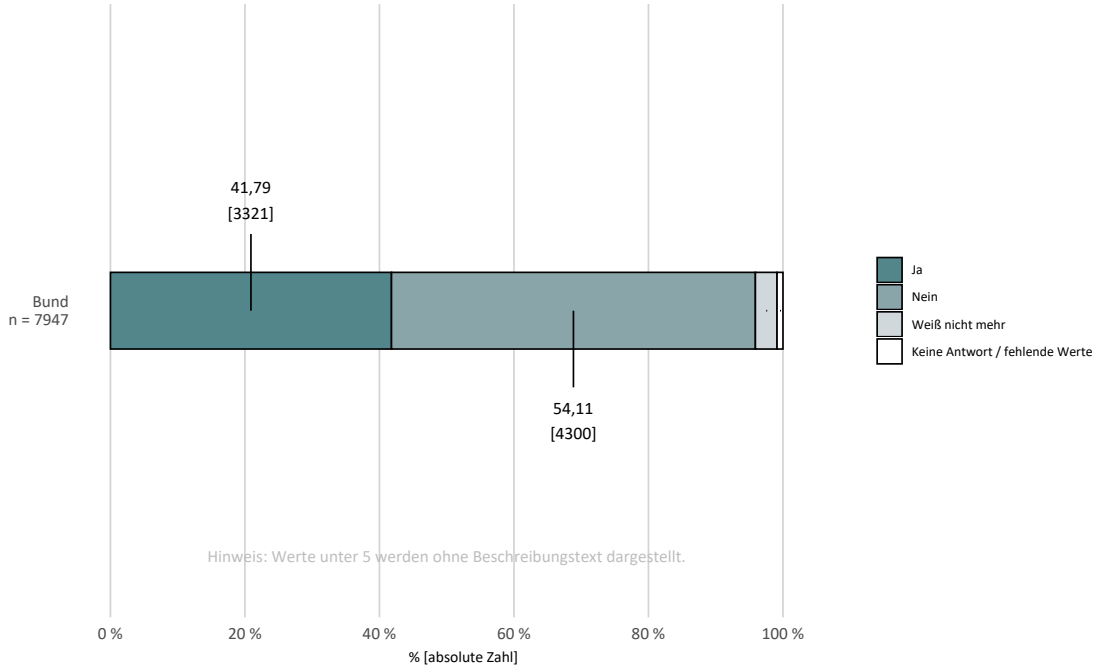
Mitgabe der Entlassmedikation

Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen?



	Bundesergebnis %	n
Nein, ich musste keine Medikamente einnehmen	0,28 %	7.947
Nein, ich wollte keine Medikamente mitnehmen	0,81 %	7.947
Ja	84,71 %	7.947
Nein, ich habe keine Medikamente mitbekommen	12,48 %	7.947
Weiß nicht mehr	0,87 %	7.947
Keine Antwort / fehlende Werte	0,86 %	7.947

Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen?



	Bundesergebnis %	n
Ja	41,79 %	7.947
Nein	54,11 %	7.947
Weiß nicht mehr	3,22 %	7.947
Keine Antwort / fehlende Werte	0,88 %	7.947

56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 78,26 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

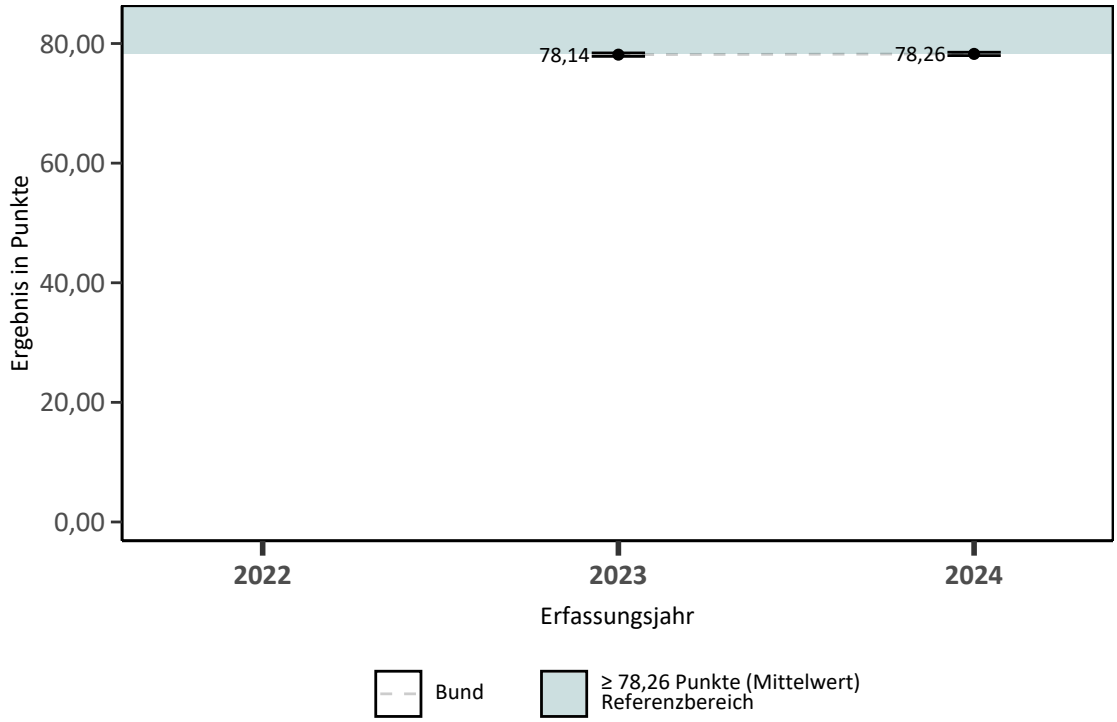
Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	**VÄ**	**2022**	-	-	-
		2023	11.508	79,66	78,96 - 80,36
		2024	11.763	79,67	78,97 - 80,36
	KH	**2022**	-	-	-
		2023	3.751	75,14	73,86 - 76,40
		2024	5.226	76,61	75,54 - 77,66
Stationär	**BÄ**	**2022**	-	-	-
		2023	451	78,97	75,29 - 82,42
		2024	455	81,81	78,42 - 84,98
	KH	**2022**	-	-	-
		2023	52.053	77,87	77,54 - 78,20
		2024	53.193	77,88	77,56 - 78,20
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	-	-	-
		2023	458	80,17	76,70 - 83,41
		2024	469	82,24	78,89 - 85,34
Bund		**2022**	-	-	-
		2023	68.221	78,14	77,85 - 78,42
		2024	71.106	78,26	77,99 - 78,54

Ergebnisse der Merkmale

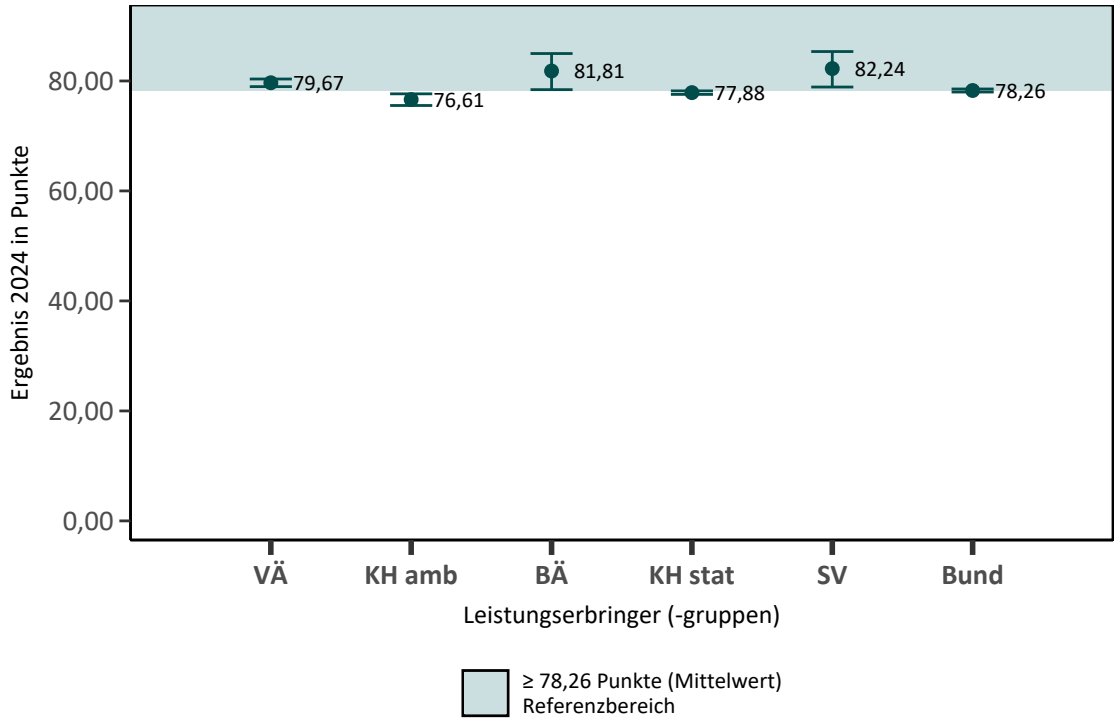
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	78,26

Ergebnisse im Zeitverlauf

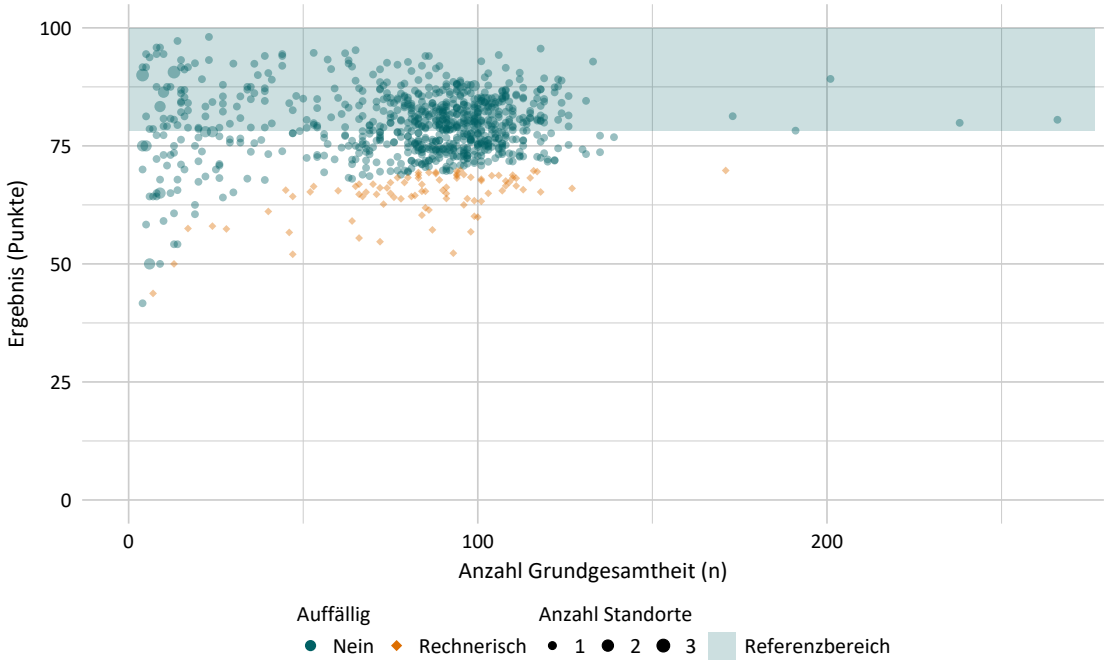
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

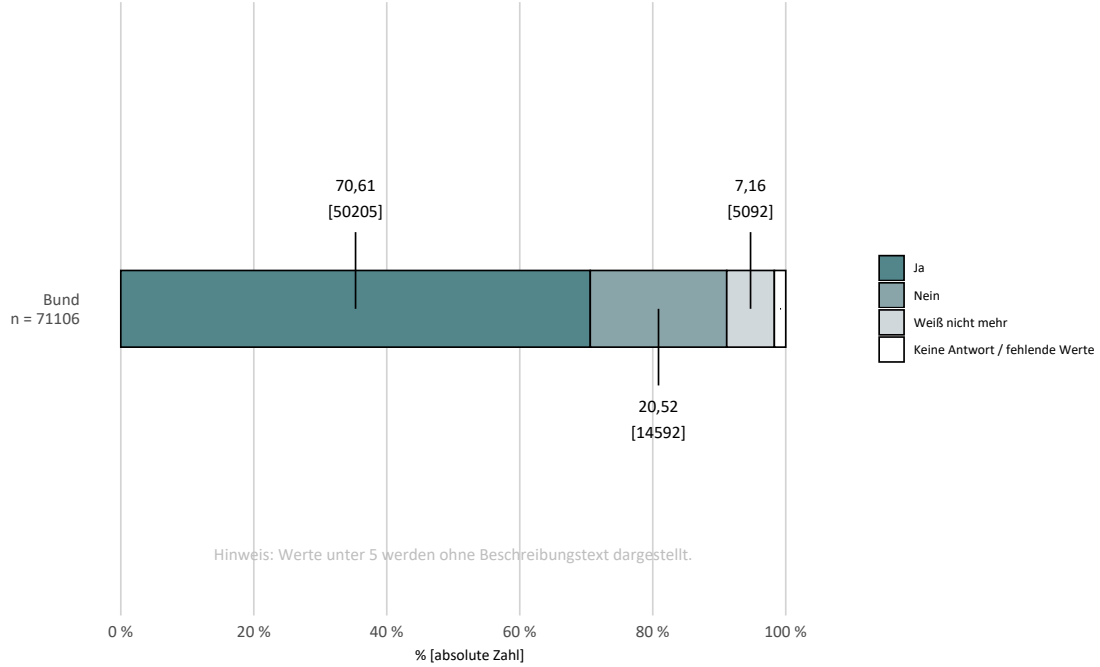


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	894	88	41,67	98,08	78,57

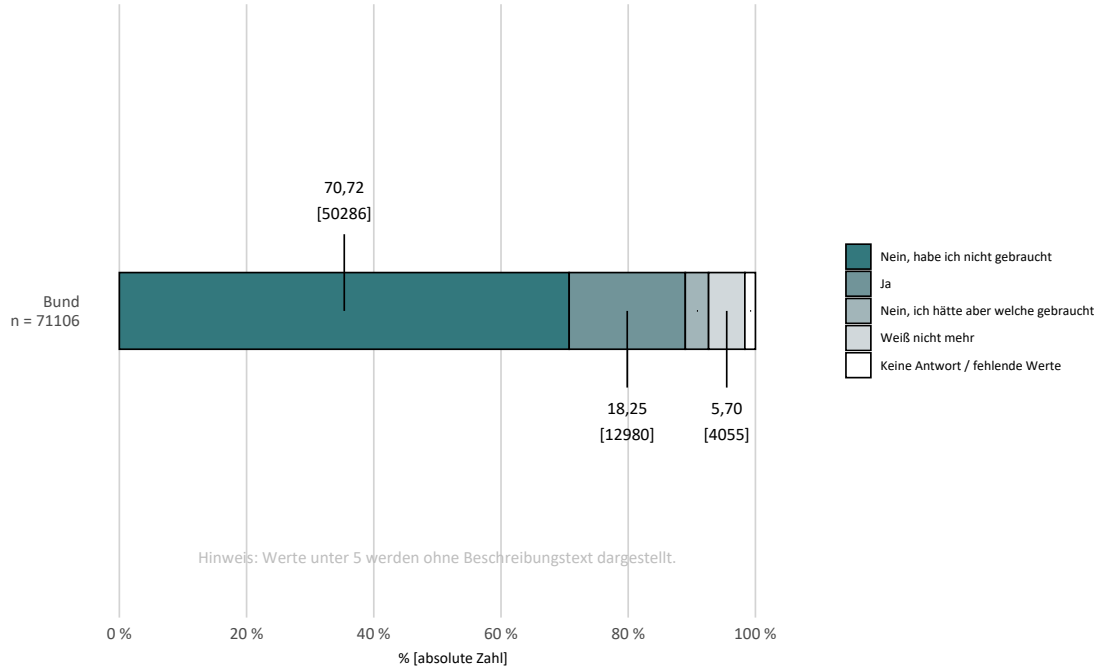
Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung

Nach der Prozedur: Wurden Sie wiederholt vom Pflege- oder Assistenzpersonal gefragt, ob Sie Schmerzen haben?



	Bundesergebnis %	n
Ja	70,61 %	71.106
Nein	20,52 %	71.106
Weiß nicht mehr	7,16 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	1,71 %	71.106

Nach der Prozedur: Haben Sie Schmerzmittel erhalten?



	Bundesergebnis %	n
Nein, habe ich nicht gebraucht	70,72 %	71.106
Ja	18,25 %	71.106
Nein, ich hätte aber welche gebraucht	3,66 %	71.106
Weiß nicht mehr	5,70 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	1,66 %	71.106

56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur keine längerfristigen Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle haben.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 93,53 Punkte (Mittelwert)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

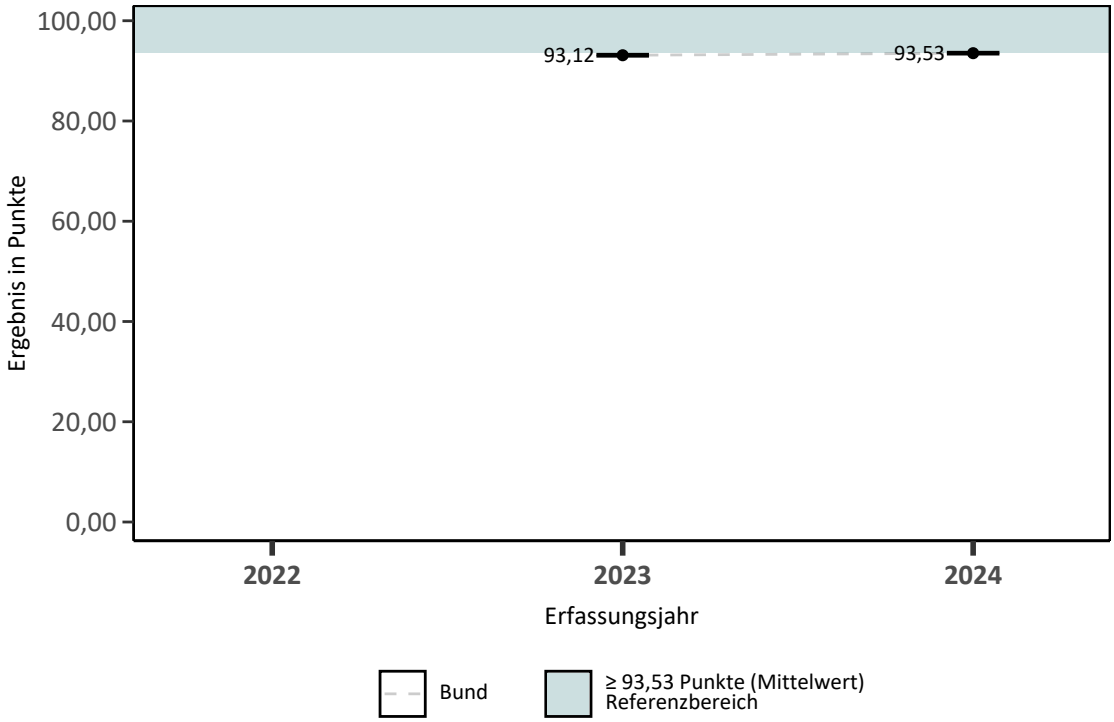
Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkten	Vertrauensbereich in Punkten
Ambulant	**VÄ**	**2022**	-	-	-
		2023	11.508	94,73	94,31 - 95,14
		2024	11.763	94,80	94,38 - 95,20
	KH	**2022**	-	-	-
		2023	3.751	92,41	91,55 - 93,22
		2024	5.226	93,12	92,43 - 93,77
Stationär	**BÄ**	**2022**	-	-	-
		2023	451	92,11	89,37 - 94,46
		2024	455	93,59	91,09 - 95,72
	KH	**2022**	-	-	-
		2023	52.053	92,56	92,33 - 92,79
		2024	53.193	92,96	92,74 - 93,18
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	-	-	-
		2023	458	93,81	91,46 - 95,83
		2024	469	95,35	93,28 - 97,08
Bund		**2022**	-	-	-
		2023	68.221	93,12	92,92 - 93,31
		2024	71.106	93,53	93,34 - 93,71

Ergebnisse der Merkmale

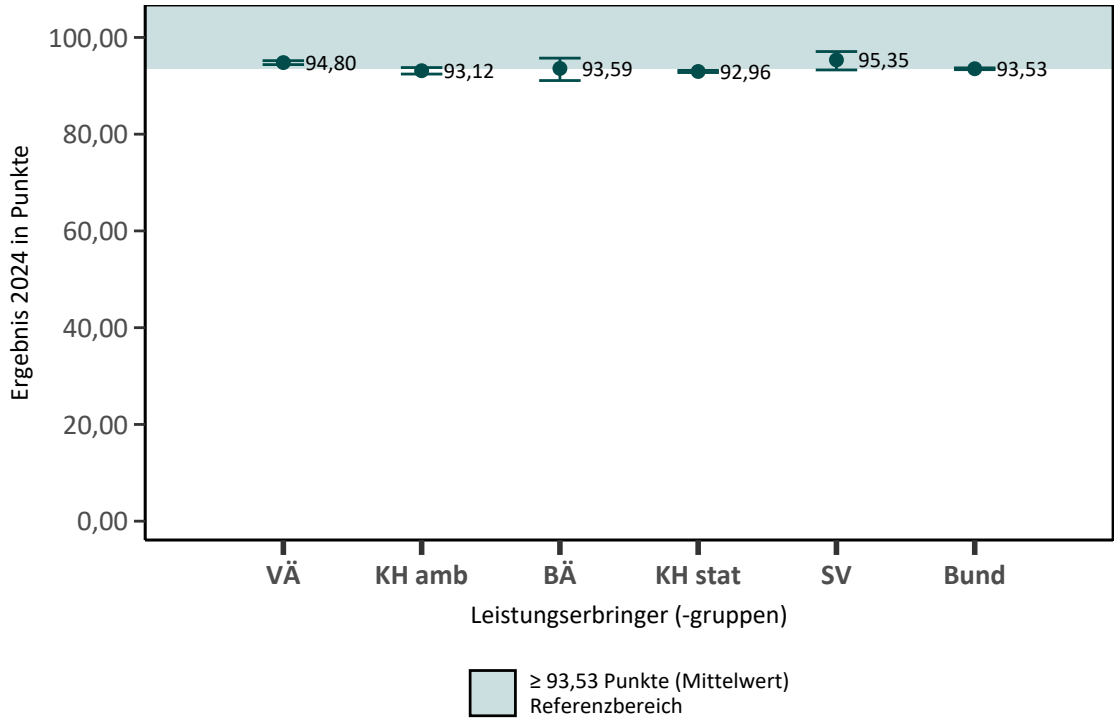
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	93,53

Ergebnisse im Zeitverlauf

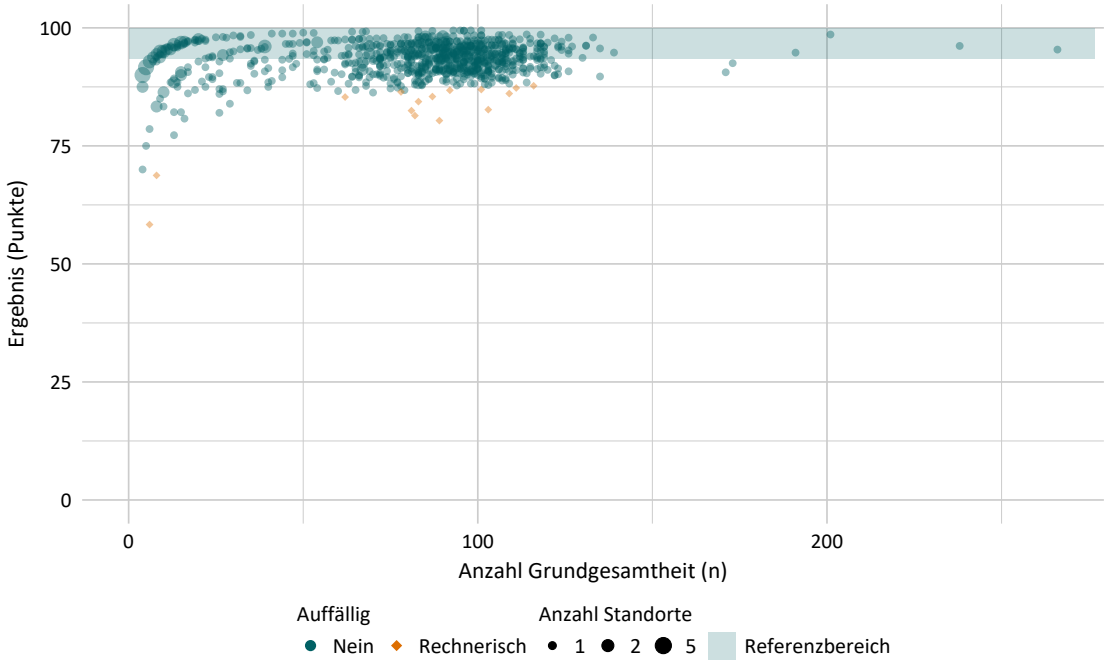
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

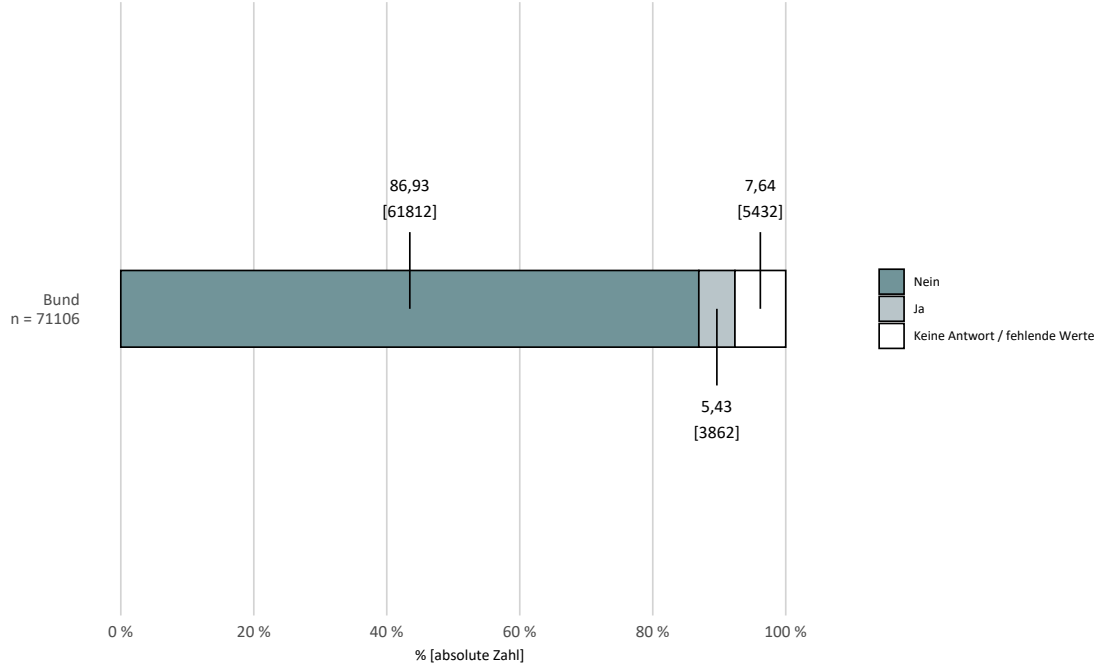


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2024	894	15	58,33	99,47	93,72

Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle

Beschwerden: Heute noch Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an der Einstichstelle der Prozedur.



	Bundesergebnis %	n
Nein	86,93 %	71.106
Ja	5,43 %	71.106
Keine Antwort / fehlende Werte	7,64 %	71.106

56117: Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven Prozedur keine schmerzhaften oder bewegungseinschränkenden Hämatome aufweisen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 1,02 (Mittelwert)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Konstanter Effekt für Item PABLUTEARZT Chronische Nierenerkrankung: 'Ja' Chronische Nierenerkrankung: keine Information Vor Prozedur Blutgerinnungs-Hemmer: 'Ja' Vor Prozedur Blutgerinnungs-Hemmer: keine Information
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	10.306	1,12	1,07 - 1,17
		2024	10.635	1,14	1,09 - 1,19
	KH	2022	-	-	-
		2023	3.582	1,19	1,08 - 1,37
		2024	4.973	1,24	1,12 - 1,49
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	403	1,04	0,86 - 1,26
		2024	350	1,28	0,95 - 2,06
	KH	2022	-	-	-
		2023	32.266	0,97	0,95 - 0,99
		2024	32.205	0,97	0,95 - 0,99

Dimension		Ergebnis n	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	-	-	-
	2023	416	1,24	0,93 - 2,00
	2024	447	1,19	0,96 - 1,57
Bund	**2022**	-	-	-
	2023	46.973	1,01	0,99 - 1,03
	2024	48.610	1,02	1,00 - 1,04

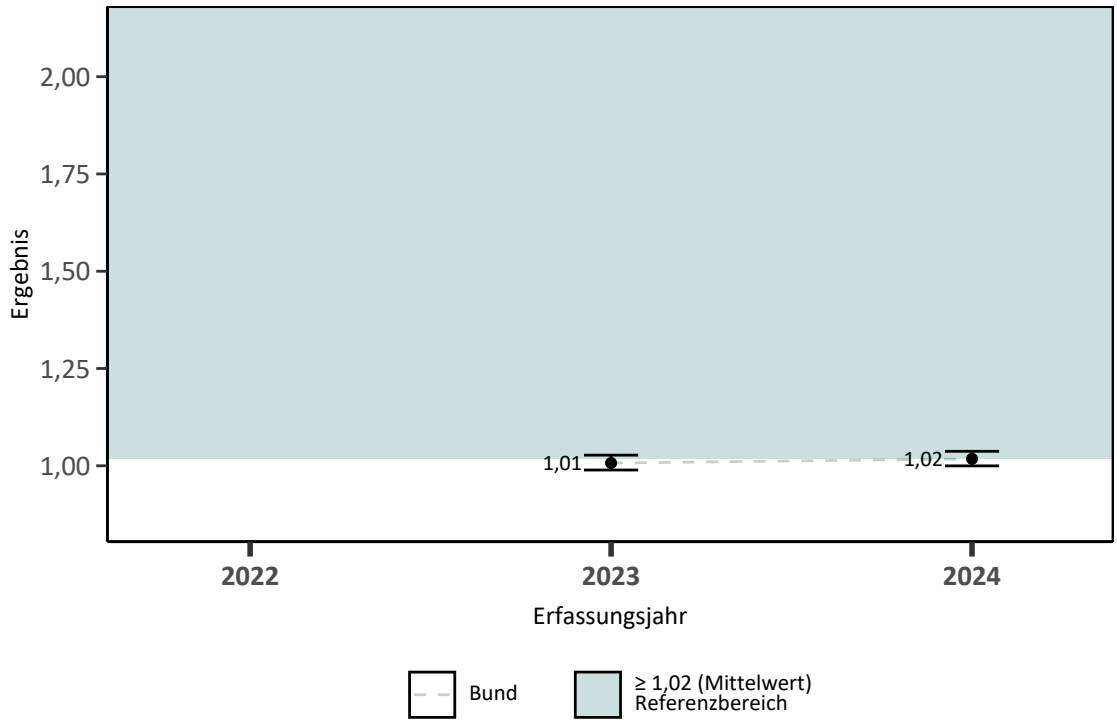
* Das Ergebnis wird als sog. Standardized Mortality Odds Ratio (SMOR) ausgewiesen. Es beschreibt das Verhältnis aus beobachteter zur erwarteter Chance für Punkte im Qualitätsindikator. Werte größer eins bedeuten, dass die beobachtete Chance für Punkte größer ist als die erwartete und umgekehrt. Dies ist als positiv zu werten.

Ergebnisse der Merkmale

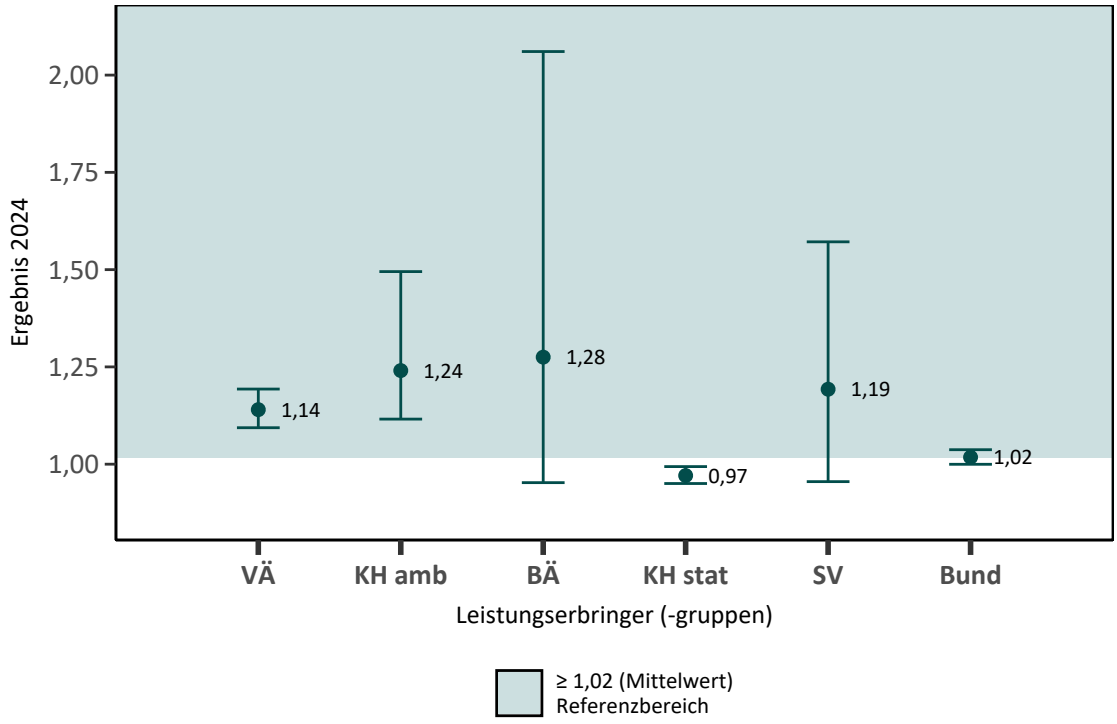
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56117	Schmerzhafte und / oder bewegungseinschränkende flächige Hämatombildung	1,02

Ergebnisse im Zeitverlauf

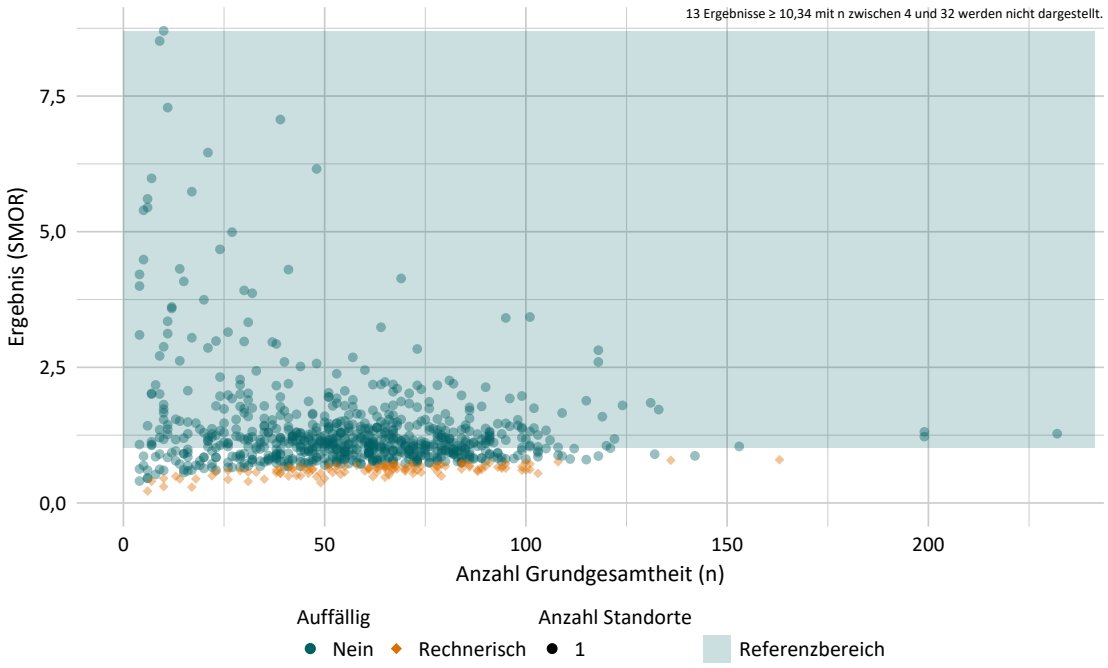
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

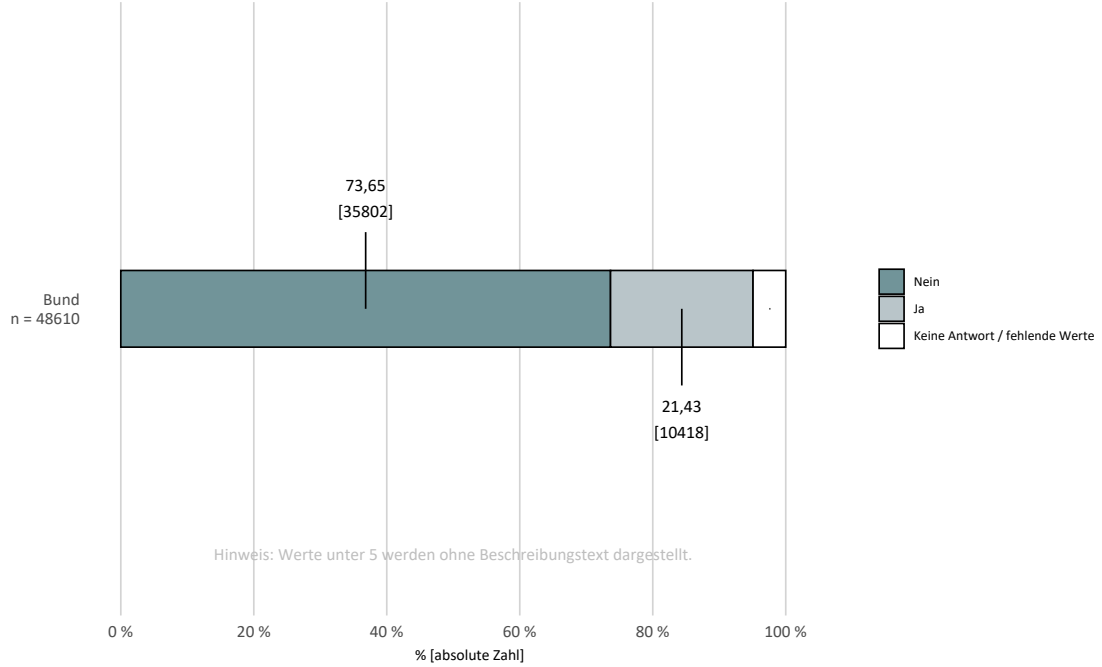


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	858	114	0,22	1.843,73	1,05

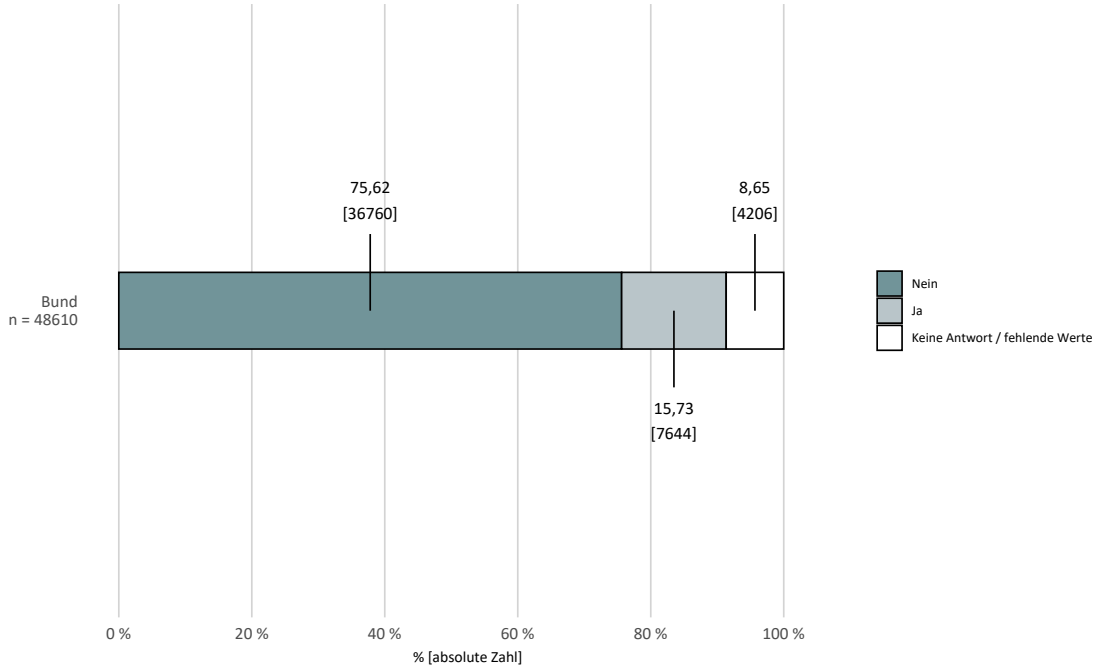
Schmerzhafte und / oder bewegungseinschränkende flächige Hämatombildung

Beschwerden: Ich hatte nach einer Woche immer noch Blutergüsse von der Prozedur, die sehr schmerzhaft waren.



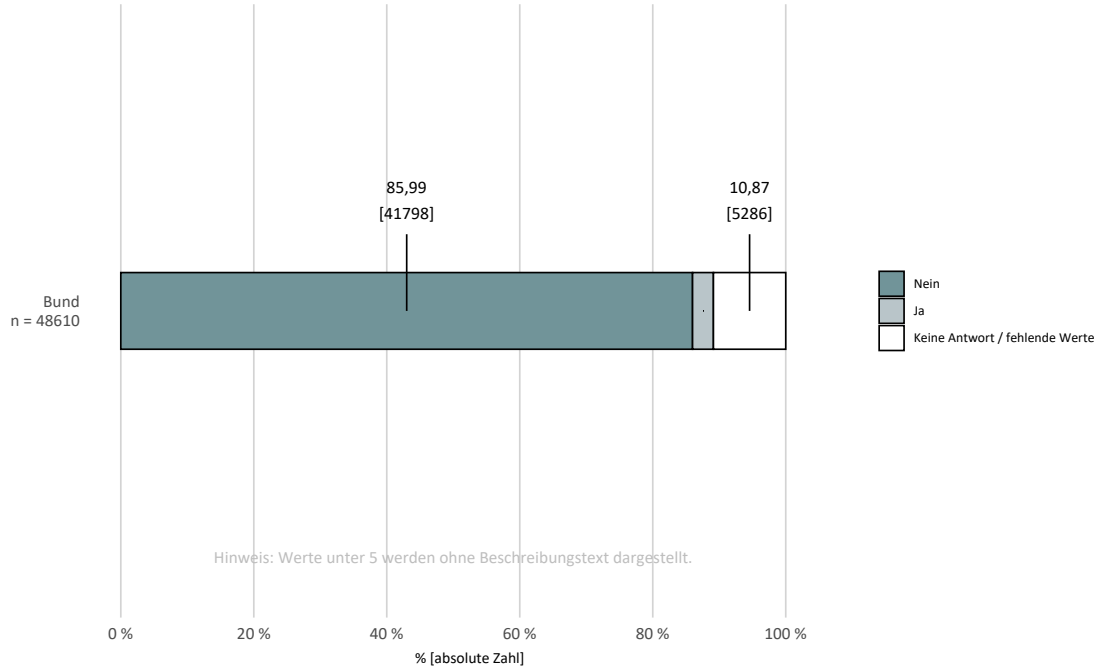
	Bundesergebnis %	n
Nein	73,65 %	48.610
Ja	21,43 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	4,92 %	48.610

Beschwerden: Ich hatte nach einer Woche immer noch Blutergüsse von der Prozedur, die meine Bewegung einschränkten.



	Bundesergebnis %	n
Nein	75,62 %	48.610
Ja	15,73 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	8,65 %	48.610

Beschwerden: Ich musste wegen der Blutergüsse eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen.



	Bundesergebnis %	n
Nein	85,99 %	48.610
Ja	3,14 %	48.610
Keine Antwort / fehlende Werte	10,87 %	48.610

56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) eine Verbesserung der Symptomschwere spüren.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig), die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 0,99 (Mittelwert)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Stenteinlage geplant: 'bereits durchgeführt' Stenteinlage geplant: 'ja' Stenteinlage geplant: keine Information Vor Eingriff Spray gegen Luftnot: 'Ja' Vor Eingriff Spray gegen Luftnot: keine Information Beschwerden vor Prozedur: 'eher stark' Beschwerden vor Prozedur: 'eher leicht' Beschwerden vor Prozedur: 'leicht' Beschwerden vor Prozedur: 'keine'
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2022	-	-	-
		2023	1.584	1,05	0,98 - 1,14
		2024	1.692	0,98	0,93 - 1,03
	KH	2022	-	-	-
		2023	67	0,91	0,55 - 1,46
		2024	193	1,46	0,98 - 2,35
Stationär	BÄ	2022	-	-	-
		2023	201	1,06	0,92 - 1,23
		2024	193	1,22	1,05 - 1,41
	KH	2022	-	-	-
		2023	12.012	1,02	1,00 - 1,04
		2024	12.428	0,99	0,97 - 1,01

Dimension		Ergebnis n	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	-	-	-
	2023	81	1,08	0,81 - 1,52
	2024	106	1,02	0,84 - 1,23
Bund	**2022**	-	-	-
	2023	13.945	1,02	1,01 - 1,04
	2024	14.612	0,99	0,97 - 1,01

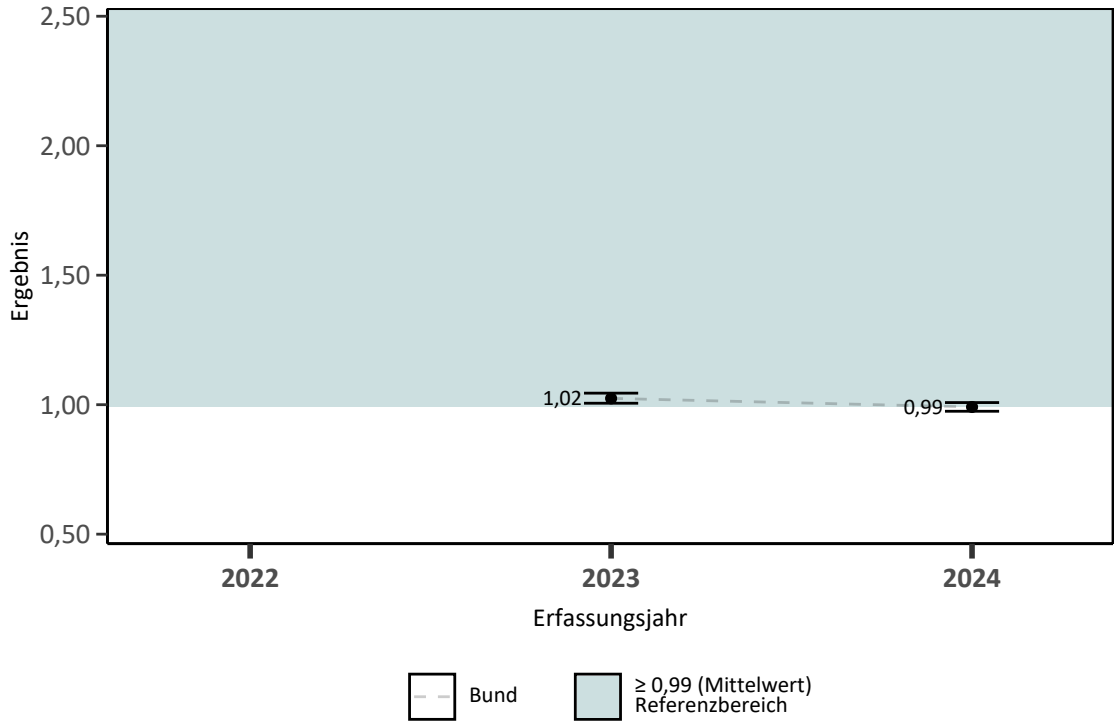
* Das Ergebnis wird als sog. Standardized Mortality Odds Ratio (SMOR) ausgewiesen. Es beschreibt das Verhältnis aus beobachteter zur erwarteter Chance für Punkte im Qualitätsindikator. Werte größer eins bedeuten, dass die beobachtete Chance für Punkte größer ist als die erwartete und umgekehrt. Dies ist als positiv zu werten.

Ergebnisse der Merkmale

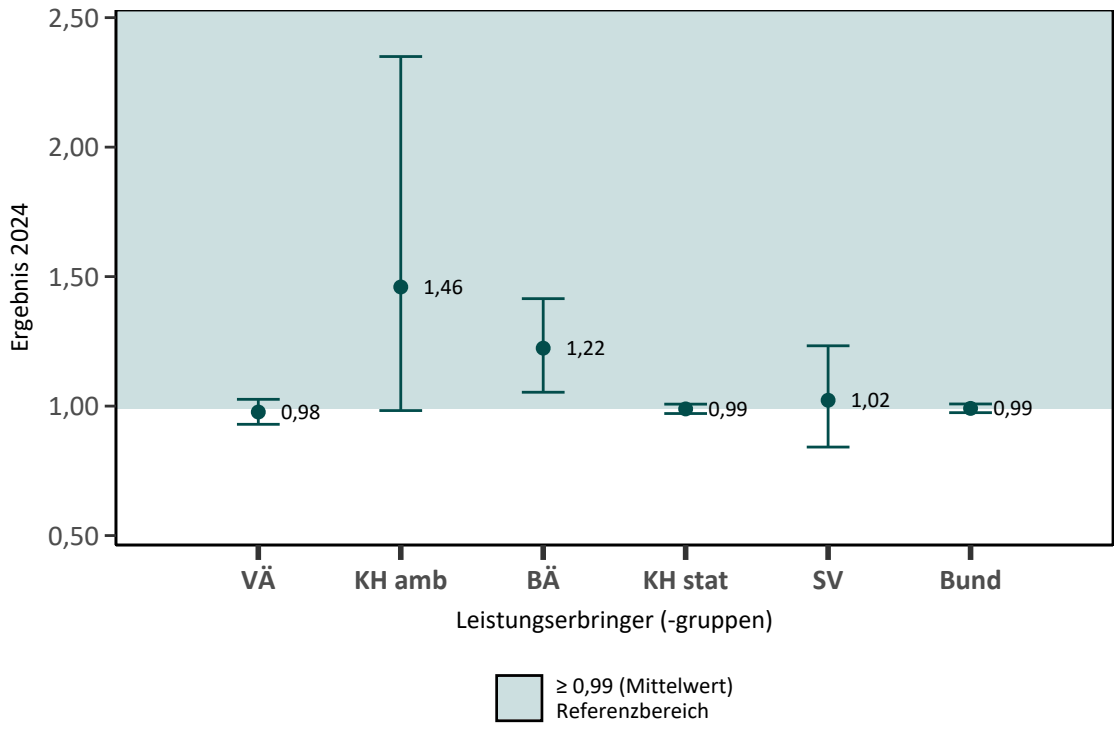
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56118	Verbesserung der Symptomschwere	0,99

Ergebnisse im Zeitverlauf

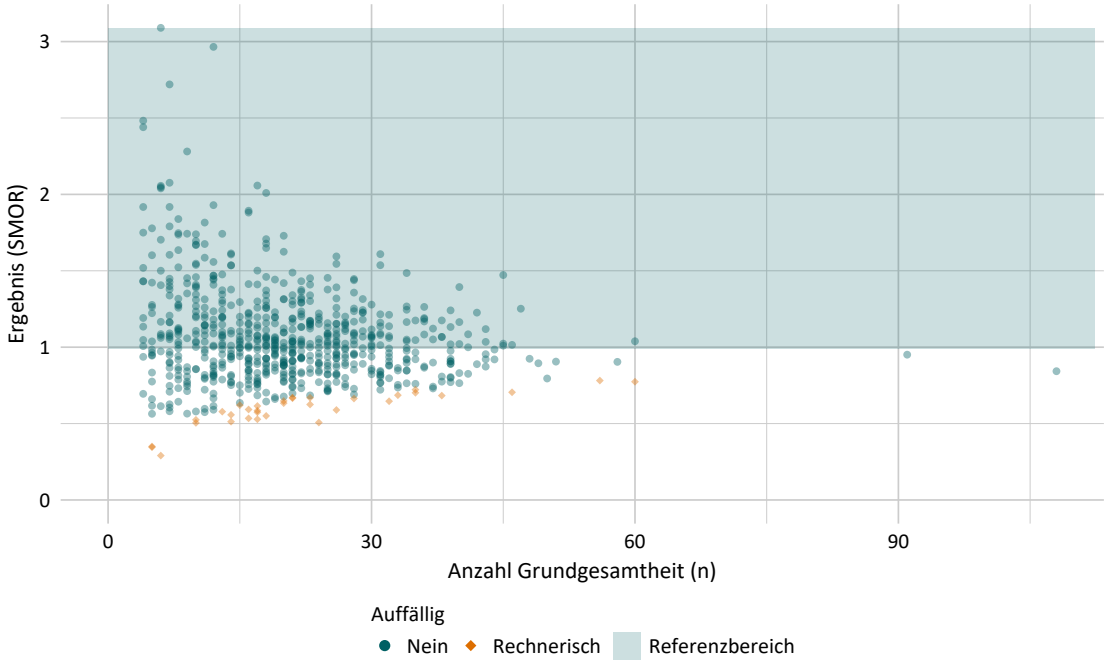
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

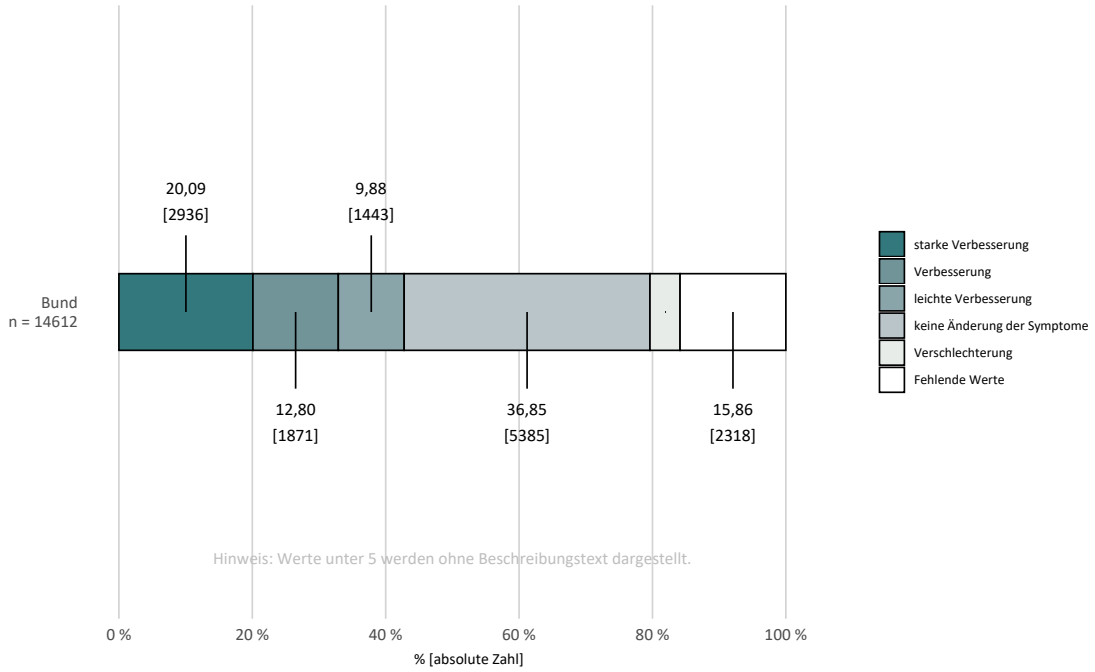


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	709	33	0,29	3,09	1,01

Verbesserung der Symptomschwere

Darstellung des Vorliegens der "Verbesserung der Symptomschwere" (berechnete Funktion)



	Bundesergebnis %	n
starke Verbesserung	20,09 %	14.612
Verbesserung	12,80 %	14.612
leichte Verbesserung	9,88 %	14.612
keine Änderung der Symptome	36,85 %	14.612
Verschlechterung	4,51 %	14.612
Fehlende Werte	15,86 %	14.612

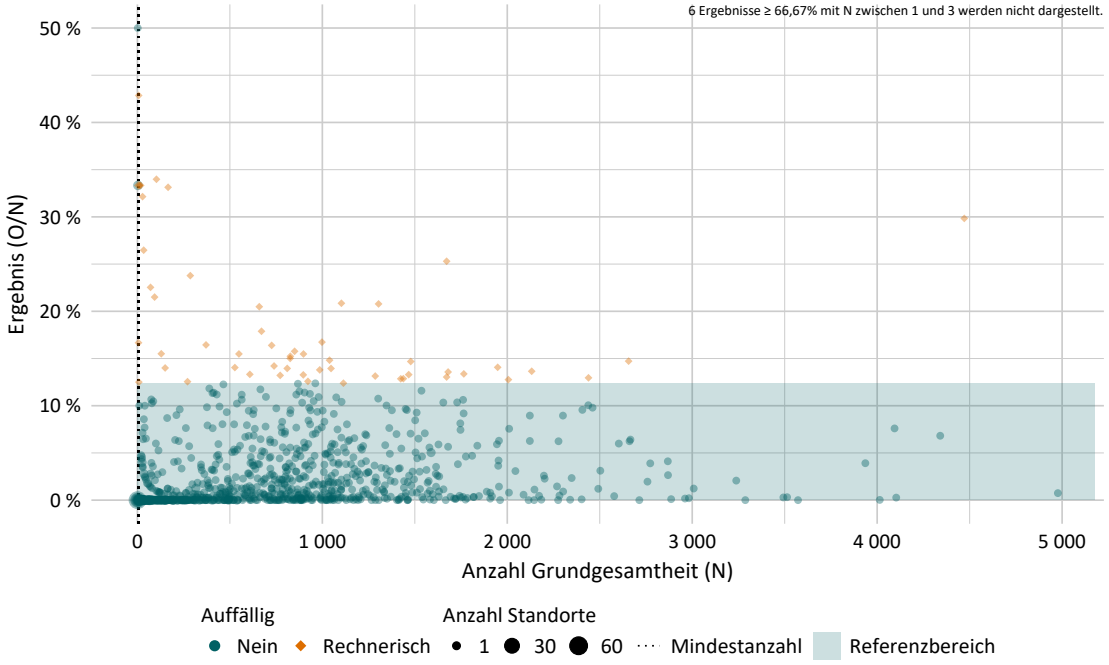
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852103: Angabe EF "unbekannt"

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die EF geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. **Hypothese** Fehlerhafte Dokumentation der Ejektionsfraktion (EF)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
Grundgesamtheit	Alle Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die im Herzkatheterlabor verstorben sind
Zähler	Alle Fälle mit einer als "unbekannt" dokumentierten Ejektionsfraktion (EF)
Referenzbereich	≤ 12,38 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.168	55	0,00	100,00	0,34

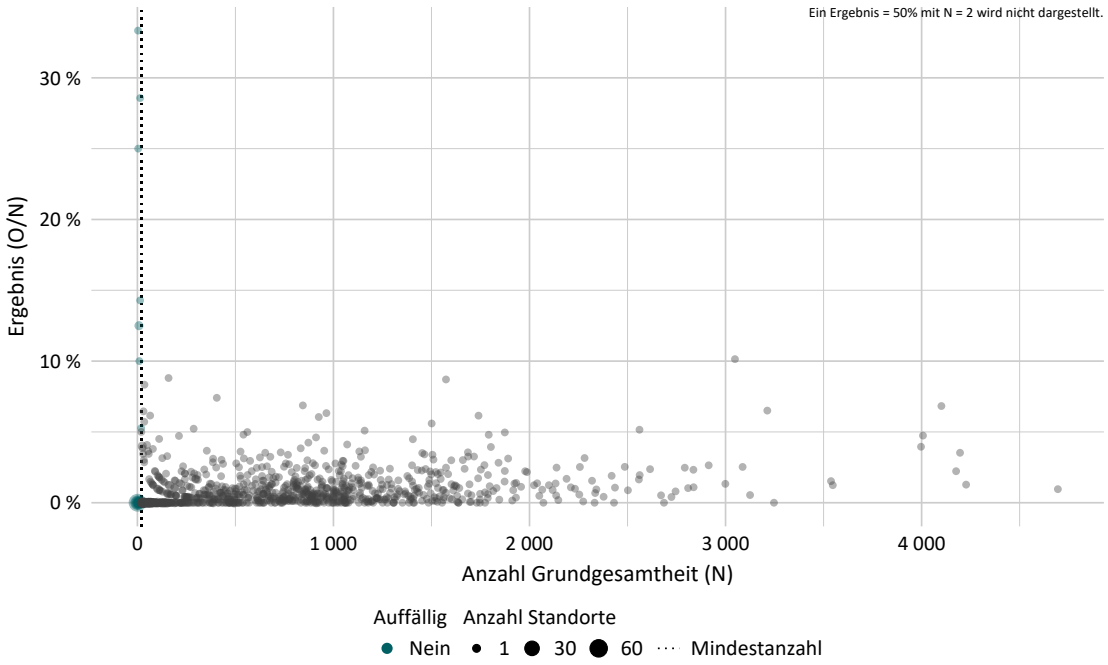
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Ambulant	**VÄ**	330 / 67.817	0,49	-
	KH	1.807 / 85.034	2,13	-
Stationär	**BÄ**	44 / 3.138	1,40	-
	KH	25.576 / 602.242	4,25	-
Selektivvertragliche Leistungen		19 / 3.594	0,53	-
Bund		27.776 / 761.825	3,65	4,71 % 55 / 1.168

852104: Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Eingriffe, für die eine Angabe "Sonstiges" erfolgt ist, werden nicht in die u. g. QI einbezogen. **Hypothese** Fehldokumentation der führenden Indikation für die Koronarangiographie.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie 56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Grundgesamtheit	Alle Prozeduren, bei denen eine isolierte Koronarangiographie oder eine einzeitige PCI erfolgt ist
Zähler	Prozeduren, für die eine Angabe "sonstiges" als führende Indikation für eine Koronarangiographie dokumentiert wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.167	0	0,00	50,00	0,28

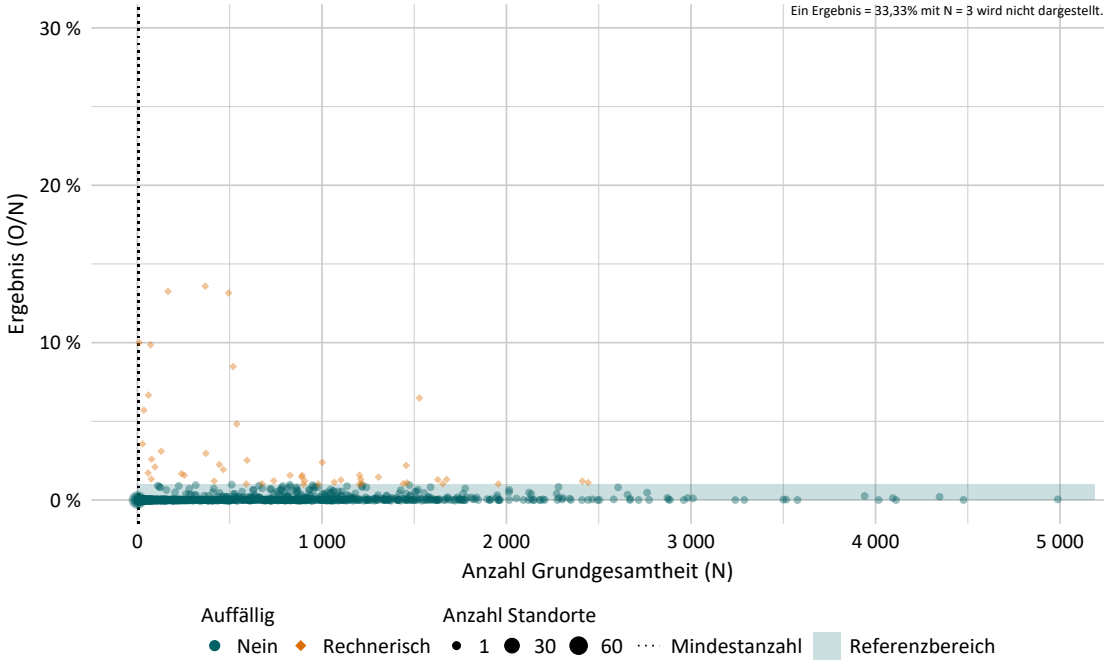
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Ambulant	**VÄ**	295 / 67.260	0,44	-
	KH	862 / 84.934	1,01	-
Stationär	**BÄ**	15 / 3.061	0,49	-
	KH	8.525 / 612.541	1,39	-
Selektivvertragliche Leistungen		22 / 3.438	0,64	-
Bund		9.719 / 771.234	1,26	0,00 % 0 / 1.167

852105: Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das Datenfeld zum "Zustand nach koronarer Bypass-OP" geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. **Hypothese** Fehldokumentation. Die Angabe liegt für die Darstellung der Koronargefäße vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	"Zustand nach koronarer Bypass-OP" ist "unbekannt"
Referenzbereich	≤ 0,99 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.168	49	0,00	33,33	0,00

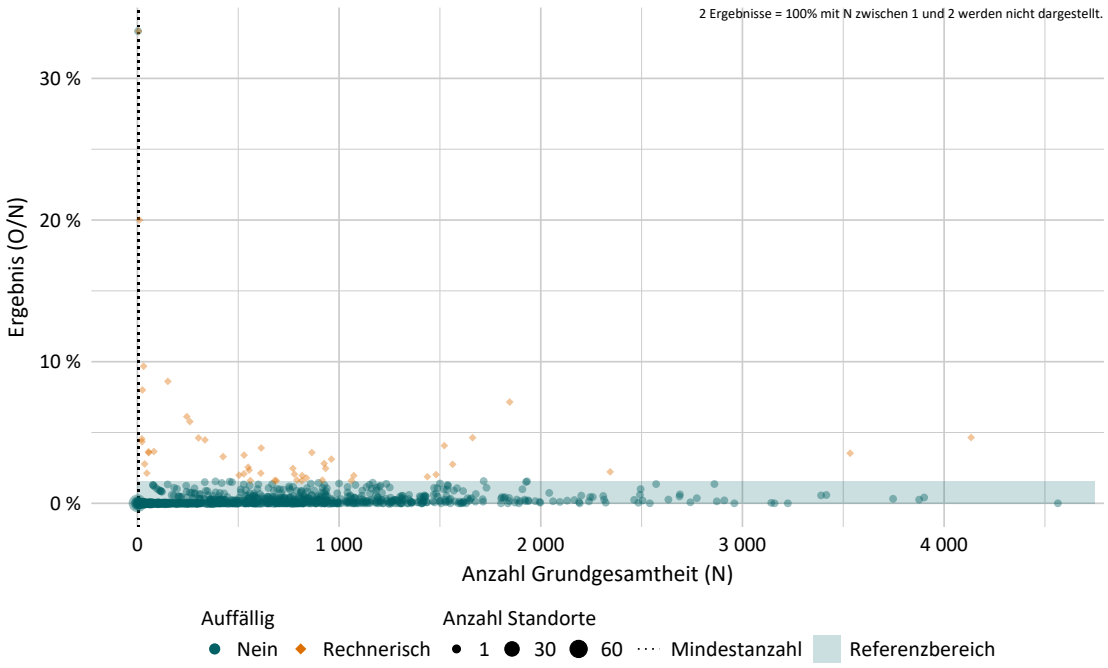
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Ambulant	**VÄ**	126 / 67.821	0,19	-
	KH	130 / 85.067	0,15	-
Stationär	**BÄ**	98 / 3.138	3,12	-
	KH	1.230 / 603.406	0,20	-
Selektivvertragliche Leistungen		0 / 3.594	0,00	-
Bund		1.584 / 763.026	0,21	4,20 % 49 / 1.168

852106: Angabe Kreatininwert "unbekannt"

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das Datenfeld "Kreatininwert" geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. **Hypothese** Unterdokumentation des Kreatininwertes (Bei Kontrastmittelgabe ist in der Regel die Nierenfunktion vorher bekannt).
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
Grundgesamtheit	Alle Prozeduren, unter Ausschluss von Notfallprozeduren
Zähler	Prozeduren, für die der Kreatininwert als "unbekannt" dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 1,57 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.154	49	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

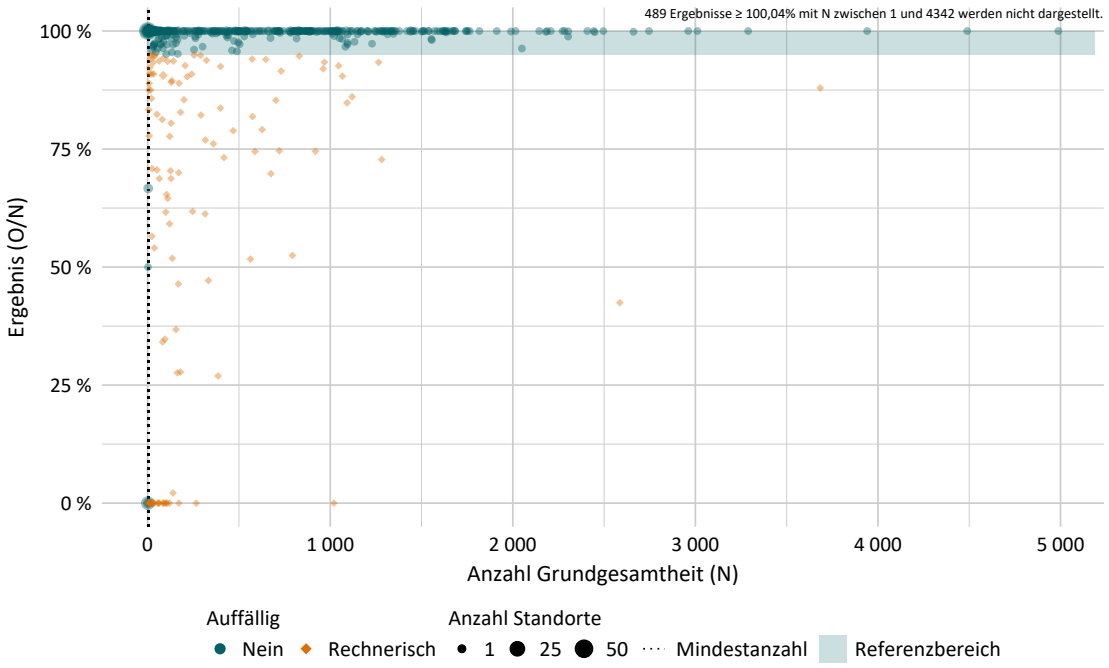
Dimension / Erfassungsjahr 2024		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Ambulant	**VÄ**	236 / 67.908	0,35	-
	KH	494 / 84.295	0,59	-
Stationär	**BÄ**	15 / 3.061	0,49	-
	KH	2.439 / 544.755	0,45	-
Selektivvertragliche Leistungen		16 / 3.607	0,44	-
Bund		3.200 / 703.626	0,45	4,25 % 49 / 1.154

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.266	113	0,00	364,29	100,00

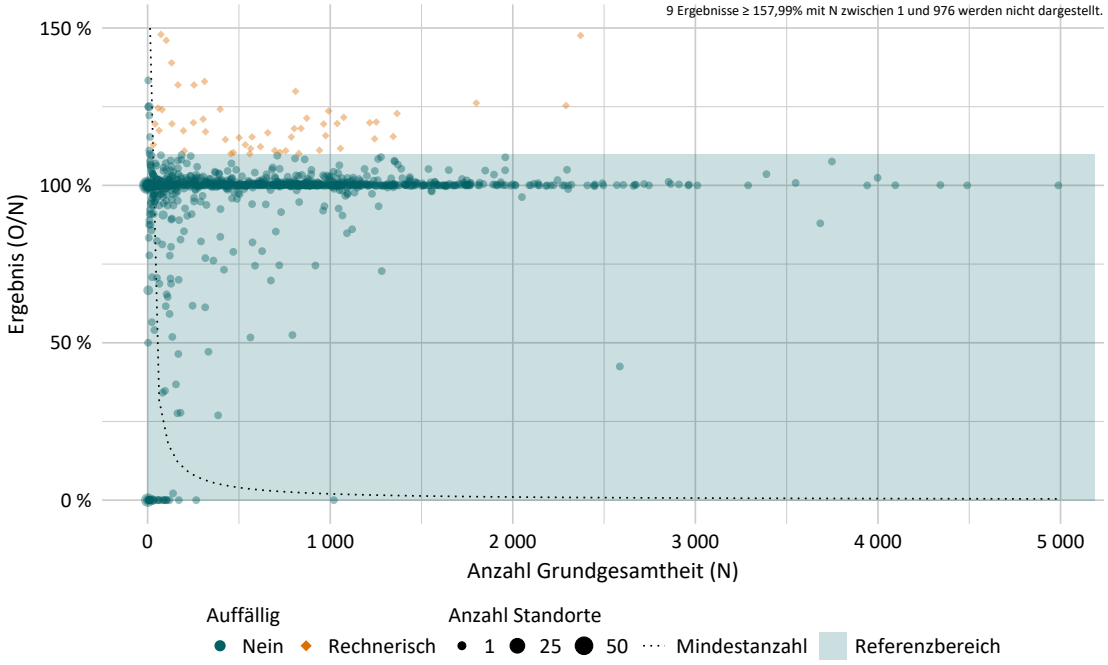
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen	70.959 / 75.408	94,10	-
Krankenhäuser	688.901 / 675.071	102,05	-
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	3.594 / 3.759	95,61	-
Bund	763.454 / 754.238	101,22	8,93 % 113 / 1.266

852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.266	59	0,00	364,29	100,00

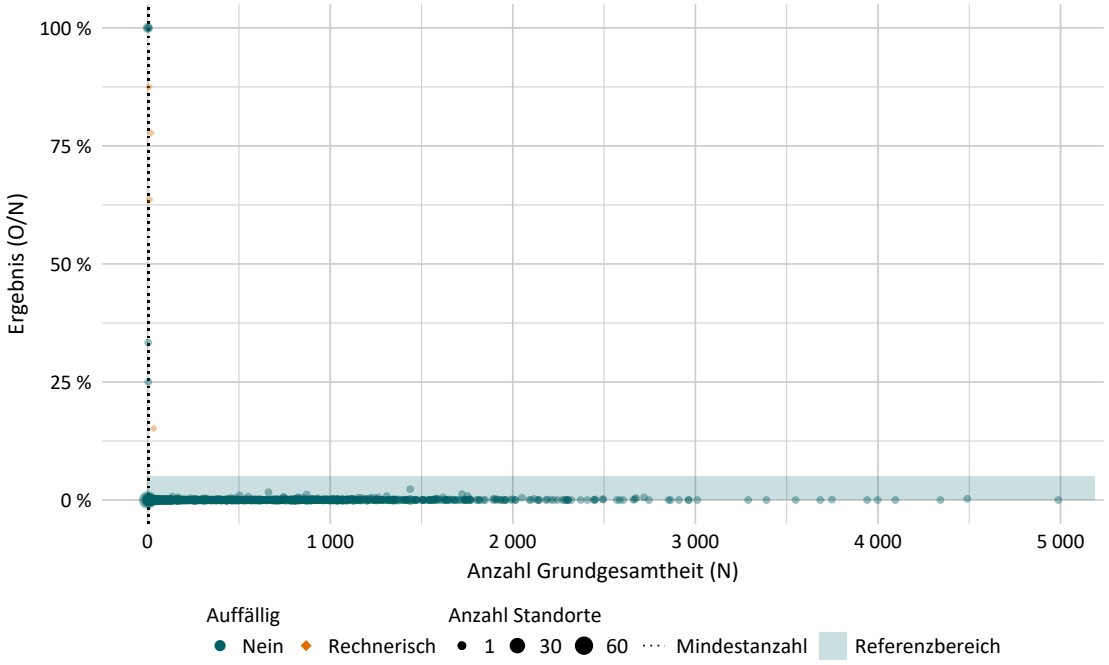
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen	70.959 / 75.408	94,10	-
Krankenhäuser	688.901 / 675.071	102,05	-
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	3.594 / 3.759	95,61	-
Bund	763.454 / 754.238	101,22	4,66 % 59 / 1.266

852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.266	4	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen	0 / 75.408	0,00	-
Krankenhäuser	428 / 675.071	0,06	-
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	0 / 3.759	0,00	-
Bund	428 / 754.238	0,06	0,32 % 4 / 1.266

Basisauswertung

Basis

Übersicht (Gesamt)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 763.026**	
Aufnahmequartal/Behandlungsquartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	6.731	0,88
1. Quartal	201.120	26,36
2. Quartal	192.340	25,21
3. Quartal	185.907	24,36
4. Quartal	176.928	23,19
Status des Leistungserbringers		
Krankenhaus	688.473	90,23
Vertragsarzt	70.959	9,30
Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen	3.594	0,47
Art der Leistungserbringung		
ambulant erbrachte Leistung	156.482	20,51
stationär erbrachte Leistung	604.725	79,25
vorstationär erbrachte Leistung	1.819	0,24
Verbringungsleistung		
nein, keine Verbringungsleistung	676.218	98,22
ja, Verbringungsleistung	12.255	1,78
Gesamt	688.473	100,00

Patientinnen und Patienten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 763.026**	
Geschlecht		
(1) männlich	484.043	63,44
(2) weiblich	278.767	36,53
(3) divers	83	0,01
(8) unbestimmt	102	0,01
(9) unbekannt	31	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Erstprozedur und gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)	**N = 763.021**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	1.892	0,25
30 - 39 Jahre	8.045	1,05
40 - 49 Jahre	35.219	4,62
50 - 59 Jahre	119.538	15,67
60 - 69 Jahre	213.165	27,94
70 - 79 Jahre	213.228	27,95
≥ 80 Jahre	171.934	22,53

Altersverteilung und Geschlecht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

Alter und Geschlecht	männlich	weiblich	divers
Patientinnen und Patienten mit Erstprozedur und gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)			
Bund (gesamt)			
< 30 Jahre	1.505 **0,31 %**	386 **0,14 %**	0 **0,00 %**
30 - 39 Jahre	6.249 **1,29 %**	1.792 **0,64 %**	≤3 **x %**
40 - 49 Jahre	26.261 **5,43 %**	8.953 **3,21 %**	≤3 **x %**
50 - 59 Jahre	86.614 **17,89 %**	32.896 **11,80 %**	9 **10,84 %**
60 - 69 Jahre	144.410 **29,83 %**	68.689 **24,64 %**	20 **24,10 %**
70 - 79 Jahre	127.367 **26,31 %**	85.786 **30,77 %**	31 **37,35 %**
≥ 80 Jahre	91.634 **18,93 %**	80.263 **28,79 %**	19 **22,89 %**
Gesamt	484.040 **100,00 %**	278.765 **100,00 %**	83 **100,00 %**

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 746.642**	
BMI-Klassifikation (WHO)		
Untergewicht (< 18,5)	9.000	1,21
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	213.619	28,61
leichtes Übergewicht (≥ 25 - < 30)	292.001	39,11
Übergewicht Klasse I (≥ 30 - < 35)	153.201	20,52
Übergewicht Klasse II (≥ 35 - < 40)	54.150	7,25
Übergewicht Klasse III (≥ 40)	24.671	3,30

Vorgeschichte

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 763.026**	
Zustand nach koronarer Bypass-OP		
(0) nein	719.577	94,31
(1) ja	41.865	5,49
(9) unbekannt	1.584	0,21
Ejektionsfraktion unter 40 %		
(0) nein	630.852	82,68
(1) ja	92.746	12,16
(2) fraglich	11.456	1,50
(9) unbekannt	27.972	3,67

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Prozeduren	**N = 795.541**	
Herzinsuffizienz (nach NYHA)		
(0) nein	214.389	26,95
(1) ja, NYHA I	89.977	11,31
(2) ja, NYHA II	294.557	37,03
(3) ja, NYHA III	165.189	20,76
(4) ja, NYHA IV	31.429	3,95
davon kardiogener Schock		
(0) nein	17.693	56,30
(1) ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert	7.689	24,46
(2) ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	6.047	19,24

Interventionen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Prozeduren	**N = 795.541**	
Interventionen gesamt		
isolierte Koronarangiographie	485.907	61,08
isolierte PCI	24.307	3,06
einzeitig Koronarangiographie und PCI	285.327	35,87
Dringlichkeit der Prozedur		
(1) elektiv	532.402	66,92
(2) dringend	171.224	21,52
(3) notfallmäßig	91.915	11,55

Postprozeduraler Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 763.026**	
postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	762.365	99,91
(1) ja, NSTEMI	317	0,04
(2) ja, STEMI	344	0,05
postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		
(0) nein	762.390	99,92
(1) ja, TIA	246	0,03
(2) ja, Schlaganfall	390	0,05

Postprozeduraler Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 763.026**	
postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei einer Koronarangiographie oder PCI		
(0) nein	762.247	99,90
(1) ja	779	0,10
postprozedurale Transfusion im Zusammenhang mit der durchgeführten PCI oder Koronarangiographie		
(0) nein	762.043	99,87
(1) ja	983	0,13

Koronarangiographie

Patientinnen und Patienten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 749.041**	
Geschlecht		
(1) männlich	473.756	63,25
(2) weiblich	275.073	36,72
(3) divers	82	0,01
(8) unbestimmt	99	0,01
(9) unbekannt	31	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Koronarangiographie bei Erstprozedur mit gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)	**N = 748.722**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	1.887	0,25
30 - 39 Jahre	8.004	1,07
40 - 49 Jahre	34.799	4,65
50 - 59 Jahre	117.574	15,70
60 - 69 Jahre	209.107	27,93
70 - 79 Jahre	208.866	27,90
≥ 80 Jahre	168.485	22,50

Vorgeschichte

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 771.234**	
Herzinsuffizienz (nach NYHA)		
(0) nein	208.042	26,98
(1) ja, NYHA I	87.456	11,34
(2) ja, NYHA II	284.557	36,90
(3) ja, NYHA III	160.406	20,80
(4) ja, NYHA IV	30.773	3,99
davon kardiogener Schock		
(0) nein	17.297	56,21
(1) ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert	7.541	24,51
(2) ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	5.935	19,29

	Bund (gesamt)	
	n	%
Elektive oder dringliche Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 680.443**	
Dialysepflicht		
(0) nein	667.572	98,11
(1) ja	9.399	1,38
(9) unbekannt	3.472	0,51

Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 771.234**	
Akutes Koronarsyndrom[6]		
(0) nein	534.711	69,33
davon Angina pectoris		
(0) nein	153.927	28,79
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	52.952	9,90
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	189.452	35,43
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	84.287	15,76
(4) atypische Angina pectoris	54.093	10,12
(1) ja	236.523	30,67
davon Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms		
(0) nein	222.297	93,99
(1) ja	14.226	6,01

[6] ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina)

Indikation und Diagnose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Koronarangiographien	**N = 771.234**	
Führende Indikation zur Koronarangiographie		
(1) V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK	257.951	33,45
(2) Verdacht auf Progression der bekannten KHK	179.284	23,25
(3) akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)	64.568	8,37
(4) akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungs-Infarkt (NSTEMI)	127.451	16,53
(5) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden)	43.858	5,69
(6) subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden)	6.541	0,85
(7) elektive Kontrolle nach Koronarintervention	17.104	2,22
(8) Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%)	19.975	2,59
(9) Vitium bzw. Endokarditis	44.040	5,71
(10) Komplikation nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI	743	0,10
(99) sonstige	9.719	1,26
Führende Diagnose nach Herzkatheter		
(0) Ausschluss KHK	75.595	9,80
(1) KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%	157.096	20,37
(2) KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)	426.727	55,33
(3) Kardiomyopathie	20.405	2,65
(4) Herzklappenvitium	29.813	3,87
(5) Aortenaneurysma	1.331	0,17
(6) hypertensive Herzerkrankung	29.888	3,88
(9) andere kardiale Erkrankung	30.379	3,94

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 771.234**	
objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen		
(0) nein	144.470	18,73
(1) ja	304.635	39,50
(2) fraglich	51.517	6,68
(9) unbekannt	34.089	4,42
zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik bei nachgewiesenen oder fraglichen Ischämiezeichen		
(1) Ruhe-EKG	72.445	20,34
(2) Ruhe-Echokardiographie	134.411	37,74
(3) Belastungs-EKG	50.741	14,25
(4) Stress-Echokardiographie	16.169	4,54
(5) nicht-invasive radiologische und nuklearmedizinische Verfahren zum Nachweis einer Ischämie oder Darstellung der Koronaranatomie	53.290	14,96
(8) sonstiges	29.096	8,17

Intervention

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Koronarangiographien	**N = 771.234**	
Anzahl diagnostischer Koronarangiographien (mit oder ohne Intervention) während eines Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb eines Behandlungsfalles (ambulant)		
1 Prozedur	735.451	95,36
2 Prozeduren	32.498	4,21
3 Prozeduren	2.415	0,31
4 Prozeduren	714	0,09
5 Prozeduren	40	0,01
> 5 Prozeduren	116	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 771.234**	
Dringlichkeit der Prozedur		
(1) elektiv	514.004	66,65
(2) dringend	166.439	21,58
(3) notfallmäßig	90.791	11,77

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl elektiver oder dringlicher Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	677.295
5. Perzentil	0,63
Mittelwert	1,12
Median	1,00
95. Perzentil	1,80

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl elektiver oder dringlicher Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	677.295
5. Perzentil	56,00
Mittelwert	98,99
Median	88,40
95. Perzentil	159,12

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Elektive und dringliche Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 680.443**	
Kreatininwert i.S. unbekannt		
(1) ja	3.107	0,46

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 771.234**	
Dosis-Flächen-Produkt bekannt		
(0) nein	1.803	0,23
(1) ja	769.431	99,77

	Bund (gesamt)
Dosis-Flächen-Produkt (in cGy x cm²)	
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 99.999	769.431
5. Perzentil	213,00
25. Perzentil	592,00
Median	1.191,00
Mittelwert	1.893,72
75. Perzentil	2.333,00
95. Perzentil	5.740,00

	Bund (gesamt)
applizierte Kontrastmittelmenge (in ml)	
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 999	771.234
5. Perzentil	30,00
25. Perzentil	50,00
Median	83,00
Mittelwert	104,79
75. Perzentil	140,00
95. Perzentil	240,00

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 771.234**	
Intraprozedural auftretende Ereignisse[7]		
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem intraprozeduralen Ereignis	5.902	0,77
koronarer Verschluss	1.132	0,15
TIA / Schlaganfall	175	0,02
Exitus im Herzkatheterlabor	1.165	0,15
sonstige	3.707	0,48

[7] Mehrfachnennung möglich

PCI

Patientinnen und Patienten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 295.280**	
Geschlecht		
(1) männlich	208.557	70,63
(2) weiblich	86.652	29,35
(3) divers	23	0,01
(8) unbestimmt	35	0,01
(9) unbekannt	13	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
PCI bei Erstprozedur mit gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)	**N = 282.834**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	150	0,05
30 - 39 Jahre	1.878	0,66
40 - 49 Jahre	11.895	4,21
50 - 59 Jahre	43.494	15,38
60 - 69 Jahre	78.862	27,88
70 - 79 Jahre	78.669	27,81
≥ 80 Jahre	67.886	24,00

Vorgeschichte

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 309.634**	
Herzinsuffizienz (nach NYHA)		
(0) nein	85.741	27,69
(1) ja, NYHA I	34.881	11,27
(2) ja, NYHA II	114.277	36,91
(3) ja, NYHA III	59.741	19,29
(4) ja, NYHA IV	14.994	4,84
davon kardiogener Schock		
(0) nein	6.527	43,53
(1) ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert	4.297	28,66
(2) ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	4.170	27,81

	Bund (gesamt)	
	n	%
Elektive oder dringliche Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 245.485**	
Dialysepflicht		
(0) nein	240.410	97,93
(1) ja	3.846	1,57
(9) unbekannt	1.229	0,50

Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 309.634**	
Akutes Koronarsyndrom[8]		
(0) nein	170.515	55,07
davon stabile Angina pectoris		
(0) nein	35.069	20,57
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	15.274	8,96
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	69.270	40,62
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	39.895	23,40
(4) atypische Angina pectoris	11.007	6,46
(1) ja	139.119	44,93
davon Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms		
(0) nein	129.563	93,13
(1) ja	9.556	6,87

[8] ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina)

Indikation und Diagnose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle PCI	**N = 309.634**	
Indikation zur PCI		
(1) stabile Angina pectoris (nach CCS)	110.955	35,83
(2) akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)	28.379	9,17
(3) akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	74.757	24,14
(4) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden)	38.084	12,30
(5) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden)	5.316	1,72
(6) prognostische Indikation oder stumme Ischämie	45.685	14,75
(7) Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI	669	0,22
(9) sonstige	5.789	1,87

Intervention

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle PCI	**N = 309.634**	
Anzahl PCI während eines Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb eines Behandlungsfalls (ambulant)		
1 Prozedur	284.673	91,94
2 Prozeduren	23.221	7,50
3 Prozeduren	1.305	0,42
4 Prozeduren	365	0,12
5 Prozeduren	15	0,00
> 5 Prozeduren	55	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 309.634**	
Dringlichkeit der Prozedur		
(1) elektiv	171.894	55,52
(2) dringend	73.591	23,77
(3) notfallmäßig	64.149	20,72

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl elektiver oder dringlicher Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	244.167
5. Perzentil	0,70
Mittelwert	1,15
Median	1,00
95. Perzentil	1,90
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl elektiver oder dringlicher Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	244.167
5. Perzentil	61,88
Mittelwert	101,81
Median	88,40
95. Perzentil	167,96

	Bund (gesamt)	
	n	%
Elektive und dringliche Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 245.485**	
Kreatininwert i.S. unbekannt		
(1) ja	1.311	0,53

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle PCI	**N = 309.634**	
Intervention (nach OPS)[9]		
(8-837.0*) Ballon-Angioplastie	278.139	89,83
(8-837.1*) Laser-Angioplastie	53	0,02
(8-837.2*) Atherektomie	374	0,12
(8-837.5*) Rotablation	7.495	2,42
(8-837.k*) Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents	2.265	0,73
(8-837.m*) Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents	275.047	88,83
(8-837.p) Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)	735	0,24
(8-837.q) Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)	17.031	5,50
(8-837.u) Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents	34	0,01
(8-837.v) Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents	184	0,06
(8-837.w*) Einlegen eines beschichteten Stents	967	0,31
PCI an[10]		
(1) Hauptstamm	19.366	6,25
(2) LAD	151.049	48,78
(3) RCX	85.092	27,48
(4) RCA	102.244	33,02

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle PCI	**N = 309.634**	
PCI mit besonderen Merkmalen		
(0) nein	172.901	55,84
(1) ja	136.733	44,16
davon[11]		
PCI am kompletten Gefäßverschluss	52.608	16,99
PCI eines Koronarbypasses	4.181	1,35
PCI am ungeschützten Hauptstamm	15.130	4,89
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA	30.148	9,74
PCI am letzten verbliebenen Gefäß	1.278	0,41
PCI an einer In-Stent Stenose	27.344	8,83
PCI an einer Bifurkationsstenose	34.027	10,99
sonstiges	19.725	6,37

[9] Mehrfachnennung möglich
[10] Mehrfachnennung möglich
[11] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Door-to-Ballon-Zeit (in Min)	
PCI bei Erstprozedur mit Angabe von Werten[12]	32.671
5. Perzentil	17,00
25. Perzentil	30,00
Median	43,00
Mittelwert	370,73
75. Perzentil	58,00
95. Perzentil	119,00

[12] Bei Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt und keiner oder unbekannter Fibrinolyse. Berücksichtigt werden nur Prozeduren, mit Door- und Balloondatumsangaben aus dem Erfassungsjahr, dem Jahr davor oder fehlenden Angaben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 309.634**	
Dosis-Flächen-Produkt bekannt		
(0) nein	708	0,23
(1) ja	308.926	99,77

	Bund (gesamt)
Dosis-Flächen-Produkt (in cGy x cm²)	
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 99.999	308.926
5. Perzentil	500,00
25. Perzentil	1.250,00
Median	2.223,00
Mittelwert	3.077,61
75. Perzentil	3.849,00
95. Perzentil	8.289,00

	Bund (gesamt)
applizierte Kontrastmittelmenge (in ml)	
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 999	309.634
5. Perzentil	70,00
25. Perzentil	110,00
Median	150,00
Mittelwert	161,00
75. Perzentil	200,00
95. Perzentil	295,00

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 309.634**	
Intraprozedural auftretende Ereignisse[13]		
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem intraprozeduralen Ereignis	4.716	1,52
koronarer Verschluss	1.159	0,37
TIA / Schlaganfall	79	0,03
Exitus im Herzkatheterlabor	929	0,30
sonstige	2.821	0,91

[13] Mehrfachnennung möglich

Sozialdaten

Erfassungsjahr 2023

7 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2023

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI	**N = 752.266**	
Aneurysma spurium bei therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (QI 56012)		
I72.4 Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	175	0,02
I72.1 Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität	32	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem akuten Myokardinfarkt	**N = 399.576**	
akuter Myokardinfarkt bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	763	0,19
I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	53	0,01
I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	34	0,01
I21.3 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	16	0,00
I21.2 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	9	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem akuten Myokardinfarkt	**N = 180.890**	
akuter Myokardinfarkt bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	400	0,22
I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	106	0,06
I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	59	0,03
I21.2 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	15	0,01
I21.3 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	7	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem rezidivierenden Myokardinfarkt	**N = 43.578**	
rezidivierender Myokardinfarkt bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
I22 Rezidivierender Myokardinfarkt	8	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall	**N = 432.369**	
Schlaganfall bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
I63 Hirninfarkt	405	0,09
I61 Intrazerebrale Blutung	17	0,00
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall	**N = 254.860**	
Schlaganfall bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
I63 Hirninfarkt	200	0,08
I61 Intrazerebrale Blutung	26	0,01
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall	**N = 43.249**	
Schlaganfall bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
I63 Hirninfarkt	38	0,09
I61 Intrazerebrale Blutung	5	0,01
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegender transitorischer ischämischer Attacke (TIA)	**N = 434.639**	
TIA (transitorische ischämische Attacke) bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	87	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegender transitorischer ischämischer Attacke (TIA)	**N = 256.116**	
TIA (transitorische ischämische Attacke) bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	43	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegender transitorischer ischämischer Attacke (TIA)	**N = 43.684**	
TIA (transitorische ischämische Attacke) bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	11	0,03

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI	**N = 752.266**	
chirurgische Intervention bei therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (QI 56012)		
5-388.70 Naht von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	1.155	0,15
5-381.70 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	573	0,08
5-380.70 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	516	0,07
5-395.70 Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	294	0,04
5-381.71 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	196	0,03
5-381.54 Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	152	0,02
8-840.0s (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel	140	0,02
5-380.71 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	139	0,02
5-380.54 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	137	0,02
5-388.24 Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis	124	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI	**N = 752.266**	
Thrombininjektion bei therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (QI 56012)		
8-020.c Therapeutische Injektion: Thrombininjektion nach Anwendung eines Katheters in einer Arterie	709	0,09

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall oder initial vorliegender transitorischen ischämischen Attacke (TIA)	**N = 431.770**	
neurologische Komplexbehandlung bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	488	0,11
8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	34	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall oder initial vorliegender transitorischen ischämischen Attacke (TIA)	**N = 254.556**	
neurologische Komplexbehandlung bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	288	0,11
8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	23	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall oder initial vorliegender transitorischen ischämischen Attacke (TIA)	**N = 43.206**	
neurologische Komplexbehandlung bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	55	0,13
8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	7	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem akuten Myokardinfarkt	**N = 399.576**	
Thrombolyse bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
8-020.8 Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	269	0,07
8-837.60 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Eine Koronararterie	10	0,00
8-837.61 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Mehrere Koronararterien	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem akuten Myokardinfarkt	**N = 180.890**	
Thrombolyse bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
8-837.60 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Eine Koronararterie	106	0,06
8-020.8 Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	93	0,05
8-837.61 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Mehrere Koronararterien	9	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem rezidivierenden Myokardinfarkt	**N = 43.578**	
Thrombolyse bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
8-837.60 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Eine Koronararterie	276	0,63
8-020.8 Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	231	0,53
8-837.61 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Mehrere Koronararterien	16	0,04

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall oder initial vorliegender transitorischen ischämischen Attacke (TIA)	**N = 431.770**	
Thrombolyse nach Schlaganfall/TIA bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
8-836.70 (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße intrakraniell	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall oder initial vorliegender transitorischen ischämischen Attacke (TIA)	**N = 254.556**	
Thrombolyse nach Schlaganfall/TIA bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
8-836.70 (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße intrakraniell	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall oder initial vorliegender transitorischen ischämischen Attacke (TIA)	**N = 43.206**	
Thrombolyse nach Schlaganfall/TIA bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
8-836.70 (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße intrakraniell	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt	**N = 256.434**	
Anlegen eines aortokoronaren Bypass bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
5-361.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	304	0,12
5-362.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	70	0,03
5-361.13 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Arterien	69	0,03
5-362.13 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien	26	0,01
5-361.23 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Arterien	24	0,01
5-362.33 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	19	0,01
5-362.63 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	18	0,01
5-361.33 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass vierfach: Mit autogenen Arterien	12	0,00
5-362.93 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	≤3	x
5-361.16 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit Prothese	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt	**N = 43.728**	
Anlegen eines aortokoronaren Bypass bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
5-361.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	149	0,34
5-361.13 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Arterien	30	0,07
5-362.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	30	0,07
5-361.23 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Arterien	21	0,05
5-362.33 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	8	0,02
5-362.63 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	8	0,02
5-361.33 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass vierfach: Mit autogenen Arterien	7	0,02
5-362.13 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien	≤3	x
5-361.43 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass fünffach: Mit autogenen Arterien	≤3	x
5-362.23 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Endoskopie: Mit autogenen Arterien	≤3	x

Mortalität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten	**N = 435.262**	
7-Tage-Sterblichkeit nach Indexeingriff bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)[14]		
Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: neu aufgetretener Herzinfarkt, TIA bzw. Schlaganfall, Tod	6.625	1,52
davon		
Verstorbene	4.600	69,43

[14] Patientin oder Patient ist innerhalb von 7 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben
Datenquelle: ausschließlich Sozialdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt	**N = 256.434**	
7-Tage-Sterblichkeit nach Indexeingriff bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)[15]		
Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod	9.386	3,66
davon		
Verstorbene	3.965	42,24

[15] Patientin oder Patient ist innerhalb von 7 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben
Datenquelle: ausschließlich Sozialdaten

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt	**N = 43.728**	
7-Tage-Sterblichkeit nach Indexeingriff bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)[16]		
Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Reinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod	5.945	13,60
davon		
Verstorbene	3.653	61,45

[16] Patientin oder Patient ist innerhalb von 7 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben
Datenquelle: ausschließlich Sozialdaten

30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2023

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI	**N = 752.266**	
30-Tage-Sterblichkeit nach Indexeingriff[17]		
Isolierte Koronarangiographie	416.152	55,32
davon		
Verstorbene	9.145	2,20
PCI[18]	244.777	32,54
davon		
Verstorbene	11.621	4,75
PCI bei STEMI[19]	33.795	4,49
davon		
Verstorbene	4.816	14,25

[17] Patientin oder Patient ist innerhalb von 30 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben
Datenquelle: ausschließlich Sozialdaten

[18] Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)

[19] isolierte- oder Einzeitig-PCI bei STEMI

365 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2023

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI	**N = 752.266**	
1-Jahres-Sterblichkeit nach Indexeingriff[20]		
Isolierte Koronarangiographie	416.152	55,32
davon		
Verstorbene	30.167	7,25
PCI[21]	244.777	32,54
davon		
Verstorbene	23.890	9,76
PCI bei STEMI[22]	33.795	4,49
davon		
Verstorbene	6.136	18,16

[20] Patientin oder Patient ist innerhalb eines Jahres nach (letzter) Prozedur verstorben
Datenquelle: ausschließlich Sozialdaten

[21] Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)

[22] isolierte- oder Einzeitig-PCI bei STEMI

Patientenbefragung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Gültige Fragebögen	**N = 71.106**	
Art der Prozedur		
isolierte Koronarangiographie	45.479	63,96
PCI (isoliert oder einzeitig)	25.627	36,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Gültige Fragebögen	**N = 71.106**	
Dringlichkeit der Prozedur		
elektiv	48.610	68,36
dringlich	22.496	31,64

Patientinnen und Patienten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit gültigen Fragebögen	**N = 71.106**	
Geschlecht		
männlich	43.530	61,22
weiblich	26.076	36,67
divers	16	0,02
keine Angabe	1.479	2,08

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit gültigen Fragebögen	**N = 71.106**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	129	0,18
30 - 39 Jahre	428	0,60
40 - 49 Jahre	1.918	2,70
50 - 59 Jahre	9.488	13,34
60 - 69 Jahre	20.530	28,87
70 - 79 Jahre	21.280	29,93
≥ 80 Jahre	15.569	21,90

Stichprobenbeschreibung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fragebögen	**N = 135.884**	
Brutto-Netto Zahlen		
Anzahl versendete Fragebögen	135.884	100,00
Anzahl zurückgeschickter Fragebögen	71.106	52,33
Anzahl unzustellbarer Fragebögen	2.066	1,52

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (Verfahren in Erprobung)

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (Verfahren in Erprobung). Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

AUFTRAGGEBER

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

HERAUSGEBER

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 8
Vorbemerkung 10
Hygiene- und Infektionsmanagement 12
1 Hintergrund 13
2 Einordnung der Ergebnisse 16
2.1 Datengrundlage 16
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 18
2.2.1 Überblick 18
2.2.2 Detailergebnisse 23
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 25
2.3.1 Überblick 25
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 26
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 26
Nosokomiale postoperative Wundinfektionen 30
1 Hintergrund 31
2 Einordnung der Ergebnisse 35
2.1 Datengrundlage 35
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 39
2.2.1 Überblick 39
2.2.2 Detailergebnisse 47
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 57
2.3.1 Überblick 57
2.3.2 Detailergebnisse 60
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 68
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 68
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 71
Evaluation 72
Ausblick 74

Literatur 75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-A 14
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-S 14
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – WI-HI-A 16
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – WI-HI-S 17
Tabelle 5: QI 1000: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung inklusive Anzahl der LE mit 0 Punkten (AJ 2025) 18
Tabelle 6: QI 2000: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung inklusive Anzahl der LE mit 0 Punkten (AJ 2025) 19
Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-A 21
Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-HI-A 21
Tabelle 9: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-S 21
Tabelle 10: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-HI-S 22
Tabelle 11: QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung 23
Tabelle 12: QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung 24
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-A 26
Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-S 27
Tabelle 15: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-A 32
Tabelle 16: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-S 33
Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – WI-NI-D 34
Tabelle 18: Anzahl von Fällen, zu denen Daten zur Berechnung der Indikatoren übermittelt wurden (AJ 2025, EJ 2023) 36
Tabelle 19: Anzahl von Leistungserbringern, von denen Daten zur Berechnung der Indikatoren übermittelt wurden (AJ 2025, EJ 2023) 36
Tabelle 20: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – WI-NI-A, WI-NI-S – Erfassungsmodul NWIF 36
Tabelle 21: Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR) (AJ 2025, EJ 2023) – WI-NI-A, WI-NI-S – Erfassungsmodul NWITR 36
Tabelle 22: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-A 41
Tabelle 23: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-NI-A 42
Tabelle 24: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-S 43

Tabelle 25: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-NI-S 45
Tabelle 26: QI 1500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 47
Tabelle 27: QI 1501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 48
Tabelle 28: TKez 332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen) 48
Tabelle 29: TKez 1502: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 49
Tabelle 30: TKez 332400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follo 49
Tabelle 31: TKez 1503: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 49
Tabelle 32: TKez 332401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 50
Tabelle 33: QI 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 50
Tabelle 34: QI 2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 51
Tabelle 35: QI 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 52
Tabelle 36: QI 2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 53
Tabelle 37: TKez 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) 54
Tabelle 38: TKez 2504: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 54
Tabelle 39: TKez 2505: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 55
Tabelle 40: TKez 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Foll 55

Tabelle 41: TKez 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 55
Tabelle 42: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – WI-NI-D 57
Tabelle 43: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – WI-NI-D 58
Tabelle 44: AK 852303: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 59
Tabelle 45: AK 852304: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 59
Tabelle 46: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS WI 61
Tabelle 47: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS WI 64
Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-A 68
Tabelle 49: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-S 69
Tabelle 50: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – WI-NI-A 70
Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – WI-NI-S 71

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BL	Bundesland
BQB	Bundesqualitätsbericht
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
EXG	Expertengremium
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HI	Hygiene- und Infektionsmanagement
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
Kez	Kennzahl
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
LE	Leistungserbringer
MD	Medizinischer Dienst
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
N	Grundgesamtheit
n. a.	nicht anwendbar
NI	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen
NWIEA	Erfassungsmodul *Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren)*
NWIES	Erfassungsmodul *Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)*
NWIF	Erfassungsmodul *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen* (fallbezogen)
NWITR	Erfassungsmodul Nosokomiale Wundinfektionen - Tracer

Abkürzung	Bedeutung
NWIWI	Erfassungsmodul Nosokomiale Wundinfektionen - Postoperative Wundinfektionen
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PK	Prüfkriterium
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
POA	present on admission
QI	Qualitätsindikator
QIDB	Qualitätsindikatorendatenbank
QS WI	Qualitätssicherungsverfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen*
QS-Dokumentation	Qualitätssicherungsdokumentation
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
STNV	Stellungnahmeverfahren
TKez	Transparenzkennzahl
WI-HI-A	Auswertungsmodul *Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren – Verfahren in Erprobung*
WI-HI-S	Auswertungsmodul *Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren – Verfahren in Erprobung*
WI-NI-A	Auswertungsmodul *Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung*
WI-NI-D	Auswertungsmodul *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen*
WI-NI-S	Auswertungsmodul *Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung*

Vorbemerkung

Das Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (*QS WI*) wurde am 17. Dezember 2015 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen und ist am 1. Januar 2017 im Rahmen der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL, nicht mehr in Kraft) umgesetzt worden. Zum 1. Januar 2019 wurde das Verfahren in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt. Das Datenmodell, basierend auf Sozialdaten bei den Krankenkassen und einer fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus, ermöglichte, mehrere Millionen Tracer-Operationen über die Sozialdaten in das Verfahren einzubeziehen, wohingegen ca. 300.000 Datensätze tatsächlich von den Krankenhäusern dokumentiert werden müssen. Über die Verknüpfung dieser beiden Datenquellen wurde die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen der Krankenhäuser ermittelt. Hinzu kommt das Verfahrenselement einer einmal jährlich zu erhebenden Einrichtungsbefragung für ambulante und stationäre Leistungserbringer, die Mängel im Hygiene- und Infektionsmanagement der Leistungserbringer aufdeckt und in Zusammenschau mit der Rate an postoperativen Wundinfektionen auf die Vermeidung nosokomialer Infektionen abzielt. Der G-BA hat das Verfahren engmaschig begleitet, um den verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Herausforderungen frühzeitig zu begegnen. Hierzu wurden u. a. in den jährlichen Berichten zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung kontinuierlich Rückmeldungen von Leistungserbringern und Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) eingeholt. Es zeigten sich zahlreiche Anpassungs- und Weiterentwicklungsbedarfe zum Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement (*HI*) (z. B. Fehlen einer Sollstatistik, Anpassungsbedarf in Bezug auf unspezifische und unklare Formulierungen in den Fragebögen). Zum Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (*NI*) war insbesondere die Vollzähligkeit der Sozialdaten nicht ausreichend. Dadurch fehlten aussagekräftige Qualitätsergebnisse und -bewertungsmöglichkeiten.

Im Dezember 2020 folgte der G-BA daher der Empfehlung des IQTIG, das Verfahren für das Kalenderjahr 2021 auszusetzen. Das kurzfristige Aussetzen sollte für den Verfahrensteil *HI* eine Überarbeitung ermöglichen, um einem weiteren Akzeptanzverlust angesichts des begrenzten Nutzens bei den teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern entgegenzuwirken. Vor dem Hintergrund des innovativen Ansatzes des Verfahrens und der Komplexität der Spezifikation, sollte damit im Verfahrensteil *NI* eine Vollzähligkeit der Sozialdaten erreicht werden.

Da die zahlreichen Herausforderungen trotz dieser laufenden Überarbeitungen in diesem Zeitraum nicht behoben werden konnten, wurde das IQTIG am 19. Januar 2023 mit der Weiterentwicklung des gesamten Verfahrens beauftragt und die wissenschaftliche Erprobung erneut um zwei Jahre verlängert. Hintergrund waren die aus den Berichten zur jährlichen wissenschaftlichen Begleitung ersichtlich gewordenen, weiterhin bestehenden Herausforderungen und Überarbeitungsbedarfe.

© IQTIG 2025

Mit dem Beschluss der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung vom 21. April 2022 hat der G-BA sich dafür ausgesprochen, die Qualitätssicherung insgesamt einfacher und praxisnaher aufzustellen, damit der Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen steht, die Akzeptanz der Verfahren gewährleistet ist und damit tatsächlich die Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung erhöht wird. Unter Abwägung der verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Kriterien stellt der G-BA fest, dass das Verfahren auch nach 9 Jahren der Erprobung nicht in den Regelbetrieb überführt werden kann. Zum 1. Januar 2026 wird der G-BA das Verfahren nun voraussichtlich einstellen.

Hygiene- und Infektionsmanagement

1 Hintergrund

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einem chirurgischen Eingriff. Eine postoperative Wundinfektion entsteht durch das Eindringen von Krankheitserregern (überwiegend Bakterien) in eine Operationswunde. Als Konsequenz kann es zu einer Vermehrung der Krankheitserreger und hierdurch zu einer lokalen Entzündung und/oder einer Reaktion des ganzen Organismus kommen, die im schlimmsten Fall über einen septischen Schock und ein Organversagen zum Tod führt. Postoperative Wundinfektionen stellen heute die häufigste nosokomiale Infektionsart dar (ca. ein Viertel aller nosokomialen Infektionen) und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen stellen postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz dar. Die Ziele des QS-Verfahrens liegen gemäß § 1 Abs. 5 Satz 1 Teil 2 Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL darin, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren, das Hygiene- und Infektionsmanagement zu verbessern und einen Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen zu leisten.

Vor diesem Hintergrund soll im Verfahren *QS WI* sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen werden. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen, unabhängig davon miteinander verglichen, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.

In das Verfahren eingeschlossen werden Leistungserbringer, die Tracer-Operationen erbringen. Als Tracer-Operationen werden jene Operationen bezeichnet, die ausgewählt wurden, um in der Qualitätssicherung dahingehend betrachtet zu werden, ob sich im Anschluss an die Operation eine nosokomiale postoperative Wundinfektion entwickelt. Es handelt sich dabei um Operationen aus den Fachgebieten Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, plastische Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, Herzchirurgie (nur stationär).

Aufgrund der unterschiedlichen gemessenen Qualitätsaspekte und der unterschiedlichen Datenerfassung besteht das QS-Verfahren aus zwei Teilen: 1. Hygiene- und Infektionsmanagement (HI) und 2. Nosokomiale postoperative Wundinfektionen (NI).

Die Daten für die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement werden einmal jährlich über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erhoben. Dokumentationspflichtig sind Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahres abgerechnet haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung erhoben.

Die Daten für die Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden über eine fallbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus erhoben. Zusätzlich werden Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt, um ca. 4 Mio. Tracer-Operationen in das Verfahren einbeziehen zu können.

Qualitätsindikatoren

Das Verfahren *QS WI* umfasst insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten und stationären Operationen.

Die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements wird mit je einem Indikator bezogen auf die ambulante Versorgung (ID 1000) und einem Indikator bezogen auf die stationäre Versorgung (ID 2000) gemessen. Es handelt sich dabei um sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 10 Kennzahlen zusammensetzen. Die Kennzahlen adressieren z. B. hygienebezogene Schulungsquoten, die Art der Haarentfernung oder das Vorliegen und den Inhalt von internen Arbeitsanweisungen.

Die auf nosokomiale postoperative Wundinfektionen bezogene Qualität wird mit sechs Indikatoren gemessen – zwei bezogen auf ambulante Operationen und vier bezogen auf stationäre Operationen. Ambulant werden oberflächliche und tiefe Wundinfektionen (A1 bist A3) gemeinsam in je einem QI zu Operationen mit Implantat (bis zu 30 Tage Nachbeobachtungszeitraum) und einem QI zu Operationen ohne Implantat (bis zu 90 Tage Nachbeobachtungszeitraum) gemessen. Stationär erfolgt die Qualitätsmessung analog – mit dem Unterschied, dass über zwei zusätzliche Indikatoren tiefe Wundinfektionen separat gemessen werden (A2 und A3). Auch diese beiden zusätzlichen Indikatoren beziehen sich entweder auf Operationen mit Implantat (bis zu 30 Tage Nachbeobachtungszeitraum) oder Operationen ohne Implantat (bis zu 90 Tage Nachbeobachtungszeitraum).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-A

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	QS-Dokumentation	2024

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-S

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	QS-Dokumentation	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement sind keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit definiert.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die vorliegenden Auswertungen zum Auswertungsjahr (AJ) 2025 basieren auf der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär) des Erfassungsjahres 2024.

Die Vollzähligkeit liegt bezogen auf das ambulante Operieren (WI-HI-A) und bezogen auf das stationäre Operieren (WI-HI-S) etwas über derjenigen des Vorjahres. Das Ziel von 100 % ist dabei bisher noch verfehlt. Die Vollzähligkeit der übermittelten Daten liegt für Krankenhäuser stationär und ambulant jeweils bei ca. 93 %. Ambulant operierende Praxen/MVZ erreichten eine Vollzähligkeit von 76,73 %, belegärztliche Leistungserbringer erreichten eine Vollzähligkeit von 58,48 %.[1] Im Vergleich der Bundesländer zeigt sich, dass in einigen Bundesländern bereits eine Vollzähligkeit von 100 % in allen Erfassungsmodulen erreicht werden konnte, mit Ausnahme des Erfassungsmoduls zu belegärztlichen Leistungserbringern. Dort liegt das bundeslandbezogene Maximum bei 98,51 %.

Aufgrund einer fehlenden Plausibilitätsprüfung im Dokumentationsbogen im Erfassungsjahr 2023 konnten teilweise unplausible Angaben zu den Kennzahlen zu Informationsveranstaltungen und zu Compliance-Untersuchungen (nur stationär) dokumentiert werden. Im EJ 2024 wurde eine Plausibilitätsprüfung eingeführt, die die Dokumentation solcher Falschangaben ausschließt. Da unplausible Angaben gemacht wurden, sind die betroffenen Kennzahl- und QI-Ergebnisse des EJ 2023 nicht mit den Ergebnissen des EJ 2024 vergleichbar.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – WI-HI-A

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (Praxen/MVZ)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	2.378 2.378	3.099	76,73
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	740 740	789	93,79
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	3.118 3.118	3.888	80,20

[1] Belegärztliche Leistungserbringer sind ab dem EJ 2025 nicht mehr zur Dokumentation verpflichtet.

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – WI-HI-S

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (Belegärztinnen und Belegärzte)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	200 200	342	58,48
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	978 978	1.050	93,14
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	1.178 1.178	1.392	84,63

Übermittelte QS-Dokumentationsbögen, für die keine Informationen in den Soll-Daten der Datenannahmestellen übermittelt wurden, werden für die Auswertung der QI- und Kennzahlergebnisse nicht berücksichtigt. Bei Leistungserbringern, die keinen QS-Dokumentationsbogen zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant oder stationär) übermittelt haben, ist gemäß DeQS-RL ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten.

Zum Erfassungsjahr 2023 wurden die Fragen zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen in den beiden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsbögen angepasst. Anstelle der prozentualen Angabe zum Anteil des geschulten Personals ist seitdem anzugeben, wie viele Personen einer Personalgruppe jeweils insgesamt angehören und wie viele davon geschult wurden. Bezüglich der Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung ist seit dem Erfassungsjahr 2023 statt eines prozentualen Wertes die Anzahl der jeweiligen Stationen und die Anzahl der Stationen, auf denen Compliance-Beobachtungen gemäß den definierten Kriterien durchgeführt wurden, anzugeben. Grund für die Änderung war, dass entsprechend den „Methodischen Grundlagen" des IQTIG (IQTIG 2024) Datenfelder vermieden werden sollen, die eine Berechnung durch die Dokumentierenden erfordern, um eine möglichst hohe Datenvalidität zu erreichen. Einige Leistungserbringer haben bei den Fragen zu Informationsveranstaltungen mehr teilnehmende Personen angegeben, als insgesamt in der jeweiligen Personalgruppe vorhanden waren. Entsprechend wurden auch bei den Compliance-Beobachtungen im stationären Bereich teilweise mehr durchführende Stationen angegeben, als jeweils insgesamt Stationen vorhanden waren. Bei den Leistungserbringern, die unplausibel dokumentiert haben, führte dies zu verzerrten Ergebnissen zum AJ 2024. Betroffen waren die Kennzahlergebnisse zu Informationsveranstaltungen und zur Durchführung von Compliance-Beobachtungen (nur stationär). Dadurch wurden die QI-Ergebnisse der Leistungserbringer mit unplausiblen Angaben und somit auch das QI-Ergebnis auf Landes- und Bundesebene verzerrt.

Beim Qualitätsindikator zur ambulanten Versorgung (ID 1000) führen die unplausiblen Angaben zu einer stärkeren Verzerrung als beim Qualitätsindikator zur stationären Versorgung (ID 2000). Hin-

tergrund ist, dass die absoluten Zahlen, die für vorhandenes Personal zu Schulungsquoten dokumentiert werden, kleiner sind. Somit führen bereits leicht über den Nennerangaben liegende Zählerangaben zu relativ höheren Abweichungen im QI-Ergebnis als beim QI 2000.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Positiv hervorzuheben ist, dass die Bundeswerte der beiden Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement höher ausfallen als im Vorjahr. Bezogen auf die ambulante Versorgung liegt das aktuelle Ergebnis bei 78,22 von 100 Punkten im Vergleich zum korrigierten Vorjahresergebnis von 74,4 von 100 Punkten (nach Ausschluss der unplausiblen Dokumentationen, siehe letzter Abschnitt in diesem Kapitel). Im Stellungnahmeverfahren wurden 58 von 143 (40,1 %) der ambulant operierenden Leistungserbringer, die einen Dokumentationsbogen abgegeben haben, als qualitativ auffällig bewertet.

Bezogen auf die stationäre Versorgung liegt der aktuelle Wert (78,03/100 Punkte) etwas über dem korrigierten des Vorjahres (77,34/100 Punkte – ebenfalls nach Ausschluss der unplausiblen Dokumentationen). Von den 65 stationären Leistungserbringern, die einen Bogen abgegeben haben, wurden 23 als qualitativ auffällig bewertet (41,1 %).

Festzuhalten bleibt, dass sich die rechnerischen Indikatorergebnisse im Vergleich zum Vorjahr nur leicht verändert haben. Die Qualitätsindikatorergebnisse des Teils HI sind aus Sicht der Expertinnen und Experten noch deutlich verbesserungsbedürftig. Die Kennzahlergebnisse liegen für ambulant operierende Leistungserbringer zwischen 53,2 und 94,3 Punkten und für stationäre Leistungserbringer zwischen 37,7 und 98,7 Punkten. Mit Ausnahme der Kennzahlen zur Aufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien ist der Anteil der Leistungserbringer, die die Qualitätsanforderungen je Kennzahl gar nicht erfüllt haben (0 Punkte), aus Sicht der Expertinnen und Experten zu hoch.

Tabelle 5: QI 1000: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung inklusive Anzahl der LE mit 0 Punkten (AJ 2025)

Bezeichnung/Thema	AJ 2025 QI/Kennzahlergebnis	AJ 2025 Leistungserbringer mit 0 Punkten
QI - Hygiene- und Infektionsmanagement –ambulante Versorgung	**78,2 / 100 Punkte**	**0 / 3.118 (0,00%)**
KeZ - Interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	85,6 / 100 Punkte	180 / 3.118 (5,77 %)
KeZ - Interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie	73,5 / 100 Punkte	694 / 3.118 (22,26 %)
KeZ - Arbeitsanweisung zur präoperativen Antisepsis des OP-Feldes	94,3 / 100 Punkte	164 / 3.118 (5,26 %)

Bezeichnung/Thema	AJ 2025 QI/Kennzahlergebnis	AJ 2025 Leistungserbringer mit 0 Punkten
KeZ - Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel	87,8 / 100 Punkte	254 / 3.118 (8,15 %)
KeZ - Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedelung/Infektion	85,6 / 100 Punkte	449 / 3.118 (14,40 %)
KeZ - Haarentfernung vor OP	80,9 / 100 Punkte	603 / 3.118 (19,34 %)
KeZ - Aufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	91,0 / 100 Punkte	17 / 3.118 (0,55 %)
KeZ - Info-Veranstaltungen zu Antibiotikaresistenzlage/-therapie	55,7 / 100 Punkte	863 / 3.118 (27,68 %)
KeZ - Info-Veranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	53,2 / 100 Punkte	957 / 3.118 (30,69 %)
KeZ - Durchführung von Compliance-Beobachtungen	74,8 / 100 Punkte	785 / 3.118 (25,18 %)

Das niedrigste Ergebnis erreichten die Leistungserbringer in der Kennzahl zu Schulungsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention (53,2 / 100 Punkten). Das bedeutet, dass im Schnitt ca. die Hälfte der geforderten Schulungen durchgeführt wurde. Diese Kennzahl ist gleichzeitig diejenige mit dem größten Anteil (ca. 30 %) an Leistungserbringern mit 0 Punkten.

Aus Sicht des Expertengremiums sind die in der Kennzahl zur Aufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien abgebildeten Inhalte besonders kritisch und sollten daher unbedingt eingehalten werden. Die ambulant operierenden Leistungserbringer erreichten in dieser Kennzahl 91,0 von 100 Punkten. 17 Leistungserbringer – und damit die wenigsten Leistungserbringer im Vergleich zu den anderen Kennzahlen des QI 1000 – erreichten 0 Punkte.

Tabelle 6: QI 2000: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung inklusive Anzahl der LE mit 0 Punkten (AJ 2025)

Bezeichnung/Thema	AJ 2025 QI/Kennzahlergebnis	AJ 2025 Leistungserbringer mit 0 Punkten
QI - Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	**78,0 / 100 Punkte**	**0 / 1.178 (0,00 %)**
KeZ - Interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	85,7 / 100 Punkte	27 / 1.178 (2,29 %)
KeZ - Interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie	86,9 / 100 Punkte	61 / 1.178 (5,18 %)
KeZ - Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	97,4 / 100 Punkte	25 / 1.178 (2,12 %)

Bezeichnung/Thema	AJ 2025 QI/Kennzahlergebnis	AJ 2025 Leistungserbringer mit 0 Punkten
KeZ - Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel	91,4 / 100 Punkte	18 / 1.178 (1,53 %)
KeZ - Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedelung/Infektion	98,7 / 100 Punkte	15 / 1.178 (1,27 %)
KeZ - Haarentfernung vor OP	94,9 / 100 Punkte	60 / 1.178 (5,09 %)
KeZ - Aufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	97,6 / 100 Punkte	0 / 1.178 (0,00 %)
KeZ - Info-Veranstaltungen zu Antibiotikaresistenzlage/-therapie	33,2 / 100 Punkte	503 / 1.178 (42,70 %)
KeZ - Info-Veranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	56,7 / 100 Punkte	223 / 1.178 (18,93 %)
KeZ - Durchführung von Compliance-Beobachtungen	37,7 / 100 Punkte	504 / 1.178 (42,78 %)

Das niedrigste Ergebnis erreichten die Leistungserbringer in der Kennzahl zu Info-Veranstaltungen zu Antibiotikaresistenzlage/-therapie (33,2 von 100 Punkten). Das bedeutet, dass im Schnitt ca. ein Drittel der geforderten Schulungen durchgeführt worden ist. Diese Kennzahl ist gleichzeitig diejenige mit dem zweitgrößten Anteil (ca. 42,70 %) an Leistungserbringern mit 0 Punkten. Der Anteil an Leistungserbringern ohne Punkte in dieser Kennzahl hat sich im Vergleich zum AJ 2024 um 1,8 Prozentpunkte verbessert.

Aus Sicht des Expertengremiums sind die in der Kennzahl zur Aufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien abgebildeten Inhalte besonders kritisch und sollten daher unbedingt eingehalten werden. Die stationär operierenden Leistungserbringer erreichten in dieser Kennzahl 97,6 von 100 Punkten. Dies ist die einzige Kennzahl, in der sämtliche Leistungserbringer mehr als 0 Punkte erreichten.

Hinsichtlich der Kennzahlen „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und –therapie“ und „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention“ des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung“ (ID 2000) wurden zum EJ 2023 von einem Teil der zur Dokumentation verpflichteten Leistungserbringer unplausible Angaben gemacht, was aufgrund einer fehlenden Plausibilitätsprüfung nicht verhindert wurde. Diese unplausiblen Angaben führten zu falsch hohen Ergebnissen bei den betroffenen Kennzahlen und in der Folge auch zu einem falsch hohen Ergebnis des Qualitätsindikators im AJ 2024. Zum EJ 2024 wurde eine Plausibilitätsprüfung eingeführt, welche die Dokumentation solcher Falschangaben ausschließt, sodass die QI-Ergebnisse des AJ 2025 nicht mehr von diesen unplausiblen Angaben betroffen sind. Aufgrund des falsch hohen QI-Ergebnisses im AJ 2024 ist das Ergebnis des QI 2000 im AJ 2025 nicht mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar.

Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-A

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	76,49[2]/ 100 Punkte	78,22 / 100 Punkte (≥ 49,56 / 100 Punkte; 5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	nicht vergleichbar

Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-HI-A

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	2023	145 von 2.911	4,98	15
		2024	155 von 3.118	4,97	23

Tabelle 9: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-S

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	77,34[3] / 100 Punkte	78,03 / 100 Punkte (≥ 62,17 / 100 Punkte; 5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	nicht vergleichbar

[2] Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahlergebnissen und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis (91,40); diese offenkundig unplausiblen Angaben wurden hier ausgeschlossen.

[3] Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahlergebnissen und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis.

© IQTIG 2025

Tabelle 10: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-HI-S

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	2023	58 von 1.199	4,84	11
		2024	58 von 1.178	4,92	11

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 11: QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis (von maximal 100 Punkten)	74,47	76,49[4]	**78,22**
rechnerische Auffälligkeiten	127 von 3.079 4,12 %	145 von 2.911 4,98 %	**155 von 3.118 4,97 % (Refbereich: ≥ 49,56; 5. Perzentil über alle Leistungserbringer)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	62 / 456 (13,60 %)	**253 / 580 (43,62 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	62 / 3.079 (2,01 %)	**253 / 2.911 (8,69 %)**	n. a.

Ziel des Qualitätsindikators ist ein möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement in der ambulanten Versorgung, operationalisiert über die Umsetzung der Qualitätsziele der 10 Kennzahlen, die in den Qualitätsindikator eingehen.

Das QI-Ergebnis und die Kennzahlergebnisse haben sich im Vergleich zum Vorjahr (unter Ausschluss offensichtlich unplausibler Dokumentationen, wie in Tabelle 11 dargestellt und bzw. Abschnitt 2.2.1 beschrieben) leicht verbessert.

Die stärkste Verbesserung wurde für die Kennzahl zur Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedelung bzw. -Infektion erreicht (+4,1 Punkte).

Im Stellungnahmeverfahren zum AJ 2025 wurden im Vergleich zum Vorjahr deutlich mehr Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Wesentlicher Grund hierfür ist eine andere Dokumentation der Landesarbeitsgemeinschaften in den Qualitätssicherungsergebnisberichten. Für das Stellungnahmeverfahren zum AJ 2024 wurde häufiger als im Vorjahr richtig dokumentiert, wenn für einen Leistungserbringer kein QS-Dokumentationsbogen vorlag. Diese Leistungserbringer wurden im überwiegenden Teil der Fälle als qualitativ auffällig bewertet. Als Grund für qualitative Auffälligkeiten wurde entsprechend häufig genannt, dass die Daten nicht fristgerecht übermittelt wurden.

Von den 580 Auffälligkeiten bezogen sich 143 auf Leistungserbringer, zu denen ein Dokumentationsbogen und ein Datensatz im Qualitätssicherungsergebnisbericht vorlag. Von diesen 143 Leistungserbringern wurden 58 (40,1 %) als qualitativ auffällig bewertet.

[4] Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahlergebnissen und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis (91,4); diese offenkundig unplausiblen Angaben wurden hier ausgeschlossen.

Typische Begründungen für die Bewertung als qualitativ auffällig nach Stellungnahmeverfahren, die basierend auf einer vorliegenden Dokumentation geführt wurden, sind die Abweichung vom Referenzbereich und niedrige Ergebnisse in einzelnen Kennzahlen.

Tabelle 12: QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis (von maximal 100 Punkten)	74,93	77,34[5]	**78,03**
rechnerische Auffälligkeiten	64 von 1.295 4,94 %	58 von 1.199 4,84 %	**58 von 1.178 4,92 % (Refbereich: ≥ 62,17; 5. Perzentil über alle Leistungserbringer)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	30 / 116 (25,86 %)	**74 / 189 (39,15 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	30 / 1.295 (2,32 %)	**74 / 1.199 (6,17 %)**	n. a.

Ziel des Qualitätsindikators ist ein möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement in der stationären Versorgung, operationalisiert mittels der Qualitätsziele der 10 Kennzahlen, die in den Qualitätsindikator eingehen.

Das QI-Ergebnis liegt leicht über dem des Vorjahres (unter Ausschluss offensichtlich unplausibler Angaben, wie in Tabelle 12 dargestellt und in Abschnitt 2.2.1 beschrieben).

Dabei haben sich auch einige Kennzahlergebnisse verbessert. Die stärkste Verbesserung wurde in der Kennzahl zu Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention erreicht (+3,4 Punkte).

Im Stellungnahmeverfahren zum AJ 2024 wurden im Vergleich zum Vorjahr deutlich mehr Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Genauso wie für den QI zur ambulanten Versorgung ist eine andere Dokumentation der LAG der wesentliche Unterschied im Vergleich zum Vorjahr.

Als Grund für die Bewertung „qualitativ auffällig" wurde entsprechend häufig angegeben, dass die Daten nicht fristgerecht übermittelt wurden.

Von den 189 Auffälligkeiten bezogen sich 56 auf Leistungserbringer, zu denen ein Dokumentationsbogen und ein Datensatz im Qualitätssicherungsergebnisbericht vorlag. Von diesen 56 Leistungserbringern wurden 23 (41,1 %) als qualitativ auffällig bewertet.

[5] Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahlergebnissen und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis (85,2); diese offenkundig unplausiblen Angaben wurden hier ausgeschlossen.

Typische inhaltliche Begründungen für die Bewertung als qualitativ auffällig nach Stellungnahmeverfahren, die basierend auf einer vorliegenden Dokumentation geführt wurden, sind die Abweichung vom Referenzbereich und niedrige Ergebnisse in einzelnen Kennzahlen.

Methodische Limitationen

Wie auch im letzten Bundesqualitätsbericht dargestellt ist die Methodik der Berechnung der Indexindikatoren anpassungsbedürftig (IQTIG 2023: 82). Die Gleichgewichtung der zehn unterschiedlichen Kennzahlen ist nicht angemessen, da sie keinen fairen Leistungserbringervergleich ermöglicht.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Derzeit sind keine Auffälligkeitskriterien für die Erfassung des Hygiene- und Infektionsmanagements definiert. Gemäß § 18 Satz 1 Teil 2 Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL ist bei Leistungserbringern, die keine QS-Dokumentationsbögen übermitteln, obwohl eine Dokumentationspflicht vorlag, das Einleiten eines Stellungnahmeverfahrens vorgesehen. Durch diese Regelung werden Unterdokumentationen adressiert.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-A

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	3.079	-	2.911	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	3.079	100,00	2.911	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	127	4,12	145	4,98
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,79	9	6,21
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	456	100,00	580	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	399	87,50	208	35,86
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	57	12,50	372	64,14
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	225	49,34	144	24,83
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	231	50,66	436	75,17
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	231	100,00	436	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	0,23
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	0,23
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	8	3,46	6	1,38
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	27	5,92	41	7,07
Bewertung als qualitativ auffällig	62	13,60	253	43,62
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	20	4,39	73	12,59
Sonstiges	114	25,00	63	10,86

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	25	n. a.	25	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	1	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-S

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.295	-	1.199	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.295	100,00	1.199	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	64	4,94	58	4,84
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	1	1,72
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	116	100,00	189	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	82	70,69	66	34,92
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	34	29,31	123	65,08
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	27	23,28	60	31,75
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	89	76,72	129	68,25
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	89	100,00	129	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	6	6,74	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	26	22,41	23	12,17
Bewertung als qualitativ auffällig	30	25,86	74	39,15

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	8	6,90	19	10,05
Sonstiges	19	16,38	13	6,88
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	6	n. a.	5	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsjahr 2024 waren 145 QI-Ergebnisse im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung" (ID 1000) rechnerisch auffällig. Von den LAG wurden im Rahmen der QSEB-Übermittlung jedoch 208 rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse zurückgemeldet. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass mehrere LAG den Schlüsselwert 3 „rechnerisch auffällig" ausgewählt haben, obwohl zu diesen Leistungserbringern keine QS-Dokumentationsbögen an das IQTIG übermittelt wurden und somit kein rechnerisch auffälliges Ergebnis vorliegen kann. Aus Sicht des IQTIG wäre in diesen Fällen der Schlüssel 7 („nicht fristgerechte Übermittlung") oder 8 („andere Auffälligkeit") korrekt gewesen.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die unplausible Differenz in der Zeile zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen ohne QSEB-Übermittlung zurückgegangen.

Die QI-Ergebnisse von 8,69 % (253 / 2.911) aller ambulanten Leistungserbringer, für die ein Datensatz im Qualitätssicherungsergebnisbericht übermittelt wurde, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Das sind 58,03 % (253 / 436) aller Leistungserbringerergebnisse, für die ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde und 43,62 % (253 / 580) aller Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen.

143 der ambulant operierenden Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen haben auch einen QS-Dokumentationsbogen abgegeben. Von diesen wurden 58, also 40,1 % als qualitativ auffällig bewertet. Entsprechend wurden 195 Leistungserbringer, die ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen sind, als qualitativ auffällig bewertet.

Als Begründungen dafür, dass Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet worden sind, wurden insbesondere nicht übermittelte Dokumentationsbögen, fehlende oder unzureichende Stellungnahmen, Ergebniswerte außerhalb des Referenzbereiches und Mängel des Hygiene- und Infektionsmanagements genannt. Begründungen für die Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden nicht übermittelt.

25-mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Diese wurden insbesondere mit festgestellten qualitativen Auffälligkeiten und der Sicherstellung der Teilnahme am Verfahren begründet. Einmal wurden Maßnahmen der Stufe 2 aufgrund der wiederholten rechnerischen Auffälligkeit

sowie der wiederholten fehlenden Kooperation eines Leistungserbringers im Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Die QI-Ergebnisse von 6,17 % (74 / 1.199) aller stationären Leistungserbringer, für die ein Datensatz im Qualitätssicherungsergebnisbericht übermittelt wurde, wurden als qualitativ auffällig bewertet, das sind 57,36 % (74 / 129) aller Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde und 39,15 % aller auffälligen Ergebnisse.

65 der stationär operierenden Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen haben auch einen QS-Dokumentationsbogen abgegeben. Von diesen wurden 23, also 41,1 % als qualitativ auffällig bewertet. Entsprechend wurden 51 Leistungserbringer, die ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen sind, als qualitativ auffällig bewertet.

Als Begründungen dafür, dass Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet worden sind, wurden insbesondere nicht übermittelte Dokumentationsbögen, Ergebniswerte außerhalb des Referenzbereiches (ohne nähere Ausführungen) und Mängel des Hygiene- und Infektionsmanagements genannt.

Als Begründung für Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden insbesondere Einzelfälle (ohne nähere Ausführungen), Dokumentationsfehler sowie eingeleitete Maßnahmen, die von der zuständigen Fachkommission als zielführend für Qualitätsverbesserungen gewertet wurden, genannt.

Fünfmal wurden Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Diese wurden mit Strukturproblemen aufgrund von Personalmangel, fehlenden Nachweisen bezüglich Informationsveranstaltungen und dem Fehlen einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie begründet.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

1 Hintergrund

Allgemeine Informationen zu dem Verfahren *QS WI* können Kapitel 1 des Teils zum Hygiene- und Infektionsmanagement entnommen werden.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Von den sechs Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich zwei auf ambulante und vier auf stationäre Operationen. Zwei der vier Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3). Die Kennzahlen ohne Referenzbereich im Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich auf die Sterblichkeit bis 30 Tage nach der OP sowie auf nosokomiale postoperative Infektionen mit multiresistenten Keimen. Sie dienen dazu, unterstützende Informationen für das interne Qualitätsmanagement bereitzustellen. Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Tracer-Operationen entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird. Die Tracer-Operationen stammen aus der Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastischen Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie. Im Krankenhaus wird bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist dies im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus anzugeben. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen werden an das IQTIG übermittelt. Erst wenn diese Informationen im IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt werden, wird nach Berücksichtigung von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insbesondere des Follow-up-Zeitraumes, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion handelt. Hierbei werden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.

Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion geht in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wird, die die Tracer-Operation durchgeführt hat. Im Nenner steht die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die ca. 3 Mio. Tracer-Operationen nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Gleichzeitig müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen Kode gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wird ein Filter

genutzt, der beim potenziellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser Filter löst ca. 310.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus. Liegt keine postoperative Wundinfektion vor, muss in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein" beantwortet werden. Ca. 75.000-mal wurde diese Frage im EJ 2023 mit „ja" beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Ca. 35 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen konnten mit einer Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis erscheint somit akzeptabel. Denn auf der einen Seite mussten im EJ 2023 zwar ca. 230.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die QIs genutzt werden können (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden muss). Damit wird jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 3 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfällt. Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, müssen hier keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leitungserbringer, die ambulant operieren, erhalten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand. Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden im zweiten Jahr nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.

Tabelle 15: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-A

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)			
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)			
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 16: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-S

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)			
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)			
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul WI-NI-D sind seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, eines zur Unter- und eines zur Überdokumentation der fallbezogenen QS-Dokumentation nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (Erfassungsmodul NWIF) definiert. Grundlage für die Jahresauswertung im Auswertungsjahr 2025 sind die QS-Dokumentationsdatensätze, die bezogen auf das Erfassungsjahr 2024 an das IQTIG übermittelt wurden.

Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – WI-NI-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Ergebnisse der fallbezogenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen: QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Für die Indikatoren und Kennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in den Auswertungsmodulen WI-NI-A und WI-NI-S des Verfahrens *QS WI* erfolgt die Auswertung entsprechend der Einrichtung auf Basis der IKNR bzw. BSNR des Leistungserbringers, der die Tracer-Operation abgerechnet hat. Die Auffälligkeitskriterien (Auswertungsmodul WI-NI-D) zur fallbezogenen Dokumentation (NWIF) werden davon abweichend auf Standortebene ausgewertet.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die Vollzähligkeit liegt bezogen auf entlassende Standorte, die Daten übermittelt haben, bei annähernd 100 %. Lediglich 14 Standorte haben trotz Dokumentationspflicht keine Fälle übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze liegt bei 100,16 % und damit etwas unter dem Vorjahreswert von 100,63 %.

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Insgesamt sind 3.101.227 ambulant und stationär erbrachte Tracer-Operationen für die Auswertung zum Erfassungsjahr 2023 berücksichtigt worden. Das sind 284.338 mehr als im vorausgehenden Erfassungsjahr 2022 (2.816.889), wobei davon fast 200.000 Fälle auf stationär erbrachte Tracer-Operationen entfallen.

Von den Krankenhäusern wurden Informationen zu 309.160 potenziellen postoperativen Wundinfektionen als QS-Daten mit Entlassung im Jahr 2023 übermittelt.

Für 76.206 der 78.991 Fälle (96,47 %), für die im QS-Dokumentationsbogen eine postoperative Wundinfektion mit Entlassung im Jahr 2023 dokumentiert wurde, konnten für die QI-Auswertung im Auswertungsjahr 2025 oder im Vorjahr zugehörige Sozialdaten verknüpft werden. Diese Verknüpfung ist die Voraussetzung für die Identifikation der Tracer-Operationen mit nachfolgend diagnostizierter postoperativer Wundinfektion.

Nach Überprüfung der Seitenlokalisation der Tracer-Operation, der fachlichen Plausibilität, der Einhaltung der Follow-up-Zeiträume und der Berücksichtigung weiterer Ausschlüsse konnten 30.262 Fälle (38,31 % aller 78.991 fallbezogen dokumentierten Fälle (Modul NWIF) mit postoperativer Wundinfektion und Entlassung in 2023) mit einer Tracer-Operation verknüpft werden. 90,52 % (27.394 / 30.262) dieser mit Tracer-Operationen verknüpften Wundinfektionsfälle wurden bei denselben (stationären) Leistungserbringern diagnostiziert, bei denen auch die dazugehörige Tracer-Operation stattgefunden hat. Die übrigen 2.868 (9,48 %) der verknüpften Wundinfektionsfälle wurden bei Leistungserbringern diagnostiziert, die nicht die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt haben. Dies betrifft u. a. sämtliche Tracer-Operationen, die in ambulanten Praxen, ambulanten Operationszentren oder MVZ stattfanden.

Tabelle 18: Anzahl von Fällen, zu denen Daten zur Berechnung der Indikatoren übermittelt wurden (AJ 2025, EJ 2023)

	Tracer-Operationen (Sozialdaten NWITR)	Infektionen (Sozialdaten NWIWI)	Infektionen (QS-Bögen NWIF)
Ambulant	**706.257**	**-**	**-**
Krankenhaus	204.008	-	-
Vertragsarzt	502.182	-	-
selektivvertraglich	67	-	-
Stationär	**2.394.970**	**627.881**	**309.160**

Tabelle 19: Anzahl von Leistungserbringern, von denen Daten zur Berechnung der Indikatoren übermittelt wurden (AJ 2025, EJ 2023)

	Tracer-Operationen (Sozialdaten NWITR)	Infektionen (Sozialdaten NWIWI)	Infektionen (QS-Bögen NWIF)
Ambulant	**5.101**	**-**	**-**
Krankenhaus	1.089	-	-
Vertragsarzt	4.004	-	-
selektivvertraglich	24	-	-
Stationär	**1.152**	**1.442**	**1.610**

Tabelle 20: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – WI-NI-A, WI-NI-S – Erfassungsmodul NWIF

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	309.160 309.160	308.658	100,16
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.610	1.624	99,14

Tabelle 21: Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR) (AJ 2025, EJ 2023) – WI-NI-A, WI-NI-S – Erfassungsmodul NWITR

	Erfassungsjahr 2023	
	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer
Bund (Ambulantes Operieren)	706.257	5.101
Bund (Amb. Krankenhäuser)	204.008	1.089
Bund (Amb. Praxen/MVZ)	502.182	4.004
Bund (Selektivvertragliche Leistungen)	67	24

	Erfassungsjahr 2023	
	Anzahl Datensätze	**Anzahl Leistungserbringer**
Bund (Stationäres Operieren)	2.394.970	1.152

Limitationen der Datenbasis

Berücksichtigung ausschließlich stationär dokumentierter, nosokomialer postoperativer Wundinfektionen
Im Verfahren *QS WI* gehen ausschließlich nosokomiale postoperative Wundinfektionen, die stationär dokumentiert wurden, in die Zähler der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ein. Ambulant diagnostizierte postoperative Wundinfektionen werden für dieses QS-Verfahren nicht erfasst. Dies führt zu einer systematischen Unterschätzung insbesondere oberflächlicher Wundinfektionen (A1) nach ambulanten Operationen, weil A1-Wundinfektionen nach ambulanten Operationen in den meisten Fällen auch ambulant versorgt und diagnostiziert werden.[6]

Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen
Eine grundsätzliche Limitation bei der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen ist, dass diese zu Verzerrungen der QI-Ergebnisse führen kann. So kann es vorkommen, dass nach Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) stationär durchgeführte Operationen rückwirkend ambulant abgerechnet werden müssen. Diese Operationen tauchen in den Auswertungen des IQTIG entsprechend als ambulante Operationen auf, obwohl sie stationär durchgeführt worden sind.

Aufgrund unterschiedlicher Interpretationen des Filters in der Sozialdatenspezifikation zwischen dem IQTIG und einigen Krankenkassen kann es zur Übermittlung nicht spezifizierter Datensätze kommen, die nicht als solche identifiziert werden können. Gleichzeitig kann es vorkommen, dass Datensätze nicht übermittelt werden, für die eine Übermittlung intendiert ist. Für das Erfassungsjahr 2025 wurde eine Vereinfachung des Filters umgesetzt, die die Interpretation vereinfachen soll.

Das IQTIG geht derzeit davon aus, dass Verzerrungen aufgrund der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen nur einen geringen Einfluss auf den Bundeswert der Qualitätsindikatoren haben. Sollte es noch unbekannte größere Verzerrungen geben, so erwartet das IQTIG Hinweise darauf aus dem Stellungnahmeverfahren.

Selektivvertragliche Leistungserbringer
Zum Erfassungsmodul NWITR liegen dem IQTIG insgesamt 67 Fälle von 24 selektivvertraglichen Leistungserbringern vor. Zu Operationen selektivvertraglicher Leistungserbringer liegen keine operationsbezogenen Datumsangaben vor. Auch eine näherungsweise Ermittlung ist anhand der Daten, die übermittelt werden, nicht ausreichend möglich. Aufgrund dessen können diese Operationen nicht für die Berechnung der Indikatoren genutzt werden.

[6] Das IQTIG hat im Bericht zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung empfohlen, A1-Infektionen nicht mehr für das QS-Verfahren *QS WI* zu erfassen/auszuwerten.

Fehlende Fälle nach § 115b SGB V
Zum Erfassungsjahr 2023 wurden Teile der Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht wie in der Sozialdatenspezifikation spezifiziert übermittelt. Es fehlen ca. 10 % der Fälle, die nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren am Krankenhaus) abgerechnet wurden (Erfassungsmodule NWIWI und NWITR). Wenn Daten in NWIWI bzw. NWITR fehlen, wirkt sich dies auf die Zähler bzw. Nenner der Indikatoren aus. Eine fehlende Übermittlung von Daten nach § 115b SGB V in NWIWI führt zu unterschätzten QI-Raten. Fehlen Tracer-Operationen bzw. Abrechnungsdaten nach § 115b SGB V im Modul NWITR, führt dies zu überschätzten QI-Raten.

Ausstehende Datenvalidierung
Bisher wurde noch keine Datenvalidierung zu den über die fallbezogene QS-Dokumentation für die Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen erfassten Daten (NWIF) durchgeführt. Entsprechend stehen keine direkten Informationen darüber zur Verfügung, in welchem Ausmaß ggf. nicht korrekt dokumentiert wird.

Zusammenfassung von an einem Tag abgerechneten Tracer-OPS-Kodes zu einer Operation
Da die OPS-Kodes ohne Angabe einer Uhrzeit übermittelt werden und je Operation mehrere OPS-Kodes dokumentiert werden können, werden OPS-Kodes, die an einem Tag durchgeführt werden, für die Auswertung der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zu einer Tracer-Operation zusammengefasst. Das bedeutet, dass zu sämtlichen OPS-Kodes, die an einem Tag abgerechnet werden, nur ein Nennerfall und entsprechend maximal ein Zählerfall generiert werden kann.

Zuordnung von postoperativer Wundinfektion zu auslösendem Prozeduren- bzw. Diagnosekode in sehr seltenen Fällen nicht eindeutig möglich
Der QS-Dokumentationsbogen, auf dem eine vorliegende postoperative Wundinfektion zu dokumentieren ist, kann durch eine Reihe von OPS- bzw. ICD-Kodes ausgelöst werden. Die Angabe, ob bei einem Fall eine postoperative Wundinfektion vorgelegen hat, kann jedoch nur einmal pro Bogen angegeben werden. Entsprechend kann es in sehr seltenen Fällen – obwohl die Zuordnung einer dokumentierten Wundinfektion zu einer Tracer-Operation auf inhaltliche Sinnhaftigkeit geprüft wird – vorkommen, dass eine Zuordnung von einer Infektion zu einer Operation erfolgt, die mit dieser nicht in einem tatsächlichen Zusammenhang steht.

Identifikation belegärztlicher Leistungen
Belegärztliche Leistungen können in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht als solche identifiziert werden. Es kann daher nicht separat angegeben werden, wie hoch der Anteil belegärztlicher Operationen an den stationären Operationen je Krankenhaus ist. Belegärztliche Leistungserbringer erhalten aus diesem Grund keine separaten Berichte zu ihren erbrachten Tracer-Operationen. Diese sind jedoch in den Ergebnissen der Krankenhäuser enthalten, an denen die belegärztlichen Operationen durchgeführt worden sind. Auswirkungen auf die berichteten Ergebnisse der Qualitätsindikatoren ergeben sich hierdurch nicht.

Aussetzung der Datenerhebung im Jahr 2021 mit Einfluss auf die Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2022
Da die Datenerhebung im Erfassungsjahr 2021 ausgesetzt wurde, fehlen Informationen zu postoperativen Wundinfektionen aus Krankenhausaufenthalten mit Entlassung im Jahr 2021. Aus diesem Grund sind auch „Überlieger" (Aufnahme im EJ 2021 und Entlassung im EJ 2022) nicht im Datensatz zum EJ 2022 (Auswertungsjahr 2024) enthalten. Dies führt zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2024 (Auswertungsjahr 2025).

Risikoadjustierung

Risikoadjustierung mittels Komorbiditäten mit unklarem POA-Status
Aufgrund eines Prozessfehlers ist die Risikoadjustierung mit Kodes erfolgt, die im letzten Jahr im Vergleich zum vorletzten Jahr nicht mehr berücksichtigt worden sind. Es handelt sich um Kodes zu Flüssigkeits- und Elektrolytstörungen und zu Gerinnungsstörungen. Für diese Kodes ist unklar, ob sie sich auf Sachverhalte beziehen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind oder ob sie bereits bei Aufnahme vorlagen (POA – Present on admission). Für die nächste Auswertung werden diese Kodes nicht mehr für die Risikoadjustierung genutzt.

Whitelist
Im Verfahren *QS WI* wird für die QI zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eine Liste von Kodekombinationen von Tracer-Operationen und Kodes zu Wundinfektion eingesetzt („Whitelist"). Diese Whitelist ist Teil des Filters, der für die Zuordnung von Tracer-Operationen zu postoperativen Wundinfektionen genutzt wird. Operationen werden nur dann mit Infektionen verknüpft, wenn ein entsprechender Eintrag in der Whitelist vorhanden ist. So können Fehlzuordnungen, z. B. nicht passende Lokalisationen, weitestgehend ausgeschlossen werden. Die Risikoadjustierung wurde für die vorliegende Auswertung basierend auf einer noch nicht für das EJ 2023 aktualisierten Whitelist durchgeführt. 2.000 Kodes waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht in der Whitelist enthalten (ca. 3 %), was zu einem leicht eingeschränkten Model-Fit führte. Zukünftig wird die Whitelist mit den zum Zeitpunkt der Erstellung der Risikoadjustierung vorliegenden Informationen aktualisiert, wodurch diese Limitation reduziert werden wird.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Bezüglich der Bewertung der Ergebnisse sind die in diesem Kapitel aufgeführten methodischen Limitationen (siehe Methodische Limitationen im BQB zum Verfahren QS WI, Teil 2 „Nosokomiale postoperative Wundinfektionen im Abschnitt 2.2.2 des BQB) und die Limitationen der Datenbasis (siehe Abschnitt 2.1 im BQB zum Verfahren QS WI, Teil 2 „Nosokomiale postoperative Wundinfektionen) zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowohl zu ambulanten als auch zu stationären Operationen bleiben im Auswertungsjahr 2025 auf dem Niveau des Vorjahres oder liegen

darunter. Von den Expertinnen und Experten des Expertengremiums *QS WI* werden die Ergebnisse daher – vorbehaltlich der Limitationen – wie auch in den Vorjahren als positiv niedrig bewertet. Nach stationären Operationen würden in der Literatur ca. dreimal höhere Wundinfektionsraten berichtet. Die Ursachen für die Unterschiede zwischen den Ergebnissen aus dem Verfahren *QS WI* zu nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen und den Angaben in der Literatur liegen dabei zu großen Teilen in den umfangreichen, inhaltlich gut begründeten Ausschlüssen im Verfahren *QS WI*, die in der Literatur so häufig nicht erfolgen.

Gleichzeitig ermittelte das IQTIG für die stationären QI ein Verbesserungspotenzial von 17,7 % bis 29,1 %. Dies entspricht gemäß der IQTIG-Methodik einem eher hohen bzw. hohen Qualitätspotenzial. Leistungserbringerindividuell bestehen entsprechend Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten, die sich nach Ansicht des IQTIG durch die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens verdichten. Für die ambulanten QI liegt das ermittelte Verbesserungspotenzial bei 2,3 % bzw. 3,8 % und wird als gering bzw. eher gering eingestuft.

Tabelle 22: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-A

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)				
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,08 % O = 469 N = 561.059	0,09 % O = 600 N = 633.826 (≤ 1,00 Fall)	eingeschränkt vergleichbar
1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,00 % O = ≤ 3 N = 561.059	0,00 % O = 5 N = 633.826	eingeschränkt vergleichbar
332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,00 % O = ≤ 3 N = 561.059	0,00 % O = 0 N = 633.826	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)				
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,16 % O = 89 N = 54.379	0,13 % O = 92 N = 68.245 (≤ 1,00 Fall)	eingeschränkt vergleichbar
1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,00 % O = ≤ 3 N = 54.379	0,00 % O = 0 N = 68.245	eingeschränkt vergleichbar
332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 0 N = 54.379	0,00 % O = 0 N = 68.245	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2025

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)*	x % O = ≤ 3 N = 393	x % O = ≤ 3 N = 461	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 23: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-NI-A

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2022	57 von 5.103	1,12	-
		2023	88 von 5.013	1,76	8
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2022	6 von 2.652	0,23	-
		2023	7 von 2.476	0,28	1

Tabelle 24: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-S

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)				
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	1,14 O/E = 17.858 / 15.702,56 1,53 % O/N = 17.858 / 1.167.048	1,09 O/E = 18.367 / 16.863,05 1,49 % O/N = 18.367 / 1.235.190 (≤ 2,00; 95. Perzentil)	vergleichbar
2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,01 % O = 88 N = 1.167.048	0,01 % O = 89 N = 1.235.190	eingeschränkt vergleichbar
342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 58 N = 1.167.048	0,00 % O = 52 N = 1.235.190	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)				
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,11 O/E = 10.811 / 9.739,07 1,06 % O/N = 10.811 / 1.024.010	1,04 O/E = 11.419 / 10.949,27 0,99 % O/N = 11.419 / 1.152.761 (≤ 2,16; 95. Perzentil)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,01 % O = 134 N = 1.024.010	0,01 % O = 142 N = 1.152.761	eingeschränkt vergleichbar
342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 15 N = 1.024.010	0,00 % O = 22 N = 1.152.761	eingeschränkt vergleichbar
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	1,13 O/E = 12.251 / 10.819,63 1,05 % O/N = 12.251 / 1.167.048	1,09 O/E = 12.778 / 11.674,55 1,03 % O/N = 12.778 / 1.235.190 (≤ 2,25; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,11 O/E = 8.914 / 8.017,24 0,87 % O/N = 8.914 / 1.024.010	1,06 O/E = 9.578 / 9.003,25 0,83 % O/N = 9.578 / 1.152.761 (≤ 2,26; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)*	8,41 % O = 1.779 N = 21.165	7,76 % O = 1.734 N = 22.356	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 25: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-NI-S

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	2022	57 von 1.165	4,89	-
		2023	55 von 1.117	4,92	16
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2022	54 von 1.147	4,71	-
		2023	54 von 1.117	4,83	14
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2022	56 von 1.165	4,81	-
		2023	55 von 1.117	4,92	14

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2022	53 von 1.147	4,62	-
		2023	54 von 1.117	4,83	16

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 26: QI 1500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,0008 % O = 469 N = 561.059	**0,0009 %** **O = 600** **N = 633.826**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	57 von 5.103 1,12 %	**88 von 5.061** **1,74 %** **(Refbereich: ≤ 1,00)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**8 / 57** **(14,04 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**8 / 5.103** **(0,16 %)**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach ambulanten Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind.

Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2025 bei 0,09 % (600 / 633.826) und damit auf dem Niveau des Vorjahres: 0,08 % (469 / 561.059).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 sind 8 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 26 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Das Verhältnis liegt mit 0,31 im Vergleich zu allen anderen Qualitätsindikatoren der DeQS-RL im Mittelfeld.

Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig damit, dass der Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs lag, dass keine Stellungnahme eingegangen ist oder dass die übermittelten Stellungnahmen als nicht ausreichend bewertet wurden. Nur eine Bewertung als qualitativ unauffällig wurde begründet. Hier konnte in zwei Fällen kein Bezug zwischen Infektion und Operation hergestellt werden.

Tabelle 27: QI 1501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,0016 % O = 89 N = 54.379	**0,0013 %** **O = 92** **N = 68.245**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	6 von 2.652 0,23 %	**7 von 2.677** **0,26 %** **(Refbereich: ≤ 1,00)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 6 (0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 2.652 (0,00 %)**	n. a.

Bei diesem Qualitätsindikator werden Fälle von stationär behandelten, postoperativen Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach ambulanten Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind.

Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2025 bei 0,13 % (92 / 68.245) und damit etwas unter dem Niveau des Vorjahres: 0,16 % (89 / 54.379).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 sind keine Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden und 4 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Zu den Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden in den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften keine Begründungen übermittelt.

Tabelle 28: TKez 332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	x % O = ≤ 3 N = 393	**x %** **O = ≤ 3** **N = 461**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Diese Transparenzkennzahl misst, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose einer tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektion verstorben sind. Im Ergebnis zeigt sich, dass im EJ 2023 weniger als 4 Patientinnen bzw. Patienten innerhalb von 30

Tagen nach einer tiefen postoperativen Wundinfektion in Folge einer ambulanten Operation verstorben sind. Beobachtet wurden 461 Fälle. Das Niveau wurde auf dem bereits sehr niedrigen Stand des Vorjahres gehalten.

Tabelle 29: TKez 1502: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	x % O = ≤ 3 N = 561.059	**0,00 %** **O = 5** **N = 633.826**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 30: TKez 332400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follo

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	x % O = ≤ 3 N = 561.059	**0,00 %** **O = 0** **N = 633.826**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 31: TKez 1503: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = ≤ 3 N = 54.379	**0,00 %** **O = 0** **N = 68.245**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 32: TKez 332401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 54.379	**0,00 %** **O = 0** **N = 68.245**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Bundesergebnisse der Transparenzkennzahlen zu Infektionen mit MRSA und 4MRGN (ID 1502, 332400, 1503, 332401) liegen in einem Bereich, der aufgrund sehr niedrigen Ereignisraten statistisch nicht zuverlässig zu bewerten ist und auch keine inhaltlich relevante Aussage über die Versorgungsqualitätsunterschiede zwischen den Jahren zulässt.[7]

Tabelle 33: QI 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = – / - - O/N = – / -	1,14 O/E = 17.858 / 15.702,56 1,53 % O/N = 17.858 / 1.167.048	**1,09** **O/E = 18.367 /** **16.863,05** **1,49 %** **O/N = 18.367 /** **1.235.190**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	57 von 1.165 4,89 %	**55 von 1.117** **4,92 %** **(Refbereich: ≤ 2,00;** **95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**20 / 57** **(35,09 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**20 / 1.165** **(1,72 %)**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2025 bei

[7] Die Erfassung der Daten erfolgt für die Leistungserbringer ohne weiteren Dokumentationsaufwand. Auch Rückmeldungen zu wenigen Fällen können für die betroffenen Leistungserbringer von hoher Relevanz für das interne Qualitätsmanagement sein.

1,49 % (18.367 / 1.235.190) und damit etwas unter dem Niveau des Vorjahres: 1,53 % (17.858 / 1.167.048).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 sind 20 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 29 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Das Verhältnis liegt mit 0,69 im Vergleich zu allen anderen Qualitätsindikatoren der DeQS-RL im oberen Drittel.

Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig damit, dass keine Stellungnahme eingegangen ist, dass der Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs lag und Hinweise auf Qualitätsmängel durch die Stellungnahme bekräftigt wurden. Verschiedentlich wurden Leistungserbringer aufgefordert, die Qualitätskriterien zu erfüllen, die im Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement adressiert werden, insbesondere zu Informationsveranstaltungen und zu internen Leitlinien.

Zu sieben der Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden von den Landesarbeitsgemeinschaften Begründungen übermittelt. Am häufigsten werden die Risikostruktur des jeweiligen Patientenkollektivs bzw. besonders risikoreiche Eingriffe genannt. Das Expertengremium kann diese Begründung mit Verweis auf die Risikoadjustierung ohne weitere Informationen nicht nachvollziehen. Das Expertengremium betont darüber hinaus, dass auch nach Operationen mit grundsätzlich hohem Infektionsrisiko je nach Leistungserbringer mehr oder weniger Infektionen entstehen können.

Tabelle 34: QI 2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = – / - - O/N = – / -	1,11 O/E = 10.811 / 9.739,07 1,06 % O/N = 10.811 / 1.024.010	**1,04** **O/E = 11.419 / 10.949,27** **0,99 %** **O/N = 11.419 / 1.152.761**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	54 von 1.147 4,71 %	**54 von 1.117** **4,83 %** **(Refbereich: ≤ 2,16; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**12 / 54 (22,22 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**12 / 1.147 (1,05 %)**	n. a.

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infek-

tionstiefe A2 bis A3) nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2025 2023 bei 0,99 % (11.419 / 1.152.761) und damit unter dem Niveau des Vorjahres: 1,06 % (10.811 / 1.024.010).

Im Stellungnahmeverfahren sind 12 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 32 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Das Verhältnis liegt mit 0,38 im Vergleich zu allen anderen Qualitätsindikatoren der DeQS-RL etwas oberhalb des Mittelwertes. Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig mit konkreten Hinweisen auf Defizite, z. B. fehlende SOPs, fehlende infektionspräventive Maßnahmen oder die mangelnde Einhaltung von Leitlinien.

Zu einer der Bewertungen als qualitativ unauffällig wurde als Begründung die Risikostruktur des Patientenkollektivs angeführt und dass bereits Maßnahmen eingeleitet wurden. Das Expertengremium kann diese Begründung mit Verweis auf die Risikoadjustierung ohne weitere Informationen nicht nachvollziehen.

Tabelle 35: QI 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = – / - - O/N = – / -	1,13 O/E = 12.251 / 10.819,63 1,05 % O/N = 12.251 / 1.167.048	**1,09** **O/E = 12.778 /** **11.674,55** **1,03 %** **O/N = 12.778 /** **1.235.190**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	56 von 1.165 4,81 %	**55 von 1.117** **4,92 %** **(Refbereich: ≤ 2,25; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**11 / 56** **(19,64 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**11 / 1.165** **(0,94 %)**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator erfasst stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen der Tiefe A2 bis A3, die innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen (A2/A3) lag im Erfassungsjahr 2023 bei 1,03 % (12.778 / 1.234.190) und damit leicht unter dem Niveau des Vorjahres: 1,05 % (12.251 / 1.167.048).

Im Stellungnahmeverfahren sind 11 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 39 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Das Verhältnis liegt mit 0,28 im Vergleich zu allen anderen Qualitätsindikatoren der DeQS-RL im Mittelfeld.

Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig mit konkreten Hinweisen auf Defizite, z. B. fehlende SOPs, fragwürdiger präoperativer Vorbereitung inklusive Rasur oder Mängeln bezogen auf Informationsveranstaltungen. Teilweise wurden Leistungserbringer aufgefordert, die

Qualitätskriterien zu Informationsveranstaltungen zu erfüllen, die im Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement adressiert werden.

Zu sechs der Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden von den Landesarbeitsgemeinschaften Begründungen übermittelt. Am häufigsten genannt werden die Risikostruktur des jeweiligen Patientenkollektivs bzw. besonders risikoreiche Eingriffe. Das Expertengremium kann diese Begründung mit Verweis auf die Risikoadjustierung ohne weitere Informationen nicht nachvollziehen. Das EXG betont darüber hinaus, dass auch nach Operationen mit grundsätzlich hohem Infektionsrisiko je nach Leistungserbringer mehr oder weniger Infektionen entstehen können.

Tabelle 36: QI 2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	- O/E = – / - - O/N = – / -	1,11 O/E = 8.914 / 8.017,24 0,87 % O/N = 8.914 / 1.024.010	**1,06** **O/E = 9.578 / 9.003,25** **0,83 %** **O/N = 9.578 / 1.152.761**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	53 von 1.147 4,62 %	**54 von 1.117** **4,83 %** **(Refbereich: ≤ 2,26; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**5 / 53** **(9,43 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**5 / 1.147** **(0,44 %)**	n. a.

Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) (ID 2503)

Dieser Qualitätsindikator erfasst stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen der Tiefe A2 bis A3, die innerhalb von 90 Tagen nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen (A2/A3) lag im Auswertungsjahr 2025 bei 0,83 % (9.578 / 1.152.761) und damit leicht unter dem Niveau des Vorjahres: 0,87 % (8.914/ 1.024.010).

Im Stellungnahmeverfahren wurden 5 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet und 38 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Das Verhältnis liegt mit 0,13 im Vergleich zu allen anderen Qualitätsindikatoren der DeQS-RL im unteren Drittel.

Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig z. B. mit der hohen Anzahl an Wundinfektionen oder damit, dass der Eindruck der Fachkommission, dass die chirurgischen Konzepte

für die Infektionen ursächlich sein könnten, im Stellungnahmeverfahren nicht ausgeräumt werden konnte. In einem Fall wurde der Leistungserbringer teilweise aufgefordert, die Qualitätskriterien zu Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und zur Durchführung von Compliance-Beobachtungen zu erfüllen, die im Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement adressiert werden.

Zu einer der Bewertungen als qualitativ unauffällig wurde als Begründung zum einen die Risikostruktur des Patientenkollektivs angeführt und zum anderen bereits eingeleitete Maßnahmen. Diese Begründung kann das Expertengremium mit Verweis auf die Risikoadjustierung ohne weitere Informationen nicht nachvollziehen.

Tabelle 37: TKez 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	8,41 % O = 1.779 N = 21.165	**7,76 %** **O = 1.734** **N = 22.356**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Diese Transparenzkennzahl misst, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach einer stationär behandelten tiefen Wundinfektion (A2 bis A3), die nach einer stationär durchgeführten Operation entstanden ist, verstorben sind. Der Anteil verstorbener Patientinnen und Patienten lag im Auswertungsjahr 2025 bei 7,76 % (1.734/ 22.356) und damit unter dem Niveau des Vorjahres: 8,41 % (1.779/ 21.165).

Tabelle 38: TKez 2504: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,01 % O = 88 N = 1.167.048	**0,01 %** **O = 89** **N = 1.235.190**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 39: TKez 2505: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,01 % O = 134 N = 1.024.010	**0,01 %** **O = 142** **N = 1.152.761**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 40: TKez 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Foll

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 58 N = 1.167.048	**0,00 %** **O = 52** **N = 1.235.190**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 41: TKez 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 15 N = 1.024.010	**0,00 %** **O = 22** **N = 1.152.761**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Bundesergebnisse der Transparenzkennzahlen zu Infektionen mit MRSA und 4MRGN (ID 1502, 332400, 1503, 332401) liegen in einem Bereich, der aufgrund sehr niedrigen Ereignisraten statistisch nicht zuverlässig zu bewerten ist und auch keine inhaltlich relevante Aussage über die Versorgungsqualitätsunterschiede zwischen den Jahren zulässt.[8]

Methodische Limitationen

Das Verfahren *QS WI* fokussiert auf Wundinfektionen, die stationär diagnostiziert werden. Ob Patientinnen und Patienten mit oder aufgrund einer Wundinfektion stationär versorgt werden, ist dabei unerheblich. Oberflächliche Wundinfektionen (Infektionstiefe A1) nach ambulanten Operationen werden meist nur dann erfasst, wenn Patientinnen oder Patienten aus anderen Gründen als der postoperativen Wundinfektion stationär aufgenommen werden. Oberflächliche Wundinfektionen nach stationär durchgeführten Operationen fallen hingegen meist bereits während des stationären Aufenthalts auf und werden daher im Gegensatz zu oberflächlichen Wundinfektionen nach ambulant durchgeführten Operationen öfter erfasst.

Im Zuge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung wurden Einschränkungen der Objektivität hinsichtlich der Erhebung von oberflächlichen Wundinfektionen (A1) aufgrund von Herausforderungen bezüglich der Abgrenzung von nicht infektiösen Wundheilungsstörungen ermittelt. Daher empfahl das IQTIG infolge der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung, A1-Infektionen nicht mehr für die Qualitätsmessung zu erheben.

Auch nach stationären Wundinfektionen können im niedergelassenen Bereich postoperative Wundinfektionen diagnostiziert werden, die entsprechend nicht als Zähler in den Qualitätsindikator eingehen können. Grund dafür ist, dass der Dokumentationsbogen zum Erfassungsmodul NWIF, auf dem die nosokomialen postoperativen Wundinfektionen für dieses Verfahren festgehalten werden, nur in Krankenhäusern ausgefüllt wird.

Oberflächliche postoperative Wundinfektionen (A1) sind von dieser Limitation am stärksten betroffen, weil sie sowohl nach ambulant als auch nach stationär durchgeführten Operationen in der Regel ambulant versorgt werden können. Weniger betroffen von dieser Limitation sind die Indikatoren zu tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (A2 und A3), da diese Infektionen in der Regel stationär behandlungsbedürftig sind.

Auch wenn es keine Limitation der Indikatoren darstellt, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu ambulanten und zu stationären Operationen nicht miteinander vergleichbar sind. Grund dafür ist, dass jeweils andere Operationen in die Nenner der Indikatoren einfließen. So werden bspw. ambulant weniger komplizierte und damit weniger risikobehaftete Operationen durchgeführt als stationär.

[8] Die Erfassung der Daten erfolgt für die Leistungserbringer ohne weiteren Aufwand und kann von hoher Relevanz für das interne Qualitätsmanagement sein.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul WI-NI-D werden im Erfassungsjahr 2024 insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation wurden für das Erfassungsjahr 2023 erstmals berechnet. Das IQTIG wertet die leicht über 100 % liegenden Ergebnisse als unauffällig.

Tabelle 42: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – WI-NI-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,02 % 318.625/318.554 (≥ 95,00 %)
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,02 % 318.625/318.554 (≤ 110,00 %)

Tabelle 43: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – WI-NI-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	46 von 1.605	2,87	0
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	13 von 1.605	0,81	0

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852303)

Tabelle 44: AK 852303: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	99,57 % O = 307.317 N = 308.658	**100,02 %** **O = 318.625** **N = 318.554**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	92 von 1.626 5,66 %	**46 von 1.605** **2,87 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**47 / 78 (60,26 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**47 / 1.626 (2,89 %)**	n. a.

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≥ 95,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul WI-NI-D eine Dokumentationsrate von 100,02 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 46 von 1.605 der entlassenden Standorte ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 852304)

Tabelle 45: AK 852304: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	99,57 % O = 307.317 N = 308.658	**100,02 %** **O = 318.625** **N = 318.554**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	24 von 1.626 1,48 %	**13 von 1.605** **0,81 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**15 / 25 (60,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**15 / 1.626 (0,92 %)**	n. a.

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 110,00 % bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul WI-NI-D eine Dokumentationsrate von 100,02 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 13 von 1.605 der entlassenden Standorte ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

2.3.2 Detailergebnisse

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

In den Modulen NWITR und NWIWI werden in den Erfassungsjahren 2023 und 2024 insgesamt 15 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.[9] Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 7 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 46 sind die im AJ 2025 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

[9] Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe G-BA (2024).

Tabelle 46: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS WI

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollzähligkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)	NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)
30	*Fehlende Datenlieferung*	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	1 von 94	1 von 94	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,94 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,10 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,99 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,17 %.
28	*Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen*	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	74 von 94	74 von 94	-	-	Es ist von einer Vollzähligkeit der ambulanten Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 85,82 %.	Es ist von einer Vollzähligkeit der ambulanten Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 86,15 %.	-	-
24	Unplausible Anzahl an Leistungs-	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Kran-	35 von 94	28 von 94	31 von 94	30 von 94	Es ist von einer Vollzähligkeit der ambulanten	Es ist von einer Vollzähligkeit der ambulanten	Es ist von einer Vollzähligkeit der ambulanten	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären Fälle nach

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollzähligkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)	NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)
	und Medikationsfilterfällen	kenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.					Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 92,66 %.	Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 93,17 %.	Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 91,72 %.	§ 301 SGB V liegt bei 99,88 %, der kollektivvertraglichen Fälle nach § 295 SGB V im Bereich von 99,09 %, sowie der ambulanten Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 91,66 %.
15	Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.			1 von 94				Es ist von Vollzähligkeit der Elixhauser-Diagnosen in Fällen nach § 301 SGB V im Bereich von 99,81 %.	

Von einer Deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegt nur ein Teil Datensatz vor. Durch die fehlende aktuelle Lieferung wurden die Auffälligkeiten in PK30 *„Fehlende Datenlieferung"* erzeugt. Hierdurch ist jedoch mit keiner Beeinträchtigung der in AJ 2025 auszuwertenden sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu rechnen.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann. Der Einfluss unvollzähliger Daten im ambulanten Krankenhausbereich wurde bereits unter „Limitationen der Datenbasis (siehe Abschnitt 2.1) diskutiert.

Tabelle 47: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS WI

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollzähligkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)	NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)
30	*Fehlende Datenlieferung*	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	1 von 94	1 von 94	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,94 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,10 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,99 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,17 %.
28	*Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen*	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen gelie-	74 von 94	74 von 94	-	-	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 85,82 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 86,15 %.	-	-

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollzähligkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)	NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)
		fert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.								
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	35 von 94	28 von 94	31 von 94	30 von 94	Die geschätzte Vollzähligkeit der ambulanten Krankenhausfälle nach 115b SGB V liegt bei 92,66 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit der ambulanten Krankenhausfälle nach 115b SGB V liegt bei 93,17 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit der ambulanten Krankenhausfälle nach 115b SGB V liegt bei 91,72 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären Fälle nach § 301 SGB V liegt bei 99,88 %, der kollektivvertraglichen Fälle nach § 295 SGB V bei 99,09 %, sowie der ambulanten Krankenhausfälle nach 115b SGB V bei 91,66 %.

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollzähligkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)	NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)
15	Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.			1 von 94				Die geschätzte Vollzähligkeit der Elixhauser-Diagnosen in Fällen nach § 301 SGB V liegt bei 99,81 %.	

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegt nur ein Teildatensatz vor. Durch die fehlende aktuelle Lieferung wurden die Auffälligkeiten in PK30 „Fehlende Datenlieferung“ erzeugt. Hierdurch ist jedoch mit keiner Beeinträchtigung der in AJ 2025 auszuwertenden sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu rechnen.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-A

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	-	-	15.510	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	-	-	7.755	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	-	-	63	0,81
davon ohne QSEB-Übermittlung	-	-	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	-	-	63	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	-	-	63	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	-	-	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	-	-	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	-	-	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	-	-	21	33,33
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	-	-	42	66,67
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	42	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	-	-	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	-	-	30	47,62
Bewertung als qualitativ auffällig	-	-	8	12,70
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	-	-	1	1,59
Sonstiges	-	-	3	4,76

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	-	-	2	n. a.
Maßnahmenstufe 2	-	-	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 49: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-S

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	-	-	6.936	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	-	-	4.624	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	-	-	220	4,76
davon ohne QSEB-Übermittlung	-	-	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	-	-	220	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	-	-	220	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	-	-	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	-	-	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	-	-	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	-	-	12	5,45
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	-	-	208	94,55
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	208	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	-	-	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	-	-	138	62,73
Bewertung als qualitativ auffällig	-	-	48	21,82

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	-	-	1	0,45
Sonstiges	-	-	21	9,55
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	-	-	17	n. a.
Maßnahmenstufe 2	-	-	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen wurden 42 Stellungnahmeverfahren geführt, was ca. zwei Drittel aller rechnerischen Auffälligkeiten entspricht. Sämtliche Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich geführt. Insgesamt wurden 8 QI-Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (12,7 %). 2 Mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht ergriffen.

Zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen wurden 208 Stellungnahmeverfahren geführt, was ca. 95 % aller rechnerischen Auffälligkeiten entspricht. Sämtliche Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich geführt. Insgesamt wurden 48 QI-Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (21,82 %). 17 Mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht ergriffen.

Tabelle 50: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – WI-NI-A

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
63	0	0	8	0	0

Kein Leistungserbringer hat in Indikatoren bezogen auf ambulante Operationen mehr als eine rechnerische bzw. qualitative Auffälligkeit. Dies steht im direkten Zusammenhang damit, dass Leistungserbringer im Modul WI-NI-A nur in zwei Indikatoren auffällig werden können und im AJ 2024 nur sechs Leistungserbringer im Indikator „Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)“ rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten.

Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – WI-NI-S

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
69	66	6	19	13	1

Da dieselben Fälle in mehrere QI eingehen können, können Leistungserbringer im QS-Verfahren *QS WI* im Verfahrensteil NI in mehreren QI aufgrund derselben Fälle auffällig werden. Dadurch ist die Aussagekraft der in der Tabelle angegebenen Werte eingeschränkt. Ist ein Leistungsbringer in 3 QI auffällig, so sind jedoch mindestens zwei Indikatoren mit unterschiedlichen Fälle betroffen. Wenn Leistungserbringer ≥ 3 Auffälligkeiten haben, kann dies als Hinweis auf ein größeres Qualitätsproblem gewertet werden. Die Anzahl von nur 6 bzw. 1 Leistungserbringer mit ≥ 3 Auffälligkeiten wertet das IQTIG vor diesem Hintergrund positiv.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Verfahren *QS WI* sind keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität definiert. Zur Vollzähligkeit wurden die Auffälligkeitskriterien-Ergebnisse erstmals im Auswertungsjahr 2024 (Auswertungsmodul WI-NI-D) berichtet.

Als Begründungen für die insgesamt 62 Bewertungen als qualitativ auffällig wurden nicht dokumentierte Datensätze, nicht vorgelegte Stellungnahmen sowie unzureichende Stellungnahmen genannt.

Als Begründung für die insgesamt 5 Bewertungen als qualitativ unauffällig wurde in erster Linie darauf verwiesen, dass der Bogen aufgrund eines Spezifikationsfehlers nicht abgeschlossen werden konnte.[10] In einem Fall wurden vereinzelte Dokumentationsprobleme ohne Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität genannt.

5-mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Diese wurden mit der fehlenden Analyse der Ursache der Unterdokumentation durch die Leistungserbringer bzw. mit der mangelnden Sicherstellung der Teilnahme am Verfahren begründet. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht durchgeführt.

[10] Das IQTIG hat über den Fehler im LAG-Informationsschreiben 19.1/2024 berichtet.

Evaluation

Im Verfahrensteil Nosokomiale postoperative Wundinfektionen ist der Anteil der Fälle, für die im QS-Dokumentationsbogen (NWIF) eine postoperative Wundinfektion mit Entlassung im Jahr 2023 dokumentiert wurde und die mit einem über die Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelten Datensatz verknüpft werden konnten, ein wesentlicher Indikator für die Wirksamkeit des Verfahrens. Dieser Anteil ist über die letzten Jahre kontinuierlich gestiegen und liegt mit 96,47 % auf dem höchsten Niveau seit Einführung des Verfahrens.

Rückmeldungen zur Evaluation des Verfahrens liegen aus Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Sachsen vor. Von 12 Landesarbeitsgemeinschaften wurden entsprechend keine Hinweise auf Probleme mit dem QS-Verfahren berichtet. Mit vier Ausnahmen wurden die übermittelten Probleme jeweils von einer Landesarbeitsgemeinschaft genannt. Diese Ausnahmen sind Hinweise auf Verständnisschwierigkeiten bezogen auf die einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, Hinweise auf Herausforderungen im Stellungnahmeverfahren, das Vorliegen nicht entschlüsselbarer Leistungserbringerpseudonyme sowie auf Stellungnahmeverfahren basierend auf denselben Fällen zu unterschiedlichen QI. Diese wurden von je zwei Landesarbeitsgemeinschaften berichtet. Insgesamt wurden im Vergleich zu den Vorjahren zu deutlich weniger und zu deutlich weniger gravierenden Schwierigkeiten berichtet. Für einen großen Teil der wesentlichen berichteten Probleme wurden bereits Lösungen umgesetzt oder wurden auf den Weg gebracht. Diese sind:

- Anpassung der einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen, um Unklarheiten bezüglich der Definition von Stationsarten zu adressieren.
- Anpassung der einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen zur Auflösung von Fehlern, die in wenigen Fällen einen Dokumentationsabschluss verhindert haben.
- Empfehlung zur Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.
- Entwicklung einer Methodik für das Stellungnahmeverfahren (QS ASSESS) für einen systematischen Umgang mit rechnerischen Auffälligkeiten der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen.
- Fokussierung auf Infektionstiefen A2 und A3 gemäß den Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung. Das damit verbundene Aussetzen der Indikatoren 2500 und 2501 würde u. a. zur Beseitigung von Redundanzen im Stellungnahmeverfahren führen.
- Entbindung der belegärztlichen Leistungserbringer von der Dokumentationspflicht gemäß Beschluss des G-BA auf Empfehlung des IQTIG.

Noch nicht gelöst sind zwei Sachverhalte:

- Krankenhäuser können aufgrund von Verbringungsleistungen dokumentationspflichtig werden, was z. B. auch Psychiatrien betrifft, auch wenn eine sinnvolle Dokumentation ggf. nicht möglich ist.
- Weiterhin gibt es Leistungserbringerpseudonyme, die nicht durch die Landesstellen entschlüsselt werden können.

Ausblick

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (*QS WI*). Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht.

Entsprechend den richtungsweisenden Beschlüssen des G-BA vom 17. Juli 2025 ist davon auszugehen, dass das Verfahren ab dem EJ 2026 eingestellt wird. Datenlieferungen des EJ 2025 sind bereits auf das kommende Jahr verlegt, sodass dem IQTIG für das derzeit laufende EJ voraussichtlich unvollständige Daten vorliegen werden. Vollständige Auswertungen wären folglich bis zum EJ 2024 möglich. Somit wird das IQTIG im AJ 2026 voraussichtlich das letzte Mal zum Verfahren *QS WI* berichten.

Die Ergebnisse des Verfahrens zeigen, dass deutschlandweit weiterhin Defizite in der Vermeidung nosokomialer Infektionen bestehen. Viele Leistungserbringer zeigen ein hohes individuelles Verbesserungspotenzial. Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens unterstreichen, dass diese von den Landesarbeitsgemeinschaften identifiziert und adressiert wurden.

Entsprechend ist das Thema von hoher Bedeutung für die Patientensicherheit, sodass eine Adressierung durch eine Qualitätssicherung des G-BA auch weiterhin relevant ist – auch, um dem gesetzlichen Auftrag nach § 136a Abs. 1 SGB V auch künftig nachzukommen.

Dies wird u. a. deutlich anhand der bereits bestehenden Erfassung von postoperativen und eingriffsspezifischen (Wund-)Infektionen in verschiedenen QS-Verfahren der DeQS-RL. Zum einen erfolgt die kontinuierliche Erfassung von (Wund-)Infektionen in bislang vier themenspezifischen Bestimmungen (QS-Verfahren *Cholezystektomie*, QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*, QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation*, QS-Verfahren *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren*) sowie in den Verfahren *Hüftgelenkversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung*.

Zum anderen wird im neu implementierten QS-Verfahren *Diagnostik und Therapie der Sepsis* ebenso die Hygiene in Krankenhäusern adressiert. Ab dem 1. Januar 2026 werden Daten zur im Krankenhaus erbrachten Diagnostik und Behandlung der Sepsis bei volljährigen Patientinnen und Patienten erhoben und mit Daten der Krankenkassen verknüpft, um den Verlauf einer Sepsis aufzuzeigen.

Darüber hinaus wird der G-BA fachlich zusammen mit dem IQTIG weitere Optionen zur Berücksichtigung der hygienebezogenen Qualitätssicherung prüfen sowie beraten und bei Bedarf auch entsprechende Aufträge erteilen.

© IQTIG 2025

Literatur

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung ab 2024 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf (abgerufen am: 09.07.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* im Rahmen der Erprobung. Auftragspunkte I. 2.a), b), d), e), f) und j). Abschlussbericht. [Stand:] 15.12.2023. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 20.02.2025).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

WI-HI-A: Hygiene- und Infektionsmanagement – amb. Operieren - Verfahren in Erprobung

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Hygiene- und Infektionsmanagement – amb. Operieren - Verfahren in Erprobung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 8

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 9

1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung 9

Details zu den Ergebnissen 12

Basisauswertung 14

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen 14

Art der ambulant operierenden Einrichtung 14

Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung 15

Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung 18

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff 19

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien 20

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes 31

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel 32

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie 34

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention 35

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion 39

Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung 39

© IQTIG 2025

Einleitung

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einer chirurgischen Operation. Sie stellen heute die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete (Behnke et al. 2017) [1]. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz (Mielke et al. 2010) [2].
Das Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) das Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen miteinander verglichen, unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.
Das Verfahren QS WI umfasst insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zum ambulanten und stationären Operieren, sowie zehn Kennzahlen. Darüber hinaus werden seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit bezüglich des fallbezogenen QS-Dokumentationsbogens NWIF (Datensatz „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“) ausgewertet.
Die Ermittlung der Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement basiert auf einer jährlich von allen teilnehmenden Leistungserbringern auszufüllenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren); NWIEA, bzw. Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren); NWIES). Dokumentationspflichtig sind Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahrs abgerechnet haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige Institutionskennzeichennummer; IKNR bzw. Betriebsstättennummer; BSNR) abgefragt.
Die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements wird mit je einem Indikator bezogen auf die ambulante Versorgung (ID 1000) und einem Indikator bezogen auf die stationäre Versorgung (ID 1000) gemessen. Es handelt sich dabei um sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 10 Kennzahlen zusammensetzen. Die einzelnen Kennzahlen dieser Indikatoren werden wiederum unterschiedlich berechnet. Jede der Kennzahlen geht gleich gewichtet in die Berechnung des jeweiligen Indikators ein. Erreicht ein Leistungserbringer in allen Kennzahlen die volle Punktzahl, liegt das Ergebnis des Indikators bei 100 von 100 Punkten. Rechnerisch auffällig werden bei diesen Qualitätsindikatoren jeweils die Einrichtungen mit den 5 % niedrigsten Indikatorergebnissen. Die Ergebnisse dieser beiden Indikatoren sind aufgrund

unterschiedlicher erfasster Daten und unterschiedlicher Rechenregeln nicht miteinander vergleichbar.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den aktuellen endgültigen Rechenregeln entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden. Darüber hinaus hat das IQTIG den LAG eine Leseanleitung zu den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bereitgestellt.
Ein Leistungserbringerergebnis gilt als rechnerisch auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

[1] Behnke, M; Aghdassi, SJ; Hansen, S; Peña Diaz, LA; Gastmeier, P; Piening, B (2017): Prävalenz von nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung in deutschen Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 114(50): 851-857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.
[2] Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. Epidemiologisches Bulletin, Nr. 36: 359-364. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/36_10.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 08.05.2024).

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:
Aktuell befindet sich das QS-Verfahren gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet.
Zu den Kennzahlen „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und –therapie“ und „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention“ wurden im Erfassungsjahr 2023 von einem Teil der zur Dokumentation verpflichteten Leistungserbringer unplausible Angaben gemacht. Diese unplausiblen Angaben führten zu falsch hohen Ergebnissen bei den betroffenen Kennzahlen und in der Folge auch zu einem falsch hohen Ergebnis des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung“ (ID 1000) im Auswertungsjahr 2024. Im Erfassungsjahr 2024 wurde eine Plausibiliätsprüfung eingeführt, die die Dokumentation solcher Falschangaben ausschließt, sodass die Indikatorergebnisse des Auswertungsjahr 2025 nicht mehr von diesen unplausiblen Angaben betroffen sind. Aufgrund des falsch hohen Indikatorergebnisses im Auswertungsjahr 2024 ist das Ergebnis des Indikators 1000 im Auswertungsjahr 2025 nicht mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten (einrichtungsbezogen)
• eingegangene IKNR/BSNR-bezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Praxen/MVZ oder Krankenhäuser) und auf Bundesebene (gesamt) ausgegeben.
In der Tabelle „Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben“ wird dargestellt, wie viele Leistungserbringer ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben. Die Grundgesamtheit bildet die Anzahl der Leistungserbringer, die angegeben haben, ihre Tätigkeit unterjährig beendet zu haben und die Anzahl der Leistungserbringer, von denen ein QS-Dokumentationsbogen erwartet wurde (vgl. Angabe „erwartet“ in der Tabelle „Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten“).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (Praxen/MVZ)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	2.378 2.378	3.099	76,73
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	740 740	789	93,79
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	3.118 3.118	3.888	80,20

Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben

Erfassungsjahr 2024	**Anzahl**	**Grundgesamtheit***	**Anteil in %**
Bund (Praxen/MVZ)	103	3.202	3,22
Bund (Krankenhäuser)	17	806	2,11
Bund (gesamt)	120	4.008	2,99

* Die Grundgesamtheit berechnet sich aus der Anzahl erwarteter Datensätze addiert mit der Anzahl der Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben.

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zum Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer. Die Ergebnisse zum Indikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer sowie zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden. Leistungserbringer, die ausschließlich Daten bezogen auf das ambulante oder stationäre Operieren geliefert haben, erhalten nur einen Bericht. Die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien bezüglich der Vollzähligkeit der QS-Dokumentation zur Erfassung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (Auswertungsmodul WI-NI-D) sind ebenfalls einem separat bereitgestellten Bericht zu entnehmen.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zum Ende der Lieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert werden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich in den Berichten für Leistungserbringer bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so können hierfür mehrere Gründe ursächlich sein:
- Ein Leistungserbringer hat im Vorjahr keinen QS-Dokumentationsbogen übermittelt, sodass keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind.
- Es kam zu einem Zusammenschluss von mehreren Leistungserbringern, die vorher eigene IKNR bzw. BSNR hatten.
Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024“ das Ergebnis des Indikators.

Detaillierte Informationen zu dem Qualitätsindikator inklusive der Kennzahl- und Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.
Weitere Informationen zu dem Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	≥ 49,56 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	78,22 / 100 Punkte O = 78,22 N = 3.118

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung

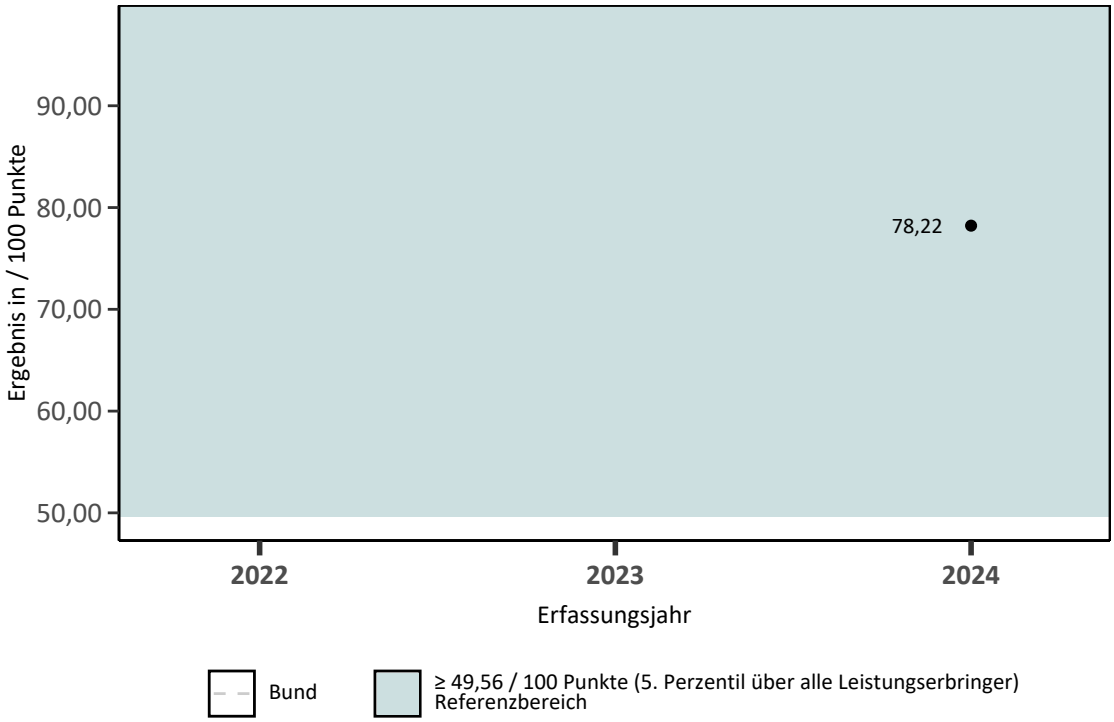
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert
Zähler	Mittelwert der Ergebnisse der 10 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements in ambulant operierenden Einrichtungen
Referenzbereich	≥ 49,56 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

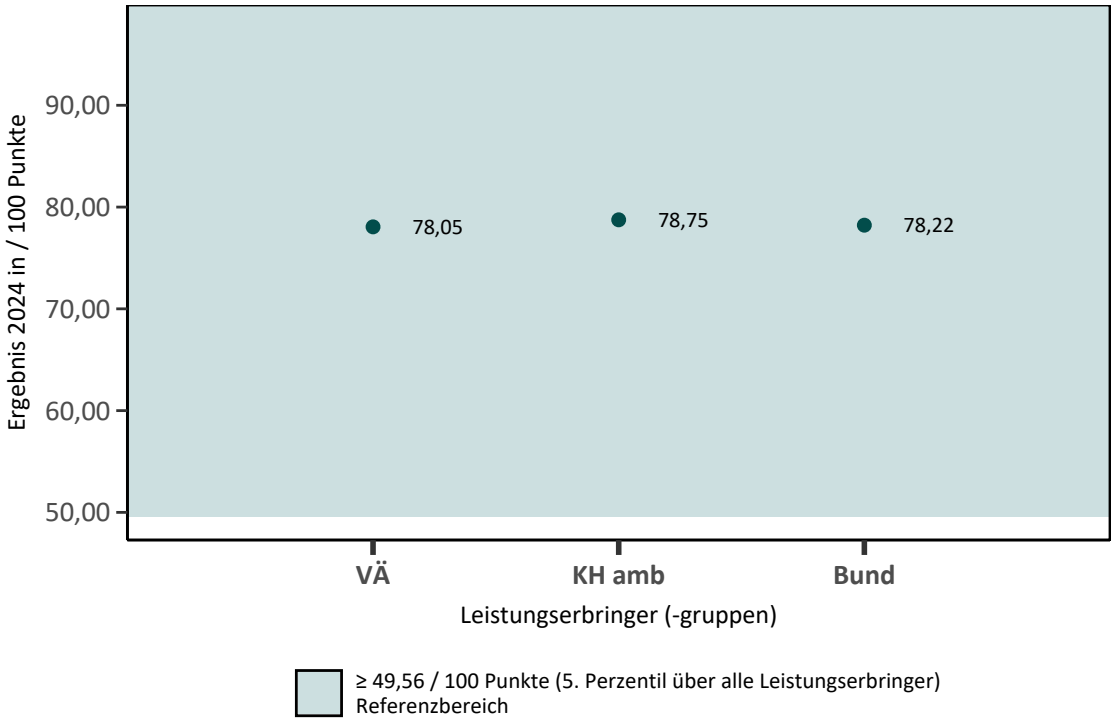
Dimension			Ergebnis in / 100 Punkte	Vertrauensbereich in / 100 Punkte
Ambulant	VÄ	2022	73,94	-
		2023	95,28	-
		2024	78,05	-
	KH	2022	76,11	-
		2023	78,25	-
		2024	78,75	-
Bund		2022	74,47	-
		2023	91,40	-
		2024	78,22	-

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 1000** **Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung**	78,22 / 100 Punkte
1.1.1	ID: 33_22002 Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	85,58 / 100 Punkte
1.1.2	ID: 33_22005 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	73,49 / 100 Punkte
1.1.3	ID: 33_22008 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	80,66 / 100 Punkte
1.1.4	ID: 33_22011 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	91,00 / 100 Punkte
1.1.5	ID: 33_22014 Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	94,26 / 100 Punkte
1.1.6	ID: 33_22017 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	87,81 / 100 Punkte
1.1.7	ID: 33_22020 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	55,72 / 100 Punkte
1.1.8	ID: 33_22023 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	53,24 / 100 Punkte
1.1.9	ID: 33_22026 Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	85,60 / 100 Punkte
1.1.10	ID: 33_22032 Durchführung von Compliance-Beobachtungen	74,82 / 100 Punkte

1.1 Beschreibung Ergebnis Bund (gesamt)	Ergebnis	Ergebnis VÄ	Ergebnis KH
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	ID: 33_22059 85,58 / 100 Punkte	ID: 33_22069 85,99 / 100 Punkte	ID: 33_22079 84,28 / 100 Punkte

1.1 Beschreibung Ergebnis Bund (gesamt)	**Ergebnis**	**Ergebnis VÄ**	**Ergebnis KH**
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	ID: 33_22060 73,49 / 100 Punkte	ID: 33_22070 69,81 / 100 Punkte	ID: 33_22080 85,34 / 100 Punkte
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	ID: 33_22061 80,66 / 100 Punkte	ID: 33_22071 75,82 / 100 Punkte	ID: 33_22081 96,22 / 100 Punkte
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	ID: 33_22062 91,00 / 100 Punkte	ID: 33_22072 90,28 / 100 Punkte	ID: 33_22082 93,31 / 100 Punkte
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	ID: 33_22063 94,26 / 100 Punkte	ID: 33_22073 93,16 / 100 Punkte	ID: 33_22083 97,78 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	ID: 33_22064 87,81 / 100 Punkte	ID: 33_22074 86,72 / 100 Punkte	ID: 33_22084 91,29 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	ID: 33_22065 55,72 / 100 Punkte	ID: 33_22075 64,76 / 100 Punkte	ID: 33_22085 26,68 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	ID: 33_22066 53,24 / 100 Punkte	ID: 33_22076 52,77 / 100 Punkte	ID: 33_22086 54,74 / 100 Punkte
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	ID: 33_22067 85,60 / 100 Punkte	ID: 33_22077 81,75 / 100 Punkte	ID: 33_22087 97,97 / 100 Punkte
Durchführung von Compliance-Beobachtungen	ID: 33_22068 74,82 / 100 Punkte	ID: 33_22078 79,48 / 100 Punkte	ID: 33_22088 59,86 / 100 Punkte

Basisauswertung

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

Art der ambulant operierenden Einrichtung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
Status des Leistungserbringers		
(1) Krankenhaus	740	23,73
(2) vertragsärztlicher Leistungserbringer	2.378	76,27

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer	**N = 2.378**	
Grundlage der Leistungserbringung		
(1) kollektivvertragliche Leistung	1.005	42,26
(2) ermächtigte vertragsärztliche Leistung	1.373	57,74

Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
Galt im Jahr 2024 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	180	5,77
(1) ja	2.227	71,42
(2) aufgrund des Behandlungsspektrums keine perioperative Antibiotikaprophylaxe erforderlich	711	22,80

	Bund (gesamt)	
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja	**N = 2.227**	
Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		
(0) nein	11	0,49
(1) ja	2.216	99,51
Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		
(0) nein	27	1,21
(1) ja	2.200	98,79
Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		
(0) nein	15	0,67
(1) ja	2.212	99,33

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja	**N = 2.227**	
Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	12	0,54
(1) ja	2.215	99,46

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2024?[1]	
Anzahl Einrichtungen mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja und Angabe eines Datums	2.227
Monat	8
Jahr	2023

[1] Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja **Angabe eines Datums: ja**	**N = 2.227**	
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2024		
nein	448	20,12
ja	1.779	79,88

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja	**N = 2.227**	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	51	2,29
(1) ja	2.176	97,71
Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaprophylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?[2]		
(0) nein	436	19,58
(1) ja	1.791	80,42

[2] z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja **Überprüfung des Zeitpunktes der Antibiotikaprophylaxe mittels Checkliste: ja**	**N = 1.791**	
Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		
(0) nein	486	27,14
(1) ja	1.305	72,86

Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
Galt im Jahr 2024 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	694	22,26
(1) ja	2.424	77,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja	**N = 2.424**	
Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	10	0,41
(1) ja	2.414	99,59

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2024?[3]	
Anzahl Einrichtungen mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums	2.424
Monat	7
Jahr	2023

[3] Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja Angabe eines Datums: ja	**N = 2.424**	
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2024		
nein	453	18,69
ja	1.971	81,31

	Bund (gesamt)	
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja	**N = 2.424**	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	67	2,76
(1) ja	2.357	97,24

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
Wurde bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?		
(0) nein	594	19,05
(1) ja	2.524	80,95

	Bund (gesamt)	
	n	%
Präoperative Haarentfernung: ja	**N = 2.524**	
Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?		
(0) nein	1.930	76,47
(1) ja	594	23,53
Wurde dazu eine Schere genutzt?		
(0) nein	2.267	89,82
(1) ja	257	10,18
Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?		
(0) nein	537	21,28
(1) ja	1.987	78,72
Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?		
(0) nein	2.400	95,09
(1) ja	124	4,91

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer	**N = 2.378**	
Wurde im Jahr 2024 ausschließlich Einmalsterilgut verwendet, das nicht wiederaufbereitet wird?		
(0) nein	2.114	88,90
(1) ja	264	11,10

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe	**N = 2.854**	
Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte?		
(0) nein	199	6,97
(1) ja	2.655	93,03
Übernahmen im Jahr 2024 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?		
(0) nein	1.820	63,77
(1) ja	842	29,50
(2) teilweise	192	6,73

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise	**N = 1.034**	
Lag im Jahr 2024 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?		
(0) nein	42	4,06
(1) ja	992	95,94

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	**N = 2.012**	
Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?		
(0) nein	20	0,99
(1) ja	1.992	99,01

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja	**N = 1.992**	
Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.990	99,90

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	**N = 2.012**	
Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?		
(1) ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad)	24	1,19
(2) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	38	1,89
(3) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	707	35,14
(4) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator	284	14,12
(5) ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	57	2,83
(6) ausschließlich mittels Sterilisator	11	0,55
(7) mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	891	44,28

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7)	**N = 1.677**	
Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		
(0) nein	21	1,25
(1) ja	1.656	98,75

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2024?[4]	
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	1.693
Monat	7
Jahr	2023

[4] Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) Angabe eines Datums: ja	**N = 1.693**	
Letzte Wartung erfolgte im EJ 2024		
nein	124	7,32
ja	1.569	92,68

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2024?[5]	
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	1.693
Monat	7
Jahr	2023

[5] Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) Angabe eines Datums: ja	**N = 1.693**	
Letzte Leistungsbeurteilung erfolgte im EJ 2024		
nein	135	7,97
ja	1.558	92,03

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	**N = 2.012**	
Wurde das OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?		
(0) nein	150	7,46
(1) ja	1.862	92,54
Wurde das OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?		
(0) nein	408	20,28
(1) ja	1.604	79,72
Wurde das OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?		
(0) nein	1.648	81,91
(1) ja	364	18,09

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	**N = 2.012**	
Wurde das OP-Sterilgut mittels Sterilisationsbogen verpackt?[6]		
(0) nein	762	37,87
(1) ja	1.250	62,13

[6] Neben der Verwendung von Vliesverpackung als Sterilisationsbogen ist ebenfalls bei Krepp- und Polypropylenverpackungen „ja“ anzugeben

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2024?[7]	
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Verpackung des Sterilguts: Siegelnahtverpackung und Angabe eines Datums	1.862
Monat	6
Jahr	2023

[7] Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Verpackung des Sterilguts: Siegelnahtverpackung Angabe eines Datums: ja	**N = 1.862**	
Letzte Wartung erfolgte im EJ 2024		
nein	221	11,87
ja	1.641	88,13

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7)	**N = 1.875**	
Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		
(0) nein	26	1,39
(1) ja	1.849	98,61

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2024?[8]	
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	1.893
Monat	7
Jahr	2023

[8] Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) Angabe eines Datums: ja	**N = 1.893**	
Letzte Wartung erfolgte im EJ 2024		
nein	228	12,04
ja	1.665	87,96

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2024?[9]	
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	1.893
Monat	7
Jahr	2023

[9] Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) Angabe eines Datums: ja	**N = 1.893**	
Letzte Leistungsbeurteilung erfolgte im EJ 2024		
nein	251	13,26
ja	1.642	86,74

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
Galt im Jahr 2024 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	164	5,26
(1) ja	2.954	94,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	**N = 2.954**	
Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		
(0) nein	44	1,49
(1) ja	2.910	98,51
Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		
(0) nein	9	0,30
(1) ja	2.945	99,70
Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		
(0) nein	25	0,85
(1) ja	2.929	99,15
Konnten die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	2.953	99,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	**N = 2.954**	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	33	1,12
(1) ja	2.921	98,88

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
Galt im Jahr 2024 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	254	8,15
(1) ja	2.864	91,85

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	**N = 2.864**	
Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		
(0) nein	6	0,21
(1) ja	2.858	99,79
Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?[10]		
(0) nein	12	0,42
(1) ja	2.852	99,58

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	**N = 2.864**	
Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		
(0) nein	45	1,57
(1) ja	2.819	98,43
Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?		
(0) nein	62	2,16
(1) ja	2.802	97,84
Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		
(0) nein	104	3,63
(1) ja	2.760	96,37
Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?[11]		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	2.861	99,90

[10] aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)
[11] Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte, ...

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2024?[12]	
Anzahl Einrichtungen mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums	2.864
Monat	7
Jahr	2023

[12] Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja Angabe eines Datums: ja	**N = 2.864**	
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2024		
nein	532	18,58
ja	2.332	81,42

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	**N = 2.864**	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	50	1,75
(1) ja	2.814	98,25

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

	Bund (gesamt)
Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2024 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? (%)	
Anzahl Einrichtungen mit Angabe von Werten	2.504
Angabe	67,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	47	1,51

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	567	18,18

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2024 stattgefunden haben, vor?		
(0) nein	782	25,08
(1) ja	2.227	71,42
Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	109	3,50

	Bund (gesamt)
Ärzte (%)[13]	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten	2.068
Angabe	79,07

[13] Anteil der Ärzte, die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 2.227**	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	28	1,26
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	131	5,88

	Bund (gesamt)
Pflegepersonal (%)[14]	
Anzahl Einrichtungen Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal	1.409
Angabe	79,73

[14] Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 2.227**	
Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	676	30,35
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	138	6,20

	Bund (gesamt)
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (%)[15]	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes	1.097
Angabe	78,08

[15] Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 2.227**	
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	916	41,13
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	209	9,38

	Bund (gesamt)
Medizinische Fachangestellte (%)[16]	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten	1.907
Angabe	81,11

[16] Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 2.227**	
Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	81	3,64
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	239	10,73

	Bund (gesamt)
Reinigungspersonal (%)[17]	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal	1.514
Angabe	84,34

[17] Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 2.227**	
Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	423	18,99
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	287	12,89

	Bund (gesamt)
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)[18]	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung	1.527
Angabe	90,02

[18] Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 2.227**	
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	540	24,25
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	158	7,09

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
Wurde ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten?[19]		
(0) nein	449	14,40
(1) ja	2.669	85,60

[19] Thematisierung aller folgenden Inhalte:
- Informationen zu MRSA im Allgemeinen
- Risiken der MRSA-Besiedlung/-Infektion für Kontaktpersonen
- Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate
- Barrieremaßnahmen während des Aufenthalts in der behandelnden Einrichtung

Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	**N = 3.118**	
Wurden Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt?		
(0) nein	785	25,18
(1) ja	2.333	74,82

© IQTIG 2025

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

WI-HI-S: Hygiene- und Infektionsmanagement – stat. Operieren - Verfahren in Erprobung

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Hygiene- und Infektionsmanagement – stat. Operieren - Verfahren in Erprobung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 8

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 9

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung 9

Details zu den Ergebnissen 12

Basisauswertung 14

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen 14

Art der stationär operierenden Einrichtung 14

Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung 14

Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung 17

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff 18

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien 19

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes 27

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel 28

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie 30

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention 31

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion 35

Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung 36

Einleitung

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einer chirurgischen Operation. Sie stellen heute die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete (Behnke et al. 2017) [1]. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz (Mielke et al. 2010) [2].
Das Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105) das Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen miteinander verglichen, unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.
Das Verfahren QS WI umfasst insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zum ambulanten und stationären Operieren, sowie zehn Kennzahlen. Darüber hinaus werden seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit bezüglich des fallbezogenen QS-Dokumentationsbogens NWIF (Datensatz „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“) ausgewertet.
Die Ermittlung der Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement basiert auf einer jährlich von allen teilnehmenden Leistungserbringern auszufüllenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren); NWIEA, bzw. Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren); NWIES). Dokumentationspflichtig sind Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahrs abgerechnet haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige Institutionskennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR)) abgefragt.
Die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements wird mit je einem Indikator bezogen auf die ambulante Versorgung (ID 1000) und einem Indikator bezogen auf die stationäre Versorgung (ID 1000) gemessen. Es handelt sich dabei um sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 10 Kennzahlen zusammensetzen. Die einzelnen Kennzahlen dieser Indikatoren werden wiederum unterschiedlich berechnet. Jede der Kennzahlen geht gleich gewichtet in die Berechnung des jeweiligen Indikators ein. Erreicht ein Leistungserbringer in allen Kennzahlen die volle Punktzahl, liegt das Ergebnis des Indikators bei 100 von 100 Punkten. Rechnerisch auffällig werden bei diesen Qualitätsindikatoren jeweils die Einrichtungen mit den 5 % niedrigsten Indikatorergebnissen. Die Ergebnisse dieser beiden Indikatoren sind aufgrund

unterschiedlicher erfasster Daten und unterschiedlicher Rechenregeln nicht miteinander vergleichbar.
Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den aktuellen endgültigen Rechenregeln entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden. Darüber hinaus hat das IQTIG den LAG eine Leseanleitung zu den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bereitgestellt.
Ein Leistungserbringerergebnis gilt als rechnerisch auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

[1] Behnke, M; Aghdassi, SJ; Hansen, S; Peña Diaz, LA; Gastmeier, P; Piening, B (2017): Prävalenz von nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung in deutschen Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 114(50): 851-857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.
[2] Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. Epidemiologisches Bulletin, Nr. 36: 359-364. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/36_10.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 08.05.2024).

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:
Aktuell befindet sich das QS-Verfahren gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet.
Zu den Kennzahlen „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und –therapie“ und „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention“ wurden im Erfassungsjahr 2023 von einem Teil der zur Dokumentation verpflichteten Leistungserbringer unplausible Angaben gemacht. Diese unplausiblen Angaben führten zu falsch hohen Ergebnisse bei den betroffenen Kennzahlen und in der Folge auch zu einem falsch hohen Ergebnis des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung“ (ID 2000) im Auswertungsjahr 2024. Im Erfassungsjahr 2024 wurde eine Plausibiliätsprüfung eingeführt, die die Dokumentation solcher Falschangaben ausschließt, sodass die Indikatorergebnisse des Auswertungsjahr2025 nicht mehr von diesen unplausiblen Angaben betroffen sind. Aufgrund des falsch hohen Indikatorergebnisses im Auswertungsjahr 2024 ist das Ergebnis des Indikators 2000 im Auswertungsjahr 2025 nicht mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten (einrichtungsbezogen)
• eingegangene IKNR/BSNR-bezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Belegärzte oder Krankenhäuser) und auf Bundesebene (gesamt) ausgegeben.
In der Tabelle „Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben“ wird dargestellt, wie viele Leistungserbringer ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben. Die Grundgesamtheit bildet die Anzahl der Leistungserbringer, die angegeben haben, ihre Tätigkeit unterjährig beendet zu haben und die Anzahl der Leistungserbringer, von denen ein QS-Dokumentationsbogen erwartet wurde (vgl. Angabe „erwartet“ in der Tabelle „Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten“).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (Belegärztinnen und Belegärzte)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	200 200	342	58,48
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	978 978	1.050	93,14
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	1.178 1.178	1.392	84,63

Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben

Erfassungsjahr 2024	**Anzahl**	**Grundgesamtheit***	**Anteil in %**
Bund (Belegärztinnen und Belegärzte)	12	354	3,39
Bund (Krankenhäuser)	21	1.071	1,96
Bund (gesamt)	33	1.425	2,32

* Die Grundgesamtheit berechnet sich aus der Anzahl erwarteter Datensätze addiert mit der Anzahl der Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben.

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zum Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Die Ergebnisse zum Indikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer sowie zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden. Leistungserbringer, die ausschließlich Daten bezogen auf das ambulante oder stationäre Operieren geliefert haben, erhalten nur einen Bericht. Die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien bezüglich der Vollzähligkeit der QS-Dokumentation zur Erfassung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (WI-NI-D) sind ebenfalls einem separat bereitgestellten Bericht zu entnehmen.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zum Ende der Lieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich in den Berichten für Leistungserbringer bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so können hierfür mehrere Gründe ursächlich sein:
- Ein Leistungserbringer hat im Vorjahr keinen QS-Dokumentationsbogen übermittelt, sodass keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind.
- Es kam zu einem Zusammenschluss von mehreren Leistungserbringern, die vorher eigene IKNR bzw. BSNR hatten.

Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024“ das Ergebnis des Indikators.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.
Weitere Informationen zu dem Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	≥ 62,17 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	78,03 / 100 Punkte O = 78,03 N = 1.178

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung

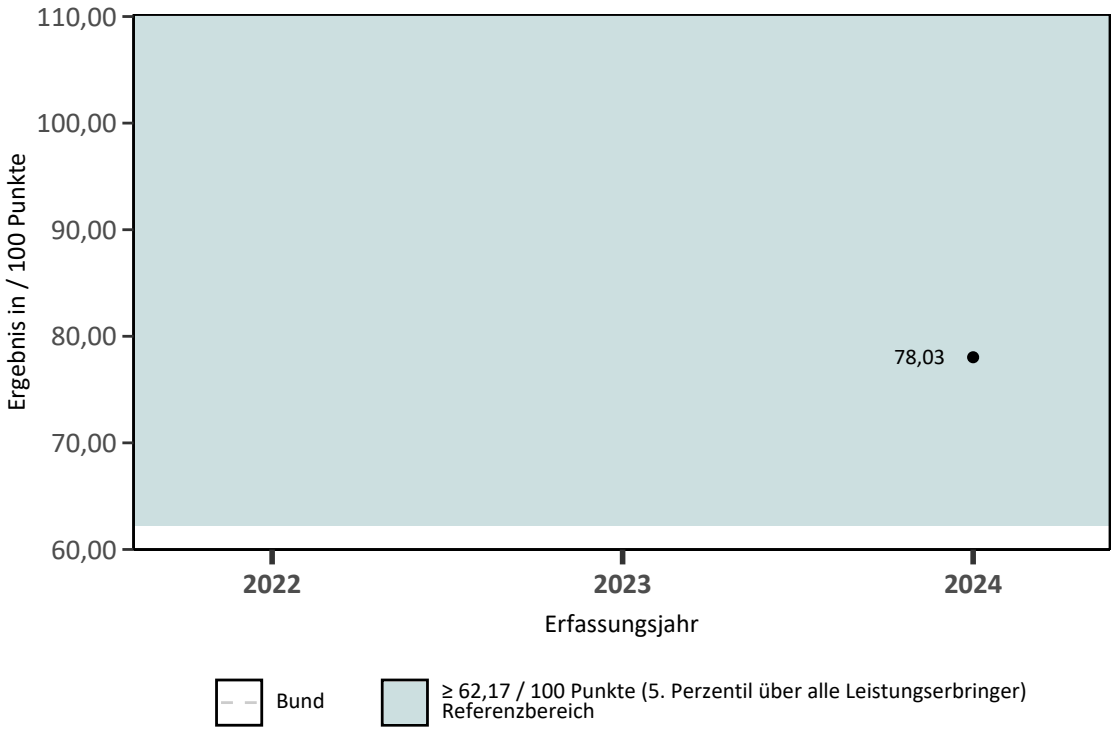
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert
Zähler	Mittelwert der Ergebnisse der 10 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements in stationär operierenden Einrichtungen
Referenzbereich	≥ 62,17 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

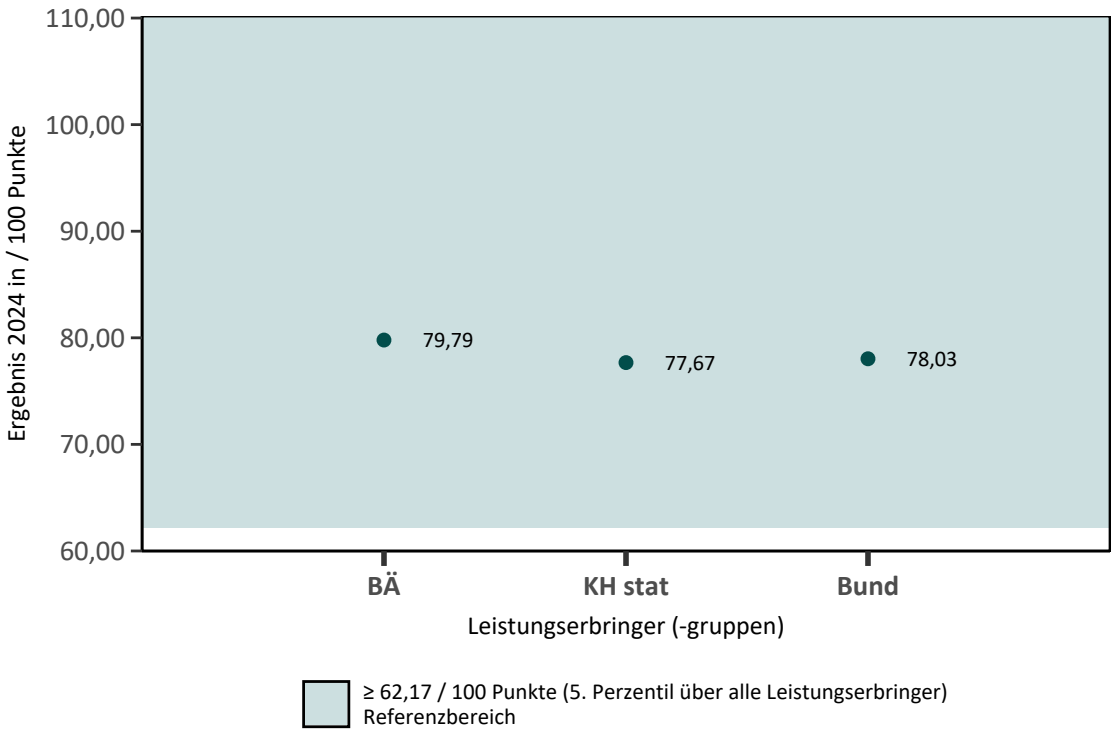
Dimension			Ergebnis in / 100 Punkte	Vertrauensbereich in / 100 Punkte
Stationär	BÄ	2022	74,18	-
		2023	105,82	-
		2024	79,79	-
	KH	2022	75,13	-
		2023	80,80	-
		2024	77,67	-
Bund		2022	74,93	-
		2023	85,26	-
		2024	78,03	-

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 2000** **Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung**	78,03 / 100 Punkte
1.1.1	ID: 34_22002 Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	85,72 / 100 Punkte
1.1.2	ID: 34_22005 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	86,86 / 100 Punkte
1.1.3	ID: 34_22008 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	94,91 / 100 Punkte
1.1.4	ID: 34_22011 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	97,59 / 100 Punkte
1.1.5	ID: 34_22014 Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	97,41 / 100 Punkte
1.1.6	ID: 34_22017 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	91,44 / 100 Punkte
1.1.7	ID: 34_22020 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	33,21 / 100 Punkte
1.1.8	ID: 34_22023 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	56,73 / 100 Punkte
1.1.9	ID: 34_22026 Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	98,73 / 100 Punkte
1.1.10	ID: 34_22032 Durchführung von Compliance-Beobachtungen	37,74 / 100 Punkte

1.1 Beschreibung Ergebnis Bund (gesamt)	Ergebnis	Ergebnis BÄ	Ergebnis KH
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	ID: 34_22069 85,72 / 100 Punkte	ID: 34_22079 86,45 / 100 Punkte	ID: 34_22089 85,57 / 100 Punkte

1.1 Beschreibung Ergebnis Bund (gesamt)	**Ergebnis**	**Ergebnis BÄ**	**Ergebnis KH**
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	ID: 34_22070 86,86 / 100 Punkte	ID: 34_22080 87,63 / 100 Punkte	ID: 34_22090 86,71 / 100 Punkte
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	ID: 34_22071 94,91 / 100 Punkte	ID: 34_22081 90,00 / 100 Punkte	ID: 34_22091 95,91 / 100 Punkte
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	ID: 34_22072 97,59 / 100 Punkte	ID: 34_22082 97,97 / 100 Punkte	ID: 34_22092 97,51 / 100 Punkte
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	ID: 34_22073 97,41 / 100 Punkte	ID: 34_22083 95,83 / 100 Punkte	ID: 34_22093 97,73 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	ID: 34_22074 91,44 / 100 Punkte	ID: 34_22084 91,54 / 100 Punkte	ID: 34_22094 91,42 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	ID: 34_22075 33,21 / 100 Punkte	ID: 34_22085 60,53 / 100 Punkte	ID: 34_22095 27,63 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	ID: 34_22076 56,73 / 100 Punkte	ID: 34_22086 54,32 / 100 Punkte	ID: 34_22096 57,23 / 100 Punkte
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	ID: 34_22077 98,73 / 100 Punkte	ID: 34_22087 98,50 / 100 Punkte	ID: 34_22097 98,77 / 100 Punkte
Durchführung von Compliance-Beobachtungen	ID: 34_22078 37,74 / 100 Punkte	ID: 34_22088 35,11 / 100 Punkte	ID: 34_22098 38,27 / 100 Punkte

Basisauswertung

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

Art der stationär operierenden Einrichtung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Status des Leistungserbringers		
(1) Krankenhaus nach § 108 SGB V	978	83,02
(2) Belegarzt nach § 121 Abs. 2 SGB V	200	16,98

Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Galt im Jahr 2024 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	27	2,29
(1) ja	1.151	97,71

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja	**N = 1.151**	
Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.149	99,83
Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		
(0) nein	12	1,04
(1) ja	1.139	98,96
Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.148	99,74
Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	4	0,35
(1) ja	1.147	99,65

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2024?[1]	
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja und Angabe eines Datums	1.151
Monat	7
Jahr	2023

[1] Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja Angabe eines Datums: ja	**N = 1.151**	
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2024		
nein	377	32,75
ja	774	67,25

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja	**N = 1.151**	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	12	1,04
(1) ja	1.139	98,96
Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaprophylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?[2]		
(0) nein	162	14,07
(1) ja	989	85,93

[2] z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja Überprüfung des Zeitpunktes der Antibiotikaprophylaxe mittels Checkliste: ja	**N = 989**	
Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		
(0) nein	266	26,90
(1) ja	723	73,10

Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Galt im Jahr 2024 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	61	5,18
(1) ja	1.117	94,82

	Bund (gesamt)	
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja	**N = 1.117**	
Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.115	99,82

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2024?[3]	
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums	1.117
Monat	7
Jahr	2023

[3] Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja Angabe eines Datums: ja	**N = 1.117**	
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2024		
nein	358	32,05
ja	759	67,95

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja	**N = 1.117**	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	15	1,34
(1) ja	1.102	98,66

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?		
(0) nein	14	1,19
(1) ja	1.164	98,81

	Bund (gesamt)	
	n	%
Präoperative Haarentfernung: ja	**N = 1.164**	
Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?		
(0) nein	1.107	95,10
(1) ja	57	4,90
Wurde dazu eine Schere genutzt?		
(0) nein	1.132	97,25
(1) ja	32	2,75
Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?		
(0) nein	26	2,23
(1) ja	1.138	97,77
Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?		
(0) nein	1.092	93,81
(1) ja	72	6,19

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte?		
(0) nein	25	2,12
(1) ja	1.153	97,88

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Übernahmen im Jahr 2024 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?		
(0) nein	729	61,88
(1) ja	299	25,38
(2) teilweise	150	12,73

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise	**N = 449**	
Lag im Jahr 2024 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?		
(0) nein	4	0,89
(1) ja	445	99,11

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	**N = 879**	
Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?		
(0) nein	14	1,59
(1) ja	865	98,41

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja	**N = 865**	
Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	862	99,65

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	**N = 879**	
Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?		
(1) ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad)	≤3	x
(2) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	13	1,48
(3) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	348	39,59
(4) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator	≤3	x
(5) ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	32	3,64
(6) ausschließlich mittels Sterilisator	≤3	x
(7) mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	482	54,84

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7)	**N = 861**	
Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		
(0) nein	12	1,39
(1) ja	849	98,61

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2024?[4]	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	875
Monat	7
Jahr	2023

[4] Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) Angabe eines Datums: ja	**N = 875**	
Letzte Wartung erfolgte im EJ 2024		
nein	23	2,63
ja	852	97,37

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2024?[5]	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	875
Monat	6
Jahr	2023

[5] Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) Angabe eines Datums: ja	**N = 875**	
Letzte Leistungsbeurteilung erfolgte im EJ 2024		
nein	27	3,09
ja	848	96,91

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2024?[6]	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Angabe eines Datums	866
Monat	6
Jahr	2023

[6] Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Angabe eines Datums: ja	**N = 866**	
Letzte Wartung erfolgte im EJ 2024		
nein	33	3,81
ja	833	96,19

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	**N = 879**	
Siegelnahtgerät nicht vorhanden		
(1) ja	13	1,48

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7)	**N = 819**	
Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		
(0) nein	15	1,83
(1) ja	804	98,17

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2024?[7]	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	833
Monat	7
Jahr	2023

[7] Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) Angabe eines Datums: ja	**N = 833**	
Letzte Wartung erfolgte im EJ 2024		
nein	18	2,16
ja	815	97,84

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2024?[8]	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	833
Monat	7
Jahr	2023

[8] Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise **Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7)** **Angabe eines Datums: ja**	**N = 833**	
Letzte Leistungsbeurteilung erfolgte im EJ 2024		
nein	24	2,88
ja	809	97,12

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	**N = 879**	
Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		
(0) nein	0	0,00
(1) ja	879	100,00
Galt im gesamten Jahr 2024 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich?		
(0) nein	43	4,89
(1) ja	836	95,11

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Galt im Jahr 2024 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	25	2,12
(1) ja	1.153	97,88

	Bund (gesamt)	
	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	**N = 1.153**	
Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		
(0) nein	24	2,08
(1) ja	1.129	97,92
Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		
(0) nein	10	0,87
(1) ja	1.143	99,13
Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		
(0) nein	11	0,95
(1) ja	1.142	99,05
Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.150	99,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	**N = 1.153**	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	4	0,35
(1) ja	1.149	99,65

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Galt im Jahr 2024 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	18	1,53
(1) ja	1.160	98,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	**N = 1.160**	
Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.157	99,74
Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?[9]		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.157	99,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	**N = 1.160**	
Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		
(0) nein	19	1,64
(1) ja	1.141	98,36
Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?		
(0) nein	32	2,76
(1) ja	1.128	97,24
Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		
(0) nein	75	6,47
(1) ja	1.085	93,53
Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	6	0,52
(1) ja	1.154	99,48

[9] aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2024?[10]	
Anzahl Krankenhäuser mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums	1.160
Monat	7
Jahr	2023

[10] Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja Angabe eines Datums: ja	**N = 1.160**	
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2024		
nein	372	32,07
ja	788	67,93

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	**N = 1.160**	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	10	0,86
(1) ja	1.150	99,14

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

	Bund (gesamt)
Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2024 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? (%)	
Anzahl Krankenhäuser mit Angabe von Werten	677
Angabe	53,95

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	26	2,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	475	40,32

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2024 stattgefunden haben, vor?		
(0) nein	89	7,56
(1) ja	1.011	85,82
Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	78	6,62

	Bund (gesamt)
Ärzte (%)[11]	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten	879
Angabe	68,19

[11] Anteil der Ärzte, die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 1.011**	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	17	1,68
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	115	11,37

	Bund (gesamt)
Pflegepersonal (%)[12]	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal	880
Angabe	77,17

[12] Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 1.011**	
Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	16	1,58
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	115	11,37

	Bund (gesamt)
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (%)[13]	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes	756
Angabe	72,41

[13] Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 1.011**	
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	65	6,43
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	189	18,69

	Bund (gesamt)
Medizinische Fachangestellte (%)[14]	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten	675
Angabe	76,19

[14] Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 1.011**	
Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	77	7,62
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	259	25,62

	Bund (gesamt)
Reinigungspersonal (%)[15]	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal	753
Angabe	85,06

[15] Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 1.011**	
Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	102	10,09
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	156	15,43

	Bund (gesamt)
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)[16]	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung	760
Angabe	88,41

[16] Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 1.011**	
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	134	13,25
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	117	11,57

	Bund (gesamt)
Küchenpersonal (%)[17]	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Küchenpersonal	617
Angabe	86,11

[17] Anteil des Küchenpersonals, das im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	**N = 1.011**	
Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	127	12,56
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	123	12,17

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Wurde im Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten?[18]		
(0) nein	15	1,27
(1) ja	1.163	98,73

[18] Thematisierung aller folgenden Inhalte:
- Informationen zu MRSA im Allgemeinen
- Risiken der MRSA-Besiedlung/-Infektion für Kontaktpersonen
- Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate
- Barrieremaßnahmen während des Aufenthalts in der behandelnden Einrichtung
- Kontrolluntersuchungen

Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	**N = 1.178**	
Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten?		
(0) nein	319	27,08
(1) ja	763	64,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion wurden durchgeführt, aber nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	93	7,89

	Bund (gesamt)
Wie hoch war der Anteil von Normalstationen (an allen Normalstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%)	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Normalstationen	757
Angabe	51,06

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	**N = 763**	
keine Normalstation vorhanden		
(1) ja	6	0,79

	Bund (gesamt)
Wie hoch war der Anteil von IMC/Aufwachstationen (an allen IMC/Aufwachstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%)	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von IMC/Aufwachstationen	521
Angabe	59,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	**N = 763**	
keine IMC/Aufwachstation vorhanden		
(1) ja	241	31,59

	Bund (gesamt)
Wie hoch war der Anteil von Intensivstationen (an allen Intensivstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%)	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Intensivstationen	654
Angabe	83,35

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	**N = 763**	
keine Intensivstation vorhanden		
(1) ja	109	14,29

	Bund (gesamt)
Wie hoch war der prozentuale Anteil durchgeführter Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) an allen beobachteten Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion? (%)	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum prozentualen Anteil der Indikationsgruppe 2	669
Angabe	28,51

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	**N = 763**	
Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst		
(1) ja	78	10,22

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

WI-NI-A: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen - amb. Operieren – Verfahren in Erprobung

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2023

Stand: 21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen - amb. Operieren – Verfahren in Erprobung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Datengrundlage Sozialdaten 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 12

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) 13

1500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 13

1502: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 15

332400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 19

Details zu den Ergebnissen 23

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) 28

1501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 28

1503: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 30

332401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 34

Details zu den Ergebnissen 38

332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen) 44

Details zu den Ergebnissen 48

Basisauswertung ... 50
QS Dokumentation ... 50
NWIF Erfassungsjahr 2023 ... 50
Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 50
Bogenauslösende Kodes ... 50
Aufnahme und Entlassung ... 52
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 52
Patientin / Patient ... 53
Postoperative Wundinfektion ... 54
Sozialdaten ... 55
NWITR Erfassungsjahr 2023 ... 55
Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 55
Beginn und Ende der Behandlung ... 65
Falllänge ... 65
Patientin / Patient ... 66

Einleitung

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einer chirurgischen Operation. Sie stellen heute die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete (Behnke et al. 2017) [1]. Auch in hoch-entwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz (Mielke et al. 2010) [2].
Das Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.
Als Tracer-Operationen werden jene Operationen bezeichnet, die im Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) ausgewählt wurden, um in der Qualitätssicherung dahingehend betrachtet zu werden, ob sich im Anschluss eine nosokomiale postoperative Wundinfektion entwickelt.
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) das Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen miteinander verglichen, unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.
Das Verfahren QS WI umfasst insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zum ambulanten und stationären Operieren, sowie zehn Kennzahlen.
Darüber hinaus werden seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit bezüglich des fallbezogenen QS-Dokumentationsbogens NWIF (Datensatz „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“) ausgewertet.
Von den acht Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich zwei auf ambulante und vier auf stationäre Operationen. Zwei der vier Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3).
Die Kennzahlen beziehen sich auf die Sterblichkeit bis 30 Tage nach der OP und nosokomiale postoperative Infektionen mit multiresistenten Keimen. Sie dienen dazu, unterstützende Informationen für das interne Qualitätsmanagement bereitzustellen.
Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Tracer-Operationen, entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird. Die Tracer-Operationen stammen aus der Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastischen Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie.
Im Krankenhaus wird bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen

hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen (Erfassungsmodul NWIF) ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist diese im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus zu dokumentieren. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen werden an das IQTIG übermittelt.
Erst wenn diese Informationen am IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt werden, wird nach Berücksichtigung von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insbesondere des Follow-up-Zeitraumes, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Festlegung der DeQS-RL handelt. Hierbei werden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.
Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion geht in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wird, die die Tracer-Operation durchgeführt hat. Im Nenner steht die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers.
Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die ca. 2,9 Mio. Tracer-Operationen (Erfassungsjahr 2023) nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Gleichzeitig müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen Kode gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wird ein Filter genutzt, der beim potentiellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser Filter löst ca. 310.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus.
Liegt keine postoperative Wundinfektion vor, muss in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein“ beantwortet werden. Ca. 75.000-mal wurde diese Frage im Erfassungsjahr 2023 mit „ja“ beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Ca. 35 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen konnten mit einer Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Das Verfahren ist somit sehr effizient. Denn auf der einen Seite mussten im Erfassungsjahr 2023 zwar ca. 230.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die Indikatoren genutzt werden können (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden muss). Damit wird jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 2,9 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfällt.
Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, müssen hier keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leitungserbringer, die ambulant operieren erhalten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand.
Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten und Dokumentationsdaten der Leistungserbringer über ein in beiden Datenpools vorliegendes, je Patient gleichlautendes Patientenpseudonym. Das Zusammenführen der Datensätze erfolgt unabhängig davon, ob Operation und Wundinfektionsdiagnose in derselben oder in unterschiedlichen Einrichtungen erfolgten, und auch unabhängig davon, ob die Tracer-Operation ambulant oder stationär durchgeführt wurde.
Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden im Jahr zwei nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.

Informationen zu den je Leistungserbringer ermittelten Patienten, zu denen in den Daten eine oder mehrere Tracer-Operationen mit einer postoperativen Wundinfektion verknüpft wurden, sind in den separat bereitgestellten auffälligen Tracer-Listen (ATR-Listen) aufgeführt.
Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den aktuellen endgültigen Rechenregeln entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden.
Ein Leistungserbringerergebnis gilt als rechnerisch auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

[1] Behnke, M; Aghdassi, SJ; Hansen, S; Peña Diaz, LA; Gastmeier, P; Piening, B (2017): Prävalenz von nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung in deutschen Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 114(50): 851-857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.
[2] Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. Epidemiologisches Bulletin, Nr. 36: 359-364. URL: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2010/36_10.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 16.05.2025).

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:
Das Qualitätssicherungsverfahren befindet sich gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie weiterhin in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet. Die Ergebnisse mit der entsprechend gebotenen Vorsicht zu interpretieren. Im Begleitdokument zu dieser Auswertung, wird gesondert auf die aktuell bekannten Limitationen eingegangen.
Aufgrund der Aussetzung der Erfassung von Daten zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen für das Erfassungsjahr 2021, enthält der vorliegende Bericht keine Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2021.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Dieser Bericht enthält Qualitätsindikatorenergebnisse, die auf QS-Dokumentationsdaten und Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren. Diese fallbezogenen QS-Dokumentationsdaten werden ausschließlich von Krankenhäusern übermittelt.
Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) mit Entlassung im Erfassungsjahr 2023 und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
Entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war.
Die Vollzähligkeit der QS-Dokumentationsbögen wird auf Standortebene ermittelt. Für die Auswertungsmodule WI-NI-A und WI-NI-S des QS-Verfahrens QS WI erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nicht bezogen auf die in der Tabelle aufgeführte Anzahl Leistungserbringer, sondern bezogen auf die Leistungserbringer (Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR)), für die Informationen zu Tracer-Operationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	309.160 309.160	308.658	100,16
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.610	1.624	99,14

Datengrundlage Sozialdaten

Die nachfolgende Tabelle „Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR)“ stellt die von den Krankenkassen übermittelten Sozialdaten (Spalte „Anzahl Datensätze“) zu Traceroperationen sowie die Anzahl der Leistungserbringer, zu denen Sozialdaten übermittelt wurden (Spalte „Anzahl Leistungserbringer“) dar.
Die Anzahl der Datensätze wird bezogen auf das ambulante und stationäre Operieren ausgegeben, und bezogen auf das ambulante Operieren darüber hinaus auch für Vergleichsgruppen (Krankenhäuser oder Praxen/Medizinische Versorgungszentren (MVZ)).

Für die Auswertungsmodule WI-NI-A und WI-NI-S des QS-Verfahrens QS WI erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen bezogen auf die Leistungserbringer (IKNR bzw. BSNR-Ebene), für die Informationen zu Tracer-Operationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen.

Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR)

EJ 2023	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer
Bund (Ambulantes Operieren)	706.257	5.101
Bund (Amb. Krankenhäuser)	204.008	1.089
Bund (Amb. Praxen/MVZ)	502.182	4.004
Bund (Selektivvertragliche Leistungen)	67	24
Bund (Stationäres Operieren)	2.394.970	1.152

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer. Indikatorergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen stationär operierender Leistungserbringer, zum Hygiene- und Infektionsmanagement können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden. Leistungserbringer, die ausschließlich Daten bezogen auf das ambulante oder stationäre Operieren geliefert haben, erhalten nur einen Bericht. Für Krankenhäuser sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien bezüglich der Vollzähligkeit der QS-Dokumentation zur Erfassung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (WI-NI-D) ebenfalls einem separat bereitgestellten Bericht zu entnehmen.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bezogen auf das Erfassungsjahr 2023 an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Die Auswertungen der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich auf Tracer-Operationen, die innerhalb des jeweiligen Erfassungsjahres durchgeführt worden sind. Informationen zu postoperativen Wundinfektionen können zu den aktuellen Ergebnissen des Auswertungsjahr 2025 auch aus dem jeweiligen Folgejahr stammen.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet mit einem zeitlichen Versatz statt. Qualitätsindikatorenergebnisse, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, können erst im Jahr zwei nach dem Erfassungsjahr bereitgestellt werden. Entsprechend werden in diesem Bericht die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 dargestellt. Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2021 werden aufgrund der Aussetzung der Datenerfassung für das Jahr 2021 nicht dargestellt.

Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023“ die Ergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Informationen zu bekannten Limitationen der Datenbasis können Sie dem Begleitschreiben entnehmen.

Weitere Informationen zu dem Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)			
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	≤ 1 Fall	0,09 % O = 600 N = 633.826
1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 5 N = 633.826
332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 633.826
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)			
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	≤ 1 Fall	0,13 % O = 92 N = 68.245
1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 68.245
332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 68.245
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 461

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)

Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.

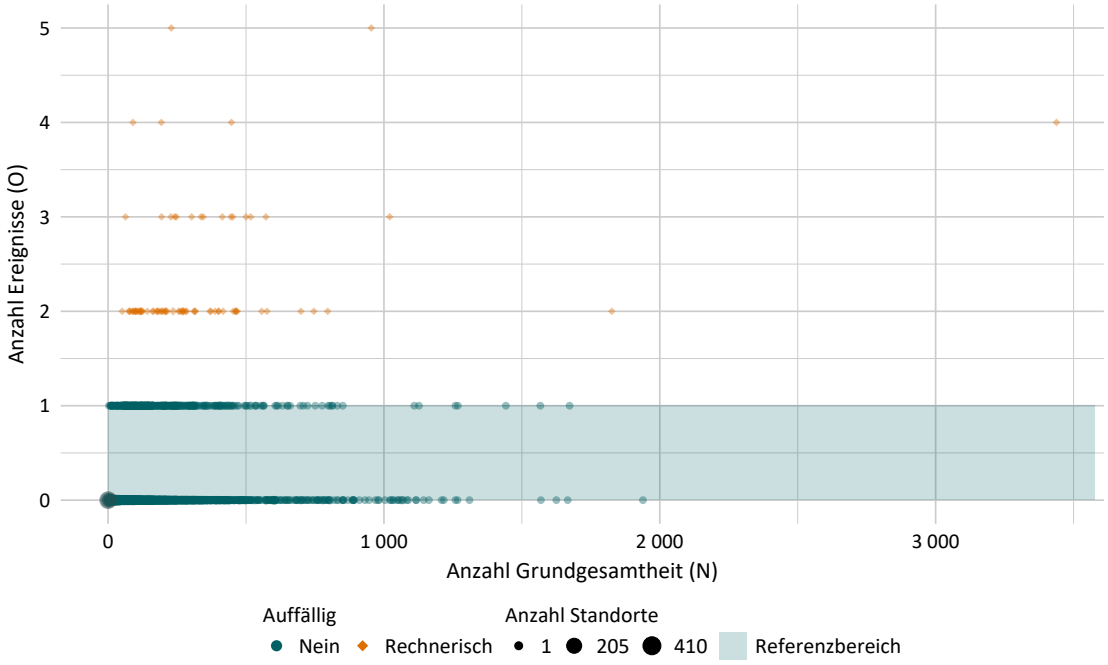
1500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Referenzbereich	≤ 1 Fall
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Ambulant	**VÄ**	**2021**	- / -	-
		2022	211 / 425.129	211
		2023	238 / 472.606	238
	KH	**2021**	- / -	-
		2022	258 / 135.930	258
		2023	362 / 161.220	362
Selektivvertragliche Leistungen		**2021**	- / -	-
		2022	- / -	-
		2023	- / -	-
Bund		**2021**	- / -	-
		2022	469 / 561.059	469
		2023	600 / 633.826	600

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



1502: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

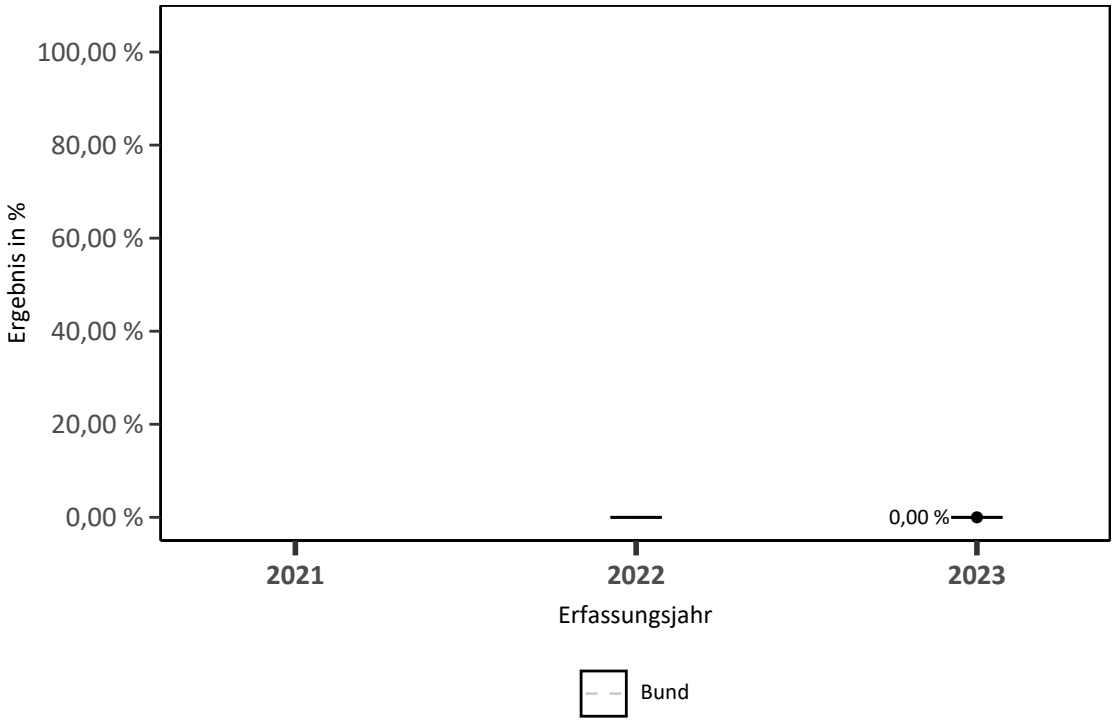
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

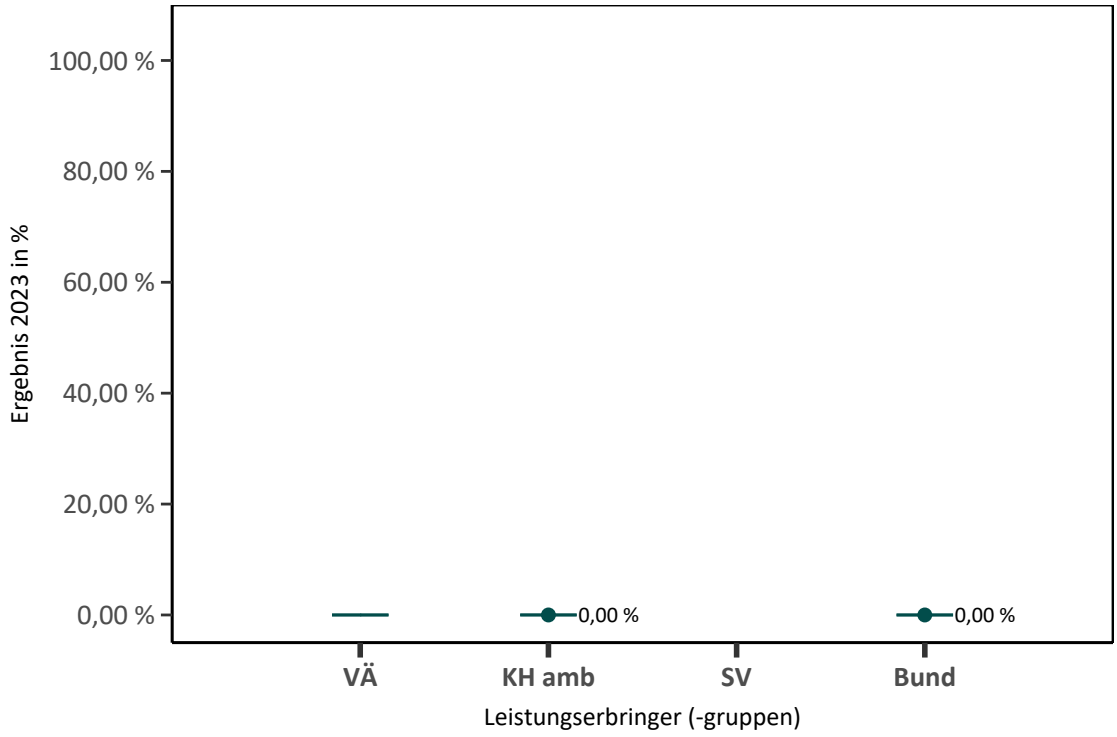
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	VÄ	2021	- / -	-	-
		2022	≤3 / 425.129	x	0,00 - 0,00
		2023	≤3 / 472.606	x	0,00 - 0,00
	KH	2021	- / -	-	-
		2022	≤3 / 135.930	x	0,00 - 0,00
		2023	4 / 161.220	0,00	0,00 - 0,01
Selektivvertragliche Leistungen		2021	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
Bund		2021	- / -	-	-
		2022	≤3 / 561.059	x	0,00 - 0,00
		2023	5 / 633.826	0,00	0,00 - 0,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

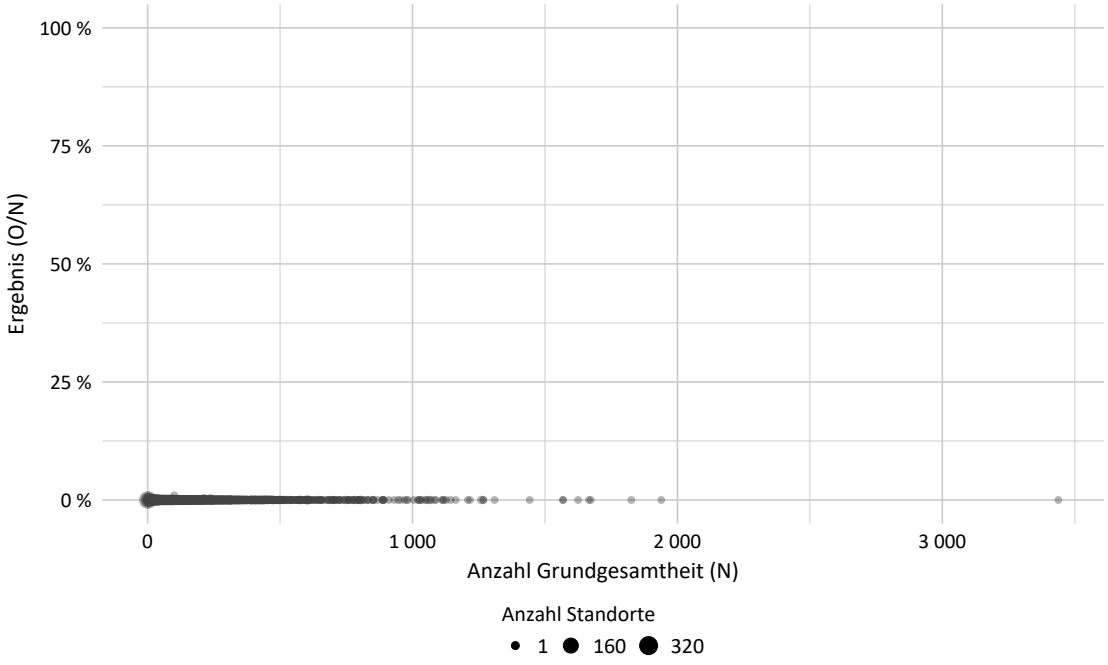
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	5.061	0	0,00	0,99	0,00

332400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

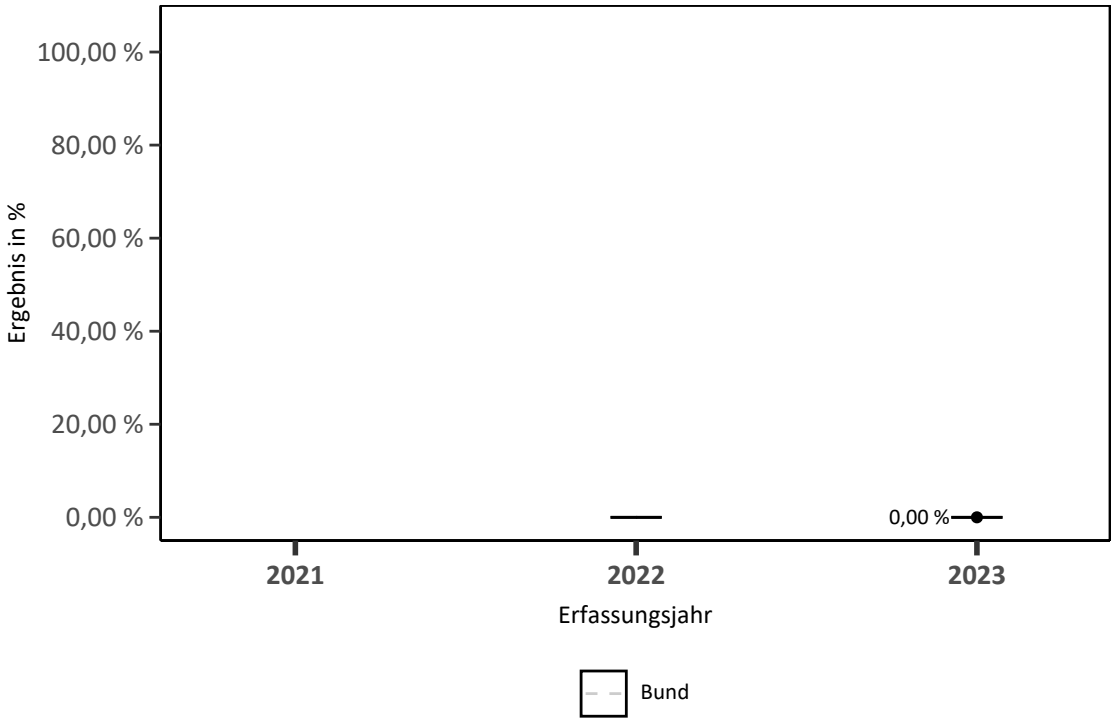
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit 4MRGN innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

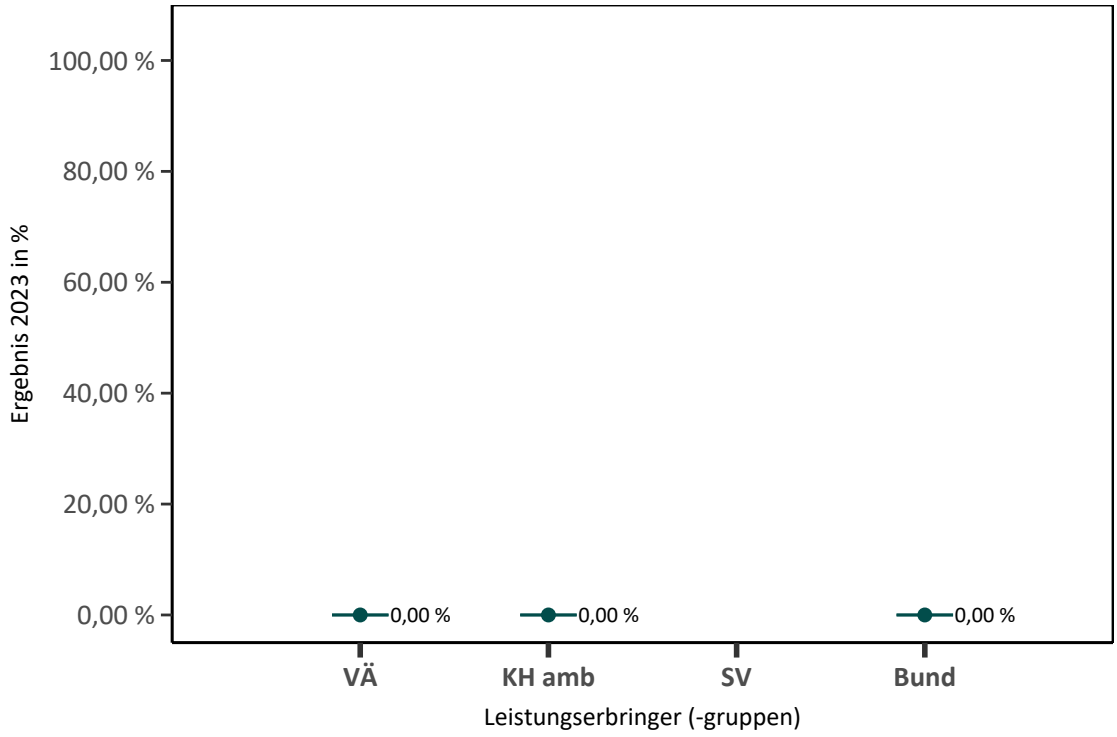
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	VÄ	2021	- / -	-	-
		2022	0 / 425.129	0,00	0,00 - 0,00
		2023	0 / 472.606	0,00	0,00 - 0,00
	KH	2021	- / -	-	-
		2022	≤3 / 135.930	x	0,00 - 0,00
		2023	0 / 161.220	0,00	0,00 - 0,00
Selektivvertragliche Leistungen		2021	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
Bund		2021	- / -	-	-
		2022	≤3 / 561.059	x	0,00 - 0,00
		2023	0 / 633.826	0,00	0,00 - 0,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

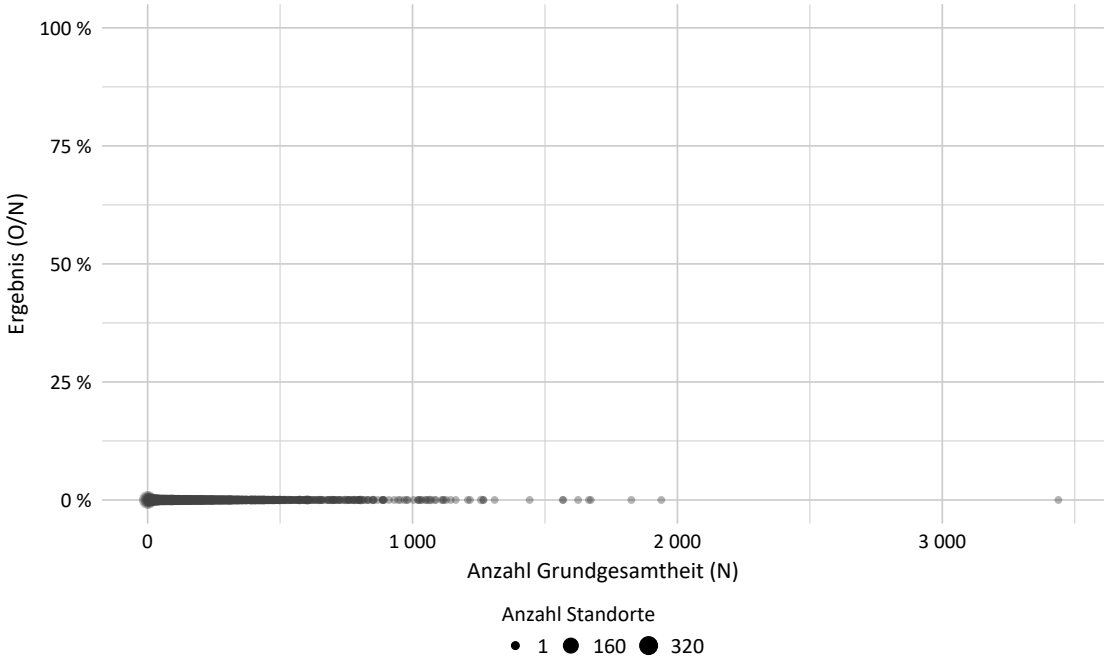
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	5.061	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 1500** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)**	0,09 % 600/633.826
1.1.1	Diagnosestellung	
1.1.1.1	ID: 33_24023 Selbstdiagnostiziert[1]	55,00 % 330/600
1.1.1.2	ID: 33_24024 Fremddiagnostiziert[2]	45,00 % 270/600

[1] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[2] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 1500 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)[3]	0,09 % 600/633.826
1.2.1	ID: 33_25028 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	0,00 % 0/92
1.2.2	ID: 33_25029 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/8
1.2.3	ID: 33_25030 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,18 % 87/49.234
1.2.4	ID: 33_25031 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
1.2.5	ID: 33_25032 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,25 % 57/22.804
1.2.6	ID: 33_25033 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
1.2.7	ID: 33_25034 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,62 % 24/3.889
1.2.8	ID: 33_25035 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,08 % 14/18.515
1.2.9	ID: 33_25036 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/420

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.10	ID: 33_25037 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,08 % 406/532.386
1.2.11	ID: 33_25038 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,15 % 13/8.790

[3] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 1500 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,09 % 600/633.826
1.3.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.3.1.1	ID: 33_24020 ≤ 10 Tage	47,83 % 287/600
1.3.1.2	ID: 33_24021 11 - 20 Tage	39,67 % 238/600
1.3.1.3	ID: 33_24022 21 - 30 Tage	12,50 % 75/600

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 1502** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)**	0,00 % 5/633.826
1.4.1	Diagnosestellung	
1.4.1.1	ID: 33_24034 Selbstdiagnostiziert[4]	x % ≤3/5
1.4.1.2	ID: 33_24035 Fremddiagnostiziert[5]	x % ≤3/5

[4] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[5] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.5	ID: 1502 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)[6]	0,00 % 5/633.826
1.5.1	ID: 33_25039 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	0,00 % 0/92
1.5.2	ID: 33_25040 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/8
1.5.3	ID: 33_25041 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	x % ≤3/49.234
1.5.4	ID: 33_25042 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
1.5.5	ID: 33_25043 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,00 % 0/22.804
1.5.6	ID: 33_25044 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
1.5.7	ID: 33_25045 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,00 % 0/3.889
1.5.8	ID: 33_25046 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 0/18.515
1.5.9	ID: 33_25047 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/420
1.5.10	ID: 33_25048 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 4/532.386
1.5.11	ID: 33_25049 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/8.790

[6] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.6	ID: 1502 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 % 5/633.826
1.6.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.6.1.1	ID: 33_24036 ≤ 10 Tage	80,00 % 4/5
1.6.1.2	ID: 33_24037 11 - 20 Tage	x % ≤3/5
1.6.1.3	ID: 33_24038 21 - 30 Tage	0,00 % 0/5

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.7	**ID: 332400** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)**	0,00 % 0/633.826
1.7.1	Diagnosestellung	
1.7.1.1	ID: 33_25000 Selbstdiagnostiziert[7]	- 0/0
1.7.1.2	ID: 33_25001 Fremddiagnostiziert[8]	- 0/0

[7] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[8] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.8	ID: 332400 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)[9]	0,00 % 0/633.826
1.8.1	ID: 33_25050 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	0,00 % 0/92
1.8.2	ID: 33_25051 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/8
1.8.3	ID: 33_25052 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,00 % 0/49.234
1.8.4	ID: 33_25053 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
1.8.5	ID: 33_25054 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,00 % 0/22.804
1.8.6	ID: 33_25055 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
1.8.7	ID: 33_25056 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,00 % 0/3.889
1.8.8	ID: 33_25057 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 0/18.515
1.8.9	ID: 33_25058 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/420

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.8.10	ID: 33_25059 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 0/532.386
1.8.11	ID: 33_25060 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/8.790

[9] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.9	ID: 332400 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 % 0/633.826
1.9.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.9.1.1	ID: 33_25008 ≤ 10 Tage	- 0/0
1.9.1.2	ID: 33_25009 11 - 20 Tage	- 0/0
1.9.1.3	ID: 33_25010 21 - 30 Tage	- 0/0

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)

Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.

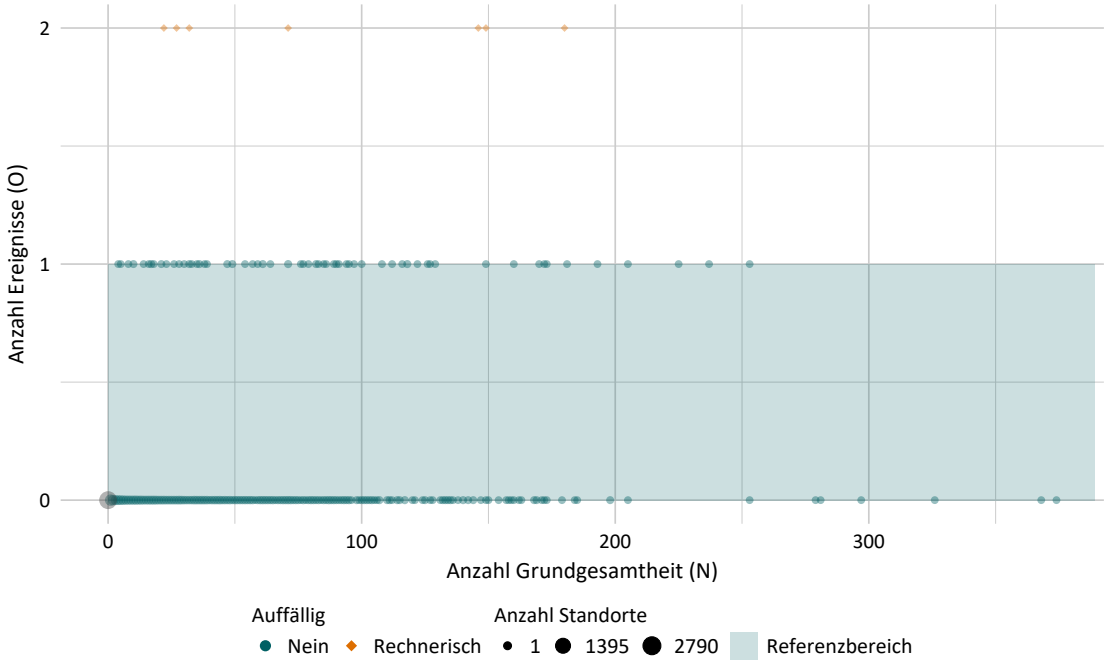
1501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Referenzbereich	≤ 1 Fall
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Ambulant	**VÄ**	**2021**	- / -	-
		2022	15 / 23.067	15
		2023	21 / 27.425	21
	KH	**2021**	- / -	-
		2022	74 / 31.312	74
		2023	71 / 40.820	71
Selektivvertragliche Leistungen		**2021**	- / -	-
		2022	- / -	-
		2023	- / -	-
Bund		**2021**	- / -	-
		2022	89 / 54.379	89
		2023	92 / 68.245	92

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



1503: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

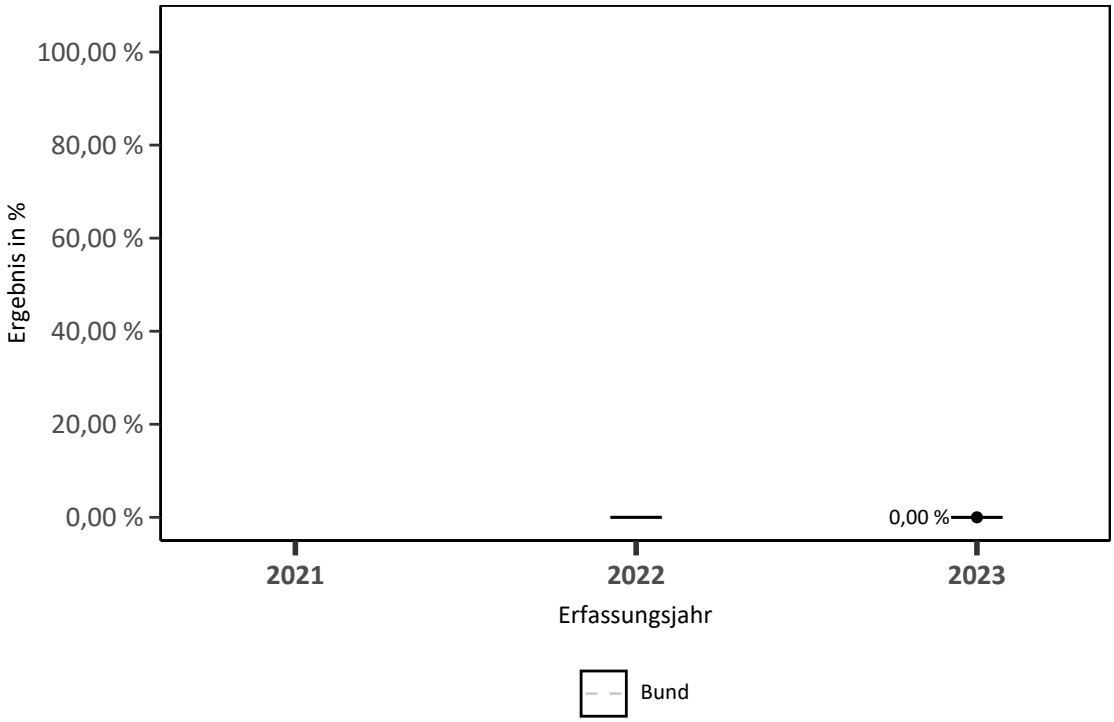
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

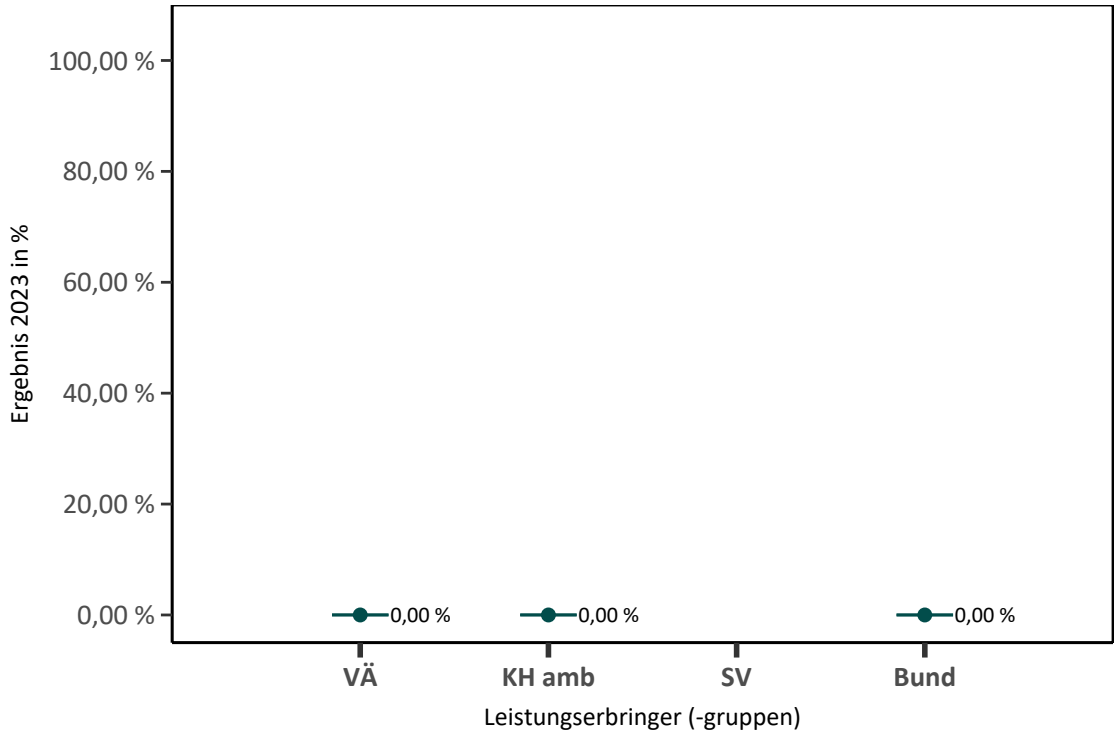
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	VÄ	2021	- / -	-	-
		2022	0 / 23.067	0,00	0,00 - 0,02
		2023	0 / 27.425	0,00	0,00 - 0,01
	KH	2021	- / -	-	-
		2022	≤3 / 31.312	x	0,00 - 0,02
		2023	0 / 40.820	0,00	0,00 - 0,01
Selektivvertragliche Leistungen		2021	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
Bund		2021	- / -	-	-
		2022	≤3 / 54.379	x	0,00 - 0,01
		2023	0 / 68.245	0,00	0,00 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

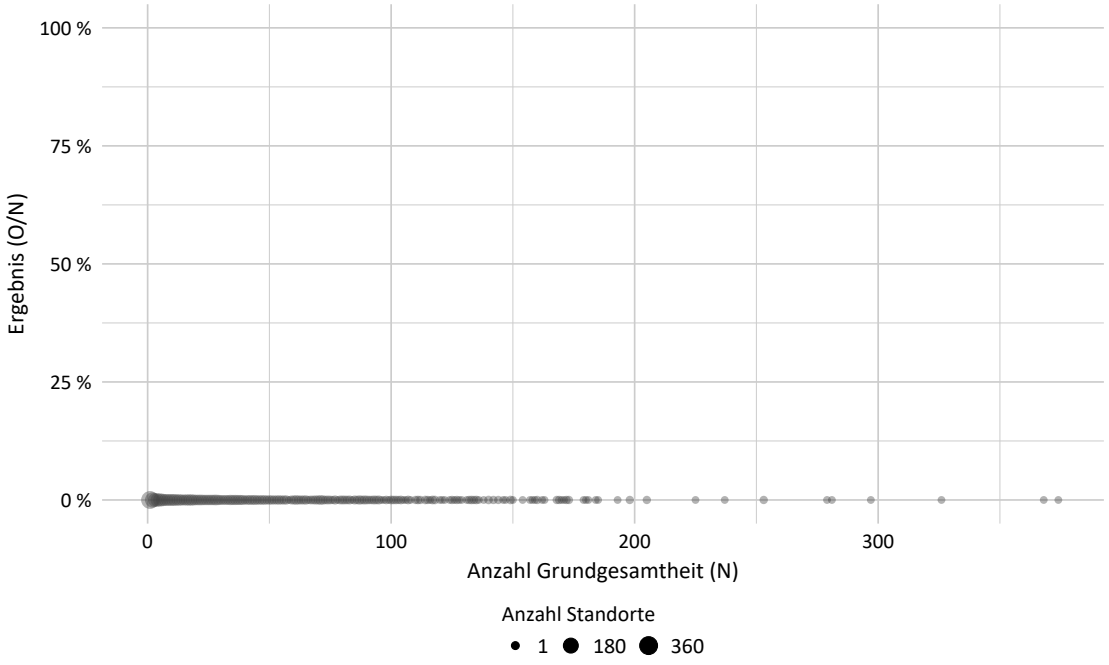
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	2.677	0	0,00	0,00	0,00

332401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

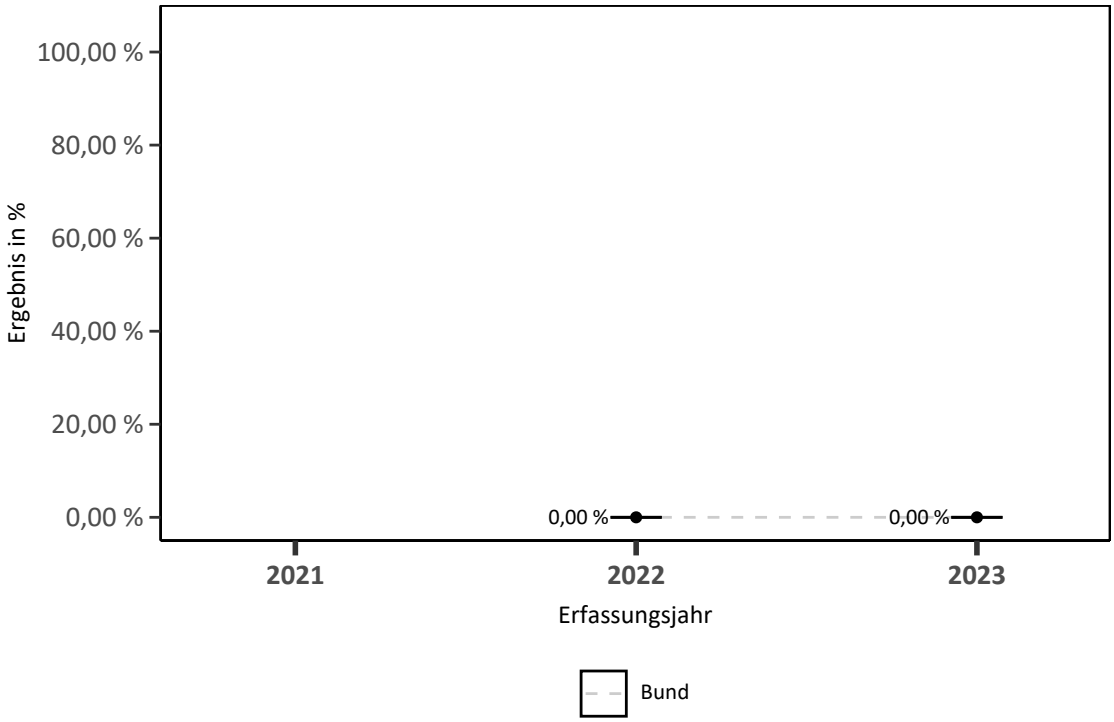
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit 4MRGN innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

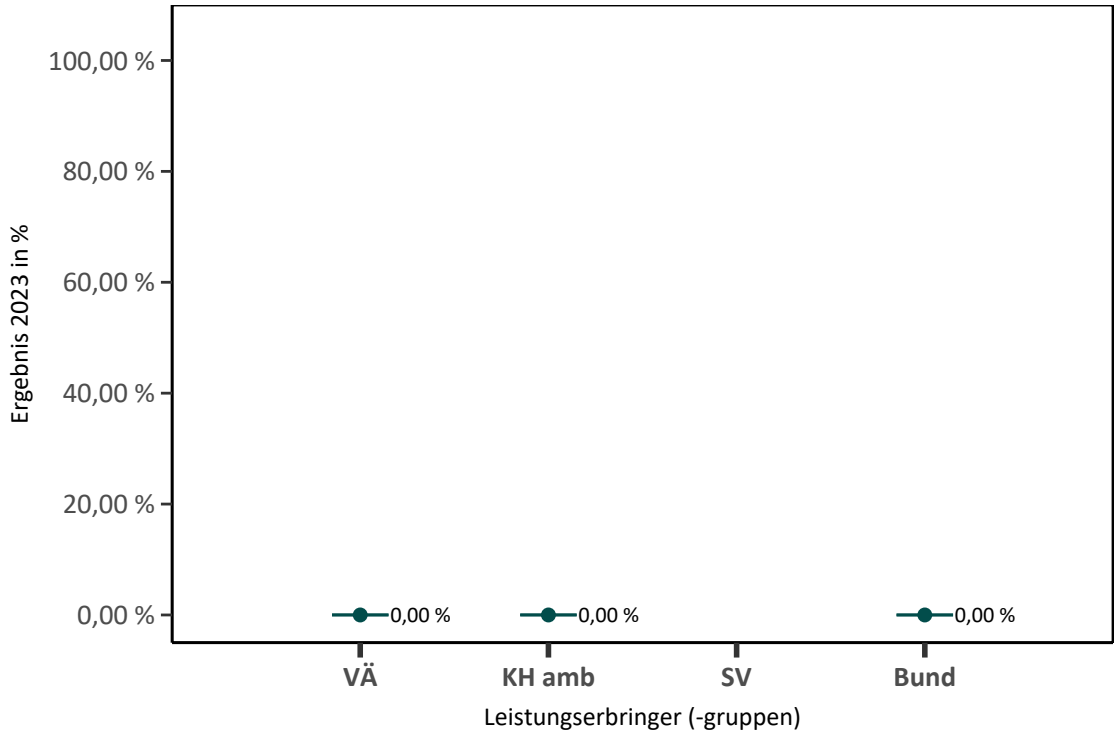
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	VÄ	2021	- / -	-	-
		2022	0 / 23.067	0,00	0,00 - 0,02
		2023	0 / 27.425	0,00	0,00 - 0,01
	KH	2021	- / -	-	-
		2022	0 / 31.312	0,00	0,00 - 0,01
		2023	0 / 40.820	0,00	0,00 - 0,01
Selektivvertragliche Leistungen		2021	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
Bund		2021	- / -	-	-
		2022	0 / 54.379	0,00	0,00 - 0,01
		2023	0 / 68.245	0,00	0,00 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

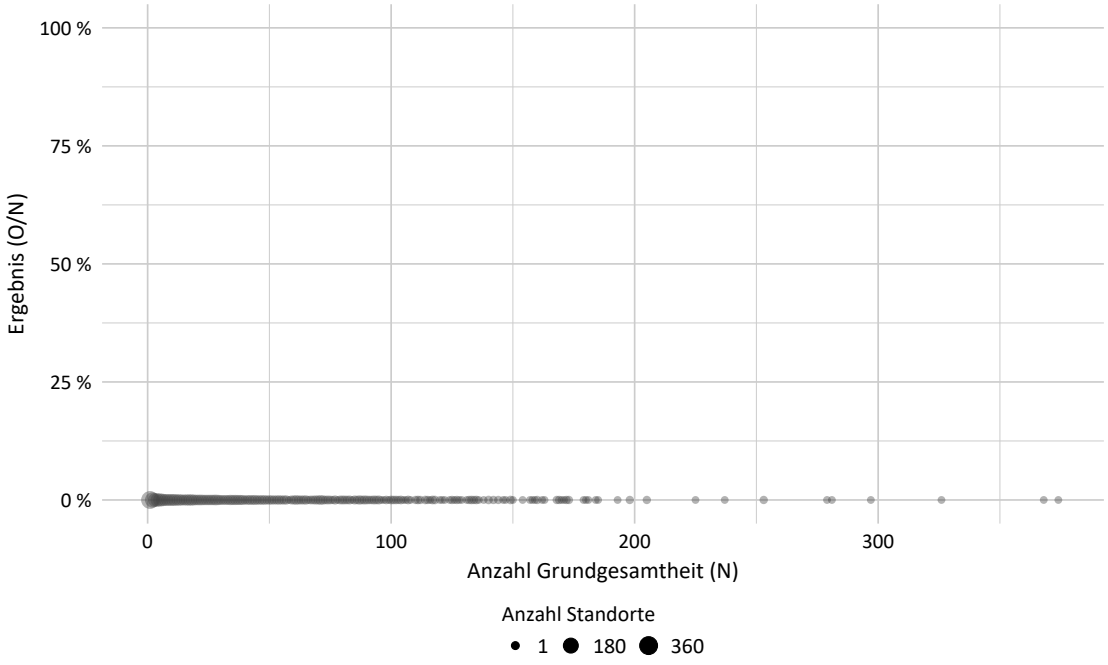
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	2.677	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 1501** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)**	0,13 % 92/68.245
2.1.1	Diagnosestellung	
2.1.1.1	ID: 33_24018 Selbstdiagnostiziert[10]	69,57 % 64/92
2.1.1.2	ID: 33_24019 Fremddiagnostiziert[11]	30,43 % 28/92

[10] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[11] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 1501 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[12]	0,13 % 92/68.245
2.2.1	ID: 33_25061 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.2.2	ID: 33_25062 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,17 % 12/7.163
2.2.3	ID: 33_25063 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,00 % 0/41
2.2.4	ID: 33_25064 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
2.2.5	ID: 33_25065 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,22 % 13/5.922
2.2.6	ID: 33_25066 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
2.2.7	ID: 33_25067 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	x % ≤3
2.2.8	ID: 33_25068 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	x % ≤3
2.2.9	ID: 33_25069 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	- 0/0
2.2.10	ID: 33_25070 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,12 % 67/55.095

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2.11	ID: 33_25071 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/38

[12] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 1501 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,13 % 92/68.245
2.3.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.3.1.1	ID: 33_24025 ≤ 10 Tage	26,09 % 24/92
2.3.1.2	ID: 33_24026 11 - 20 Tage	15,22 % 14/92
2.3.1.3	ID: 33_24027 21 - 30 Tage	19,57 % 18/92
2.3.1.4	ID: 33_24028 31 - 40 Tage	10,87 % 10/92
2.3.1.5	ID: 33_24029 41 - 50 Tage	14,13 % 13/92
2.3.1.6	ID: 33_24030 51 - 60 Tage	6,52 % 6/92
2.3.1.7	ID: 33_24031 61 - 70 Tage	5,43 % 5/92
2.3.1.8	ID: 33_24032 71 - 80 Tage	x % ≤3/92
2.3.1.9	ID: 33_24033 81 - 90 Tage	0,00 % 0/92

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.4	**ID: 1503** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)**	0,00 % 0/68.245
2.4.1	Diagnosestellung	
2.4.1.1	ID: 33_24039 Selbstdiagnostiziert[13]	- 0/0

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.4.1.2	ID: 33_24040 Fremddiagnostiziert[14]	- 0/0

[13] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[14] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.5	ID: 1503 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[15]	0,00 % 0/68.245
2.5.1	ID: 33_25072 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.5.2	ID: 33_25073 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/7.163
2.5.3	ID: 33_25074 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,00 % 0/41
2.5.4	ID: 33_25075 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
2.5.5	ID: 33_25076 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,00 % 0/5.922
2.5.6	ID: 33_25077 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
2.5.7	ID: 33_25078 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	x % ≤3
2.5.8	ID: 33_25079 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	x % ≤3
2.5.9	ID: 33_25080 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	- 0/0
2.5.10	ID: 33_25081 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 0/55.095
2.5.11	ID: 33_25082 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/38

[15] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.6	ID: 1503 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 0/68.245

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.6.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.6.1.1	ID: 33_24041 ≤ 10 Tage	- 0/0
2.6.1.2	ID: 33_24042 11 - 20 Tage	- 0/0
2.6.1.3	ID: 33_24043 21 - 30 Tage	- 0/0
2.6.1.4	ID: 33_24044 31 - 40 Tage	- 0/0
2.6.1.5	ID: 33_24045 41 - 50 Tage	- 0/0
2.6.1.6	ID: 33_24046 51 - 60 Tage	- 0/0
2.6.1.7	ID: 33_24047 61 - 70 Tage	- 0/0
2.6.1.8	ID: 33_24048 71 - 80 Tage	- 0/0
2.6.1.9	ID: 33_24049 81 - 90 Tage	- 0/0

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.7	**ID: 332401** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)**	0,00 % 0/68.245
2.7.1	Diagnosestellung	
2.7.1.1	ID: 33_25011 Selbstdiagnostiziert[16]	- 0/0
2.7.1.2	ID: 33_25012 Fremddiagnostiziert[17]	- 0/0

[16] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[17] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.8	ID: 332401 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[18]	0,00 % 0/68.245
2.8.1	ID: 33_25083 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.8.2	ID: 33_25084 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/7.163
2.8.3	ID: 33_25085 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,00 % 0/41
2.8.4	ID: 33_25086 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
2.8.5	ID: 33_25087 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,00 % 0/5.922
2.8.6	ID: 33_25088 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
2.8.7	ID: 33_25089 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	x % ≤3
2.8.8	ID: 33_25090 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	x % ≤3
2.8.9	ID: 33_25091 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	- 0/0
2.8.10	ID: 33_25092 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 0/55.095
2.8.11	ID: 33_25093 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/38

[18] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.9	ID: 332401 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 0/68.245
2.9.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.9.1.1	ID: 33_25019 ≤ 10 Tage	- 0/0

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.9.1.2	ID: 33_25020 11 - 20 Tage	- 0/0
2.9.1.3	ID: 33_25021 21 - 30 Tage	- 0/0
2.9.1.4	ID: 33_25022 31 - 40 Tage	- 0/0
2.9.1.5	ID: 33_25023 41 - 50 Tage	- 0/0
2.9.1.6	ID: 33_25024 51 - 60 Tage	- 0/0
2.9.1.7	ID: 33_25025 61 - 70 Tage	- 0/0
2.9.1.8	ID: 33_25026 71 - 80 Tage	- 0/0
2.9.1.9	ID: 33_25027 81 - 90 Tage	- 0/0

332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)

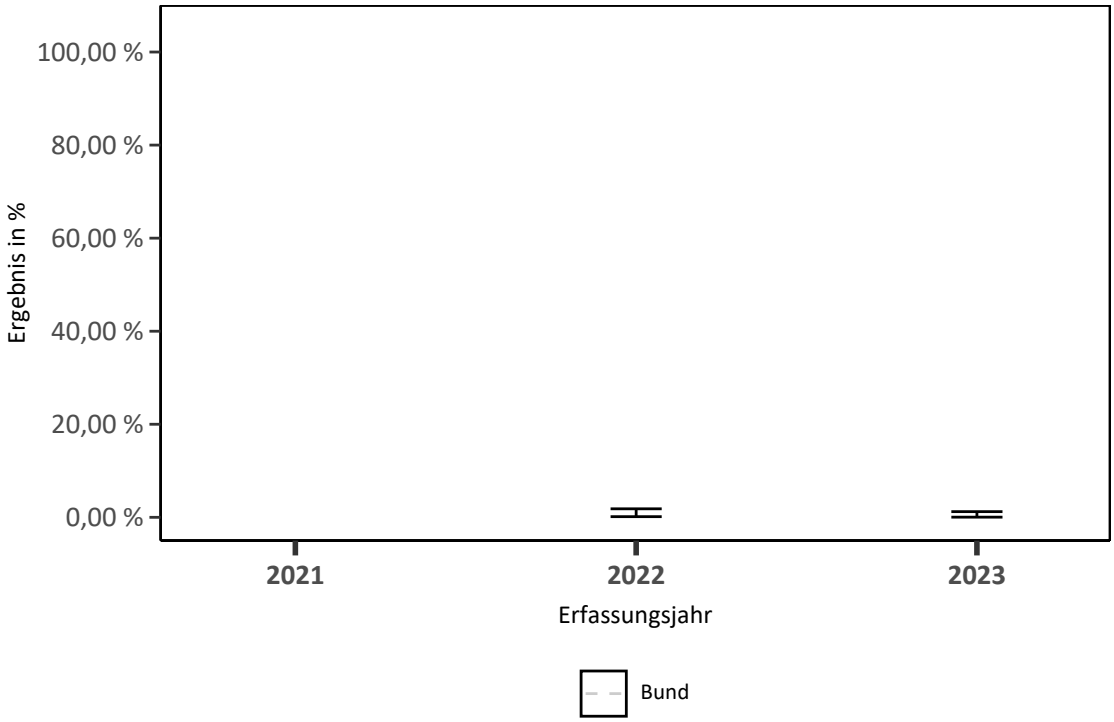
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose der Infektion verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

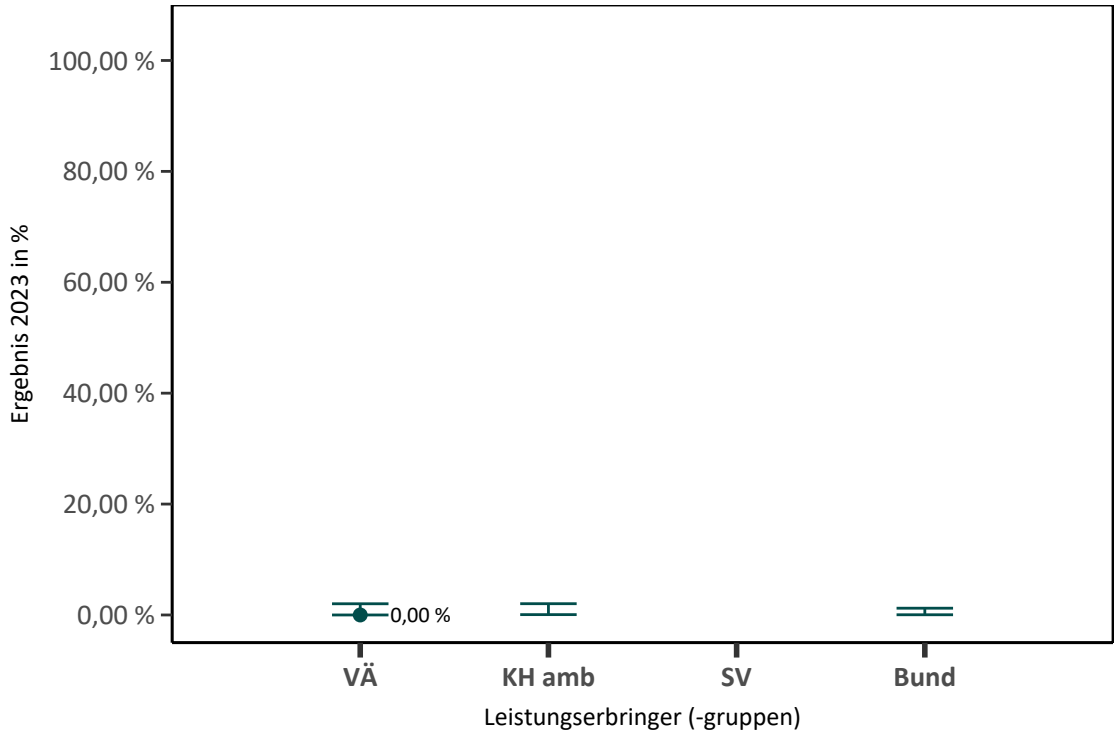
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2021**	- / -	-	-
		2022	≤3 / 172	x	0,10 - 3,22
		2023	0 / 186	0,00	0,00 - 2,02
	KH	**2021**	- / -	-	-
		2022	≤3 / 221	x	0,08 - 2,52
		2023	≤3 / 275	x	0,06 - 2,03
Selektivvertragliche Leistungen		**2021**	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
Bund		**2021**	- / -	-	-
		2022	≤3 / 393	x	0,14 - 1,84
		2023	≤3 / 461	x	0,04 - 1,22

Ergebnisse im Zeitverlauf

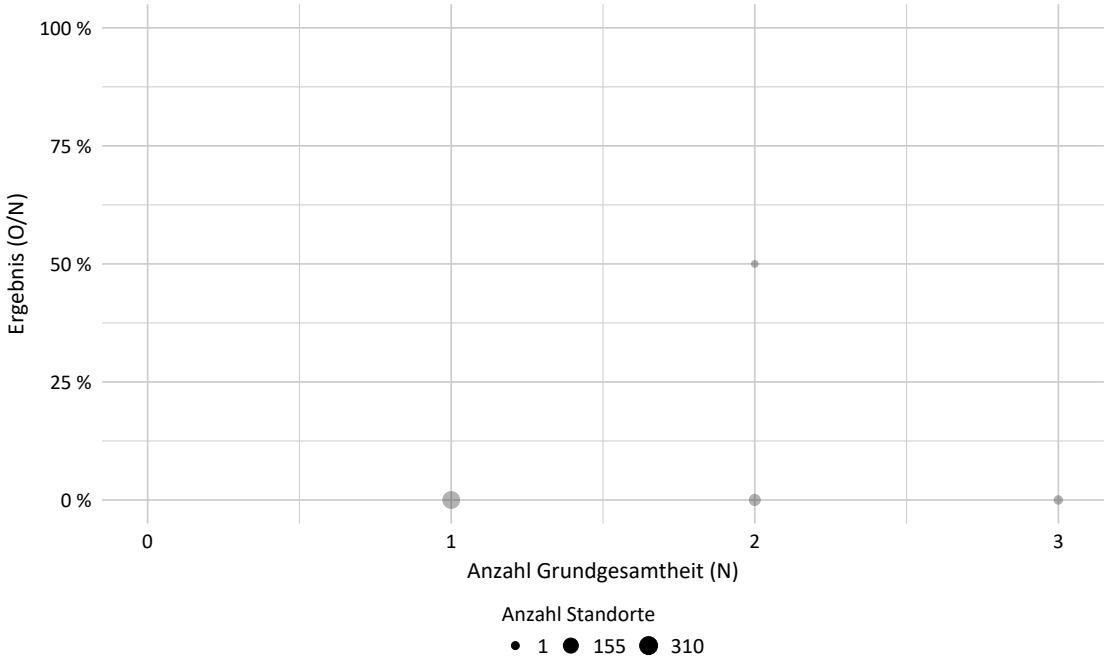
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	382	0	0,00	50,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 332000** **30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)**	x % ≤3/461
3.1.1	Diagnosestellung	
3.1.1.1	ID: 33_24050 Selbstdiagnostiziert[19]	x % ≤3
3.1.1.2	ID: 33_24051 Fremddiagnostiziert[20]	x % ≤3

[19] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[20] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 332000 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)[21]	x % ≤3/461
3.2.1	ID: 33_25094 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
3.2.2	ID: 33_25095 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	x % ≤3/10
3.2.3	ID: 33_25096 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,00 % 0/49
3.2.4	ID: 33_25097 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
3.2.5	ID: 33_25098 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,00 % 0/29
3.2.6	ID: 33_25099 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
3.2.7	ID: 33_25100 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,00 % 0/16
3.2.8	ID: 33_25101 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 0/9
3.2.9	ID: 33_25102 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	- 0/0
3.2.10	ID: 33_25103 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 0/344

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.11	ID: 33_25104 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/4

[21] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 332000 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	x % ≤3/461
3.3.1	Tage bis zum Versterben nach einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
3.3.1.1	ID: 33_24052 ≤ 10 Tage	x % ≤3
3.3.1.2	ID: 33_24053 11 - 20 Tage	x % ≤3
3.3.1.3	ID: 33_24054 21 - 30 Tage	x % ≤3

Basisauswertung

QS Dokumentation

NWIF Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Bogenauslösende Kodes

	Bund (gesamt)	
	n	%
ICD-Kodes gemäß ICD-10-GM		
T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	59.573	19,48
K65.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	31.535	10,31
T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	21.294	6,96
T82.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	21.213	6,94
I33.0 Akute und subakute infektiöse Endokarditis	11.495	3,76
K91.83 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	11.464	3,75
T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	10.141	3,32
K65.00 Spontane bakterielle Peritonitis [SBP] (akut)	9.379	3,07
N61 Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	7.177	2,35
K75.0 Leberabszess	6.947	2,27

NWIF Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Bogenauslösende Kodes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)		
5-916.a0 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	39.031	12,76
5-916.a1 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	18.832	6,16
5-394.2 Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	6.734	2,20
5-545.0 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Sekundärer Verschluss der Bauchwand (bei postoperativer Wunddehiszenz)	6.727	2,20
5-916.a5 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums	4.781	1,56
5-916.a3 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	4.497	1,47
5-896.1f Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	3.305	1,08
5-896.1g Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	3.074	1,00
5-916.a2 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	3.010	0,98
5-896.19 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Hand	2.940	0,96

Aufnahme und Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 305.874**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	9.195	3,01
1. Quartal	77.085	25,20
2. Quartal	76.839	25,12
3. Quartal	81.477	26,64
4. Quartal	61.278	20,03
Entlassungsquartal		
1. Quartal	70.367	23,01
2. Quartal	76.497	25,01
3. Quartal	81.813	26,75
4. Quartal	77.197	25,24

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 305.874**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	93.512	30,57
8 - 14 Tage	71.805	23,48
15 - 21 Tage	49.698	16,25
22 - 28 Tage	30.780	10,06
> 28 Tage	60.079	19,64

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 305.874**	
Geschlecht		
(1) männlich	163.266	53,38
(2) weiblich	142.600	46,62
(3) divers	6	0,00
(8) unbestimmt	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 305.874**	
Alter der Patientinnen und Patienten		
18 - 19 Jahre	1.276	0,42
20 - 29 Jahre	10.553	3,45
30 - 39 Jahre	18.550	6,06
40 - 49 Jahre	23.559	7,70
50 - 59 Jahre	45.826	14,98
60 - 69 Jahre	70.647	23,10
70 - 79 Jahre	68.029	22,24
80 - 89 Jahre	59.401	19,42
≥ 90 Jahre	8.032	2,63

Postoperative Wundinfektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 305.874**	
Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?		
(0) nein	230.169	75,25
(1) ja	75.705	24,75
davon: Wundinfektionstiefe[22]		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	23.267	30,73
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	34.714	45,85
(3) A2 mit sekundärer Sepsis	1.665	2,20
(4) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	14.156	18,70
(5) A3 mit sekundärer Sepsis	1.903	2,51
davon: Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt (analog den KISSDefinitionen)?[23]		
(0) nein	7.612	10,05
(1) ja	68.093	89,95

[22] Die Definitionen der Tiefe der postoperativen Wundinfektionen in Anlehnung an die aktuell geltenden KISS-Definitionen des NRZ

[23] während des aktuellen stationären Aufenthaltes oder wenn die mikrobiologische Diagnostik des vorbehandelnden Arztes in der Patientenakte vorliegt

Sozialdaten

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)		
5-349.3 Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial	95	0,00

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am Herzen (5-35...5-37)		
5-377.30 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	47.127	1,51
5-361.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	16.683	0,54
5-378.52 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	12.931	0,42
5-377.1 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	10.143	0,33
5-351.02 Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	10.049	0,32
5-361.17 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	8.789	0,28
5-361.07 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	7.720	0,25
5-377.d Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem	7.513	0,24
5-377.8 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	6.649	0,21
5-377.50 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion	6.284	0,20

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)		
5-385.70 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	53.537	1,72
5-381.70 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	25.498	0,82
5-381.71 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	12.538	0,40
5-380.70 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	10.375	0,33
5-381.54 Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	9.757	0,31
5-385.72 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	9.371	0,30
5-385.d0 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	7.164	0,23
5-380.72 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	5.155	0,17
5-393.53 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes	4.477	0,14
5-380.54 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	4.086	0,13
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)		
5-407.2 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Retroperitoneal (iliakal, paraaortal, parakaval)	2.214	0,07
5-407.3 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Pelvin	1.968	0,06

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)		
5-511.11 Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	104.688	3,36
5-469.21 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	76.396	2,45
5-469.20 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	47.777	1,54
5-470.11 Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	40.018	1,29
5-530.31 Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	19.164	0,62
5-530.33 Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	14.127	0,45
5-536.47 Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	11.132	0,36
5-469.00 Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch	10.446	0,34
5-455.41 Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	9.964	0,32
5-455.75 Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	8.296	0,27

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)		
5-593.20 Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	11.413	0,37
5-553.03 Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	5.800	0,19
5-553.00 Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Offen chirurgisch lumbal	3.040	0,10
5-576.20 Zystektomie: Radikale Zystektomie ohne Urethrektomie, beim Mann: Offen chirurgisch	2.979	0,10
5-554.43 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	2.232	0,07
5-599.00 Andere Operationen am Harntrakt: (Teil-)Resektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes als Revision nach Operationen wegen Harninkontinenz oder Prolaps: Vaginal	1.915	0,06
5-554.40 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Offen chirurgisch lumbal	1.778	0,06
5-582.0 Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	1.646	0,05
5-554.41 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Offen chirurgisch abdominal	1.255	0,04
5-590.51 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von retroperitonealem Gewebe: Offen chirurgisch abdominal	1.148	0,04

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)		
5-604.52 Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	11.819	0,38
5-640.2 Operationen am Präputium: Zirkumzision	6.612	0,21
5-611 Operation einer Hydrocele testis	6.448	0,21
5-604.42 Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	5.968	0,19
5-622.5 Orchidektomie: Radikale (inguinale) Orchidektomie (mit Epididymektomie und Resektion des Samenstranges)	4.672	0,15
5-631.1 Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	3.067	0,10
5-604.12 Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	2.680	0,09
5-631.2 Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	2.580	0,08
5-604.02 Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	2.359	0,08
5-629.x Andere Operationen am Hoden: Sonstige	1.954	0,06

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)		
5-661.62 Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	39.480	1,27
5-651.92 Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	34.885	1,12
5-653.32 Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	33.012	1,06
5-704.00 Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	25.658	0,82
5-682.02 Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	22.062	0,71
5-704.10 Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	20.514	0,66
5-683.03 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	16.092	0,52
5-657.62 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	15.396	0,49
5-683.01 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	14.824	0,48
5-683.23 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)	8.704	0,28

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)		
5-749.11 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	84.506	2,72
5-749.10 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	82.634	2,66
5-749.0 Andere Sectio caesarea: Resectio	75.151	2,41
5-740.0 Klassische Sectio caesarea: Primär	21.852	0,70
5-740.1 Klassische Sectio caesarea: Sekundär	18.475	0,59
5-741.0 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal	2.378	0,08
5-741.1 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal	2.168	0,07
5-741.3 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision	275	0,01
5-758.3 Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	216	0,01
5-741.5 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, Längsinzision	150	0,00

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)		
5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	131.552	4,23
5-822.g1 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	130.702	4,20
5-812.5 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	107.060	3,44
5-814.3 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	88.742	2,85
5-811.2h Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	53.019	1,70
5-794.k6 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	51.855	1,67
5-812.eh Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	50.081	1,61
5-790.5f Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	44.963	1,44
5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	41.150	1,32
5-810.4 Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper	38.137	1,23

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an der Mamma (5-87...5-88)		
5-870.a1 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	27.438	0,88
5-870.a2 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25 % des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	20.769	0,67
5-872.1 (Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	14.107	0,45
5-870.a0 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	6.944	0,22
5-884.2 Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	6.403	0,21
5-870.90 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	6.326	0,20
5-870.a3 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie	4.647	0,15
5-872.0 (Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie	4.137	0,13
5-886.30 Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan: Ohne gewebeverstärkendes Material	3.091	0,10
5-889.1 Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose	2.875	0,09

Beginn und Ende der Behandlung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Behandlungsbeginnquartal		
1. Quartal	147.951	4,75
2. Quartal	121.876	3,92
3. Quartal	112.759	3,62
4. Quartal	119.663	3,85
keine Angabe zum Beginn der Behandlung	2.609.827	83,86
Behandlungsendequartal		
1. Quartal	147.950	4,75
2. Quartal	121.877	3,92
3. Quartal	112.759	3,62
4. Quartal	119.663	3,85
keine Angabe zum Ende der Behandlung	2.609.827	83,86

Falllänge

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Beginn und Ende der Behandlung	**N = 502.249**	
Falllänge		
≤ 7 Tage	94.434	18,80
8 - 14 Tage	62.192	12,38
15 - 21 Tage	49.757	9,91
22 - 28 Tage	48.347	9,63
> 28 Tage	247.519	49,28

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Geschlecht		
(1) männlich	1.180.477	37,93
(2) weiblich	1.931.471	62,06
(3) divers	105	0,00
(8) unbestimmt	23	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Alter der Patientinnen und Patienten		
18 - 19 Jahre	29.033	0,93
20 - 29 Jahre	244.045	7,84
30 - 39 Jahre	363.541	11,68
40 - 49 Jahre	315.499	10,14
50 - 59 Jahre	562.724	18,08
60 - 69 Jahre	642.228	20,64
70 - 79 Jahre	522.162	16,78
80 - 89 Jahre	370.953	11,92
≥ 90 Jahre	50.690	1,63

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

WI-NI-S: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2023

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Datengrundlage Sozialdaten 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 12

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 14

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) 14

2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)) 14

2504: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 18

342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 21

Details zu den Ergebnissen 24

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) 31

2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 31

2505: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 36

342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 39

Details zu den Ergebnissen 42

2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 50

Details zu den Ergebnissen 54

2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) ... 57

Details zu den Ergebnissen ... 61

342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) ... 64

Details zu den Ergebnissen ... 67

Basisauswertung ... 70

QS Dokumentation ... 70

NWIF Erfassungsjahr 2023 ... 70

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 70

Bogenauslösende Kodes ... 70

Aufnahme und Entlassung ... 72

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 72

Patientin / Patient ... 73

Postoperative Wundinfektion ... 74

Sozialdaten ... 75

NWITR Erfassungsjahr 2023 ... 75

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 75

Aufnahme und Entlassung ... 85

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 86

Patientin / Patient ... 86

Einleitung

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einer chirurgischen Operation. Sie stellen heute die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete (Behnke et al. 2017) [1]. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz (Mielke et al. 2010) [2].
Das Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.
Als Tracer-Operationen werden jene Operationen bezeichnet, die im Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) ausgewählt wurden, um in der Qualitätssicherung dahingehend betrachtet zu werden, ob sich im Anschluss eine nosokomiale postoperative Wundinfektion entwickelt.
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) das Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen miteinander verglichen, unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.
Das Verfahren QS WI umfasst insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zum ambulanten und stationären Operieren, sowie zehn Kennzahlen.
Darüber hinaus werden seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit bezüglich des fallbezogenen QS-Dokumentationsbogens NWIF (Datensatz „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“) ausgewertet.
Von den acht Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich zwei auf ambulante und vier auf stationäre Operationen. Zwei der vier Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3).
Die Kennzahlen beziehen sich auf die Sterblichkeit bis 30 Tage nach der OP und nosokomiale postoperative Infektionen mit multiresistenten Keimen. Sie dienen dazu, unterstützende Informationen für das interne Qualitätsmanagement bereitzustellen.
Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Tracer-Operationen, entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird. Die Tracer-Operationen stammen aus der Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastischen Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie.
Im Krankenhaus wird bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen

hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen (Erfassungsmodul NWIF) ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist diese im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus zu dokumentieren. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen werden an das IQTIG übermittelt.
Erst wenn diese Informationen am IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt werden, wird nach Berücksichtigung von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insbesondere des Follow-up-Zeitraumes, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Festlegung der DeQS-RL handelt. Hierbei werden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.
Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion geht in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wird, die die Tracer-Operation durchgeführt hat. Im Nenner steht die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers.
Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die ca. 2,9 Mio. Tracer-Operationen (Erfassungsjahr 2023) nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Gleichzeitig müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen Kode gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wird ein Filter genutzt, der beim potentiellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser Filter löst ca. 310.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus.
Liegt keine postoperative Wundinfektion vor, muss in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein“ beantwortet werden. Ca. 75.000-mal wurde diese Frage im Erfassungsjahr 2023 mit „ja“ beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Ca. 35 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen konnten mit einer Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Das Verfahren ist somit sehr effizient. Denn auf der einen Seite mussten im Erfassungsjahr 2023 zwar ca. 230.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die Indikators genutzt werden können (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden muss). Damit wird jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 2,9 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfällt.
Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, müssen hier keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leitungserbringer, die ambulant operieren erhalten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand.
Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten und Dokumentationsdaten der Leistungserbringer über ein in beiden Datenpools vorliegendes, je Patient gleichlautendes Patientenpseudonym. Das Zusammenführen der Datensätze erfolgt unabhängig davon, ob Operation und Wundinfektionsdiagnose in derselben oder in unterschiedlichen Einrichtungen erfolgten, und auch unabhängig davon, ob die Tracer-Operation ambulant oder stationär durchgeführt wurde.
Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden im Jahr zwei nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.

Informationen zu den je Leistungserbringer ermittelten Patienten, zu denen in den Daten eine oder mehrere Tracer-Operationen mit einer postoperativen Wundinfektion verknüpft wurden, sind in den separat bereitgestellten auffälligen Tracer-Listen (ATR-Listen) aufgeführt.
Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den aktuellen endgültigen Rechenregeln entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden.
Ein Leistungserbringerergebnis gilt als rechnerisch auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

[1] Behnke, M; Aghdassi, SJ; Hansen, S; Peña Diaz, LA; Gastmeier, P; Piening, B (2017): Prävalenz von nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung in deutschen Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 114(50): 851-857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.
[2] Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. Epidemiologisches Bulletin, Nr. 36: 359-364. URL: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2010/36_10.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 16.05.2025).

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:
Das Qualitätssicherungsverfahren befindet sich gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie weiterhin in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet. Die Ergebnisse mit der entsprechend gebotenen Vorsicht zu interpretieren. Im Begleitdokument zu dieser Auswertung, wird gesondert auf die aktuell bekannten Limitationen eingegangen.
Aufgrund der Aussetzung der Erfassung von Daten zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen für das Erfassungsjahr 2021, enthält der vorliegende Bericht keine Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2021.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Dieser Bericht enthält Qualitätsindikatorenergebnisse, die auf QS-Dokumentationsdaten und Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren. Diese fallbezogenen QS-Dokumentationsdaten werden ausschließlich von Krankenhäusern übermittelt.
Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) mit Entlassung im Erfassungsjahr 2023 und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
Entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war.
Die Vollzähligkeit der QS-Dokumentationsbögen wird auf Standortebene ermittelt. Für die Auswertungsmodule WI-NI-A und WI-NI-S des QS-Verfahrens QS WI erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nicht bezogen auf die in der Tabelle aufgeführte Anzahl Leistungserbringer, sondern bezogen auf die Leistungserbringer (IKNR bzw. BSNR-Ebene), für die Informationen zu Tracer-Operationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	309.160 309.160	308.658	100,16
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.610	1.624	99,14

Datengrundlage Sozialdaten

Die nachfolgende Tabelle „Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR)“ stellt die von den Krankenkassen übermittelten Sozialdaten (Spalte „Anzahl Datensätze“) zu Traceroperationen sowie die Anzahl der Leistungserbringer, zu denen Sozialdaten übermittelt wurden (Spalte „Anzahl Leistungserbringer“) dar.
Die Anzahl der Datensätze wird bezogen auf das ambulante und stationäre Operieren ausgegeben, und bezogen auf das ambulante Operieren darüber hinaus auch für Vergleichsgruppen (Krankenhäuser oder Praxen/Medizinische Versorgungszentren(MVZ)).

Für die Auswertungsmodule WI-NI-A und WI-NI-S des QS-Verfahrens QS WI erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen bezogen auf die Leistungserbringer (IKNR bzw. BSNR-Ebene), für die Informationen zu Tracer-Operationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen.

Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR)

EJ 2023	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer
Bund (Ambulantes Operieren)	706.257	5.101
Bund (Amb. Krankenhäuser)	204.008	1.089
Bund (Amb. Praxen/MVZ)	502.182	4.004
Bund (Selektivvertragliche Leistungen)	67	24
Bund (Stationäres Operieren)	2.394.970	1.152

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Indikatorergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer sowie zum Hygiene- und Infektionsmanagement können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden. Für Krankenhäuser sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien bezüglich der Vollzähligkeit der QS-Dokumentation zur Erfassung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (WI-NI-D) ebenfalls einem separat bereitgestellten Bericht zu entnehmen.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bezogen auf das Erfassungsjahr 2023 an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Die Auswertungen der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich auf Tracer-Operationen, die innerhalb des jeweiligen Erfassungsjahres durchgeführt worden sind. Informationen zu postoperativen Wundinfektionen können zu den aktuellen Ergebnissen des Auswertungsjahr 2025 auch aus dem jeweiligen Folgejahr stammen.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet mit einem zeitlichen Versatz statt. Qualitätsindikatorenergebnisse, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, können erst im Jahr zwei nach dem Erfassungsjahr bereitgestellt werden. Entsprechend werden in diesem Bericht die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 dargestellt. Ergebnisse zum EJ 2021 werden aufgrund der Aussetzung der Datenerfassung für das Jahr 2021 nicht dargestellt.

Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023“ die Ergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen.
Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.
Informationen zu bekannten Limitationen der Datenbasis können Sie dem Begleitschreiben entnehmen.
Weitere Informationen zu dem Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)			
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	≤ 2,00 (95. Perzentil)	1,09 O/E = 18.367 / 16.863,05 N = 1.235.190
2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,01 % O = 89 N = 1.235.190
342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 52 N = 1.235.190
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)			
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	≤ 2,16 (95. Perzentil)	1,04 O/E = 11.419 / 10.949,27 N = 1.152.761
2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,01 % O = 142 N = 1.152.761
342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 22 N = 1.152.761
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	≤ 2,25 (95. Perzentil)	1,09 O/E = 12.778 / 11.674,55 N = 1.235.190

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	≤ 2,26 (95. Perzentil)	1,06 O/E = 9.578 / 9.003,25 N = 1.152.761
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	Transparenzkennzahl	7,76 % O = 1.734 N = 22.356

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)

Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.

2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2500
Referenzbereich	≤ 2,00 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	-

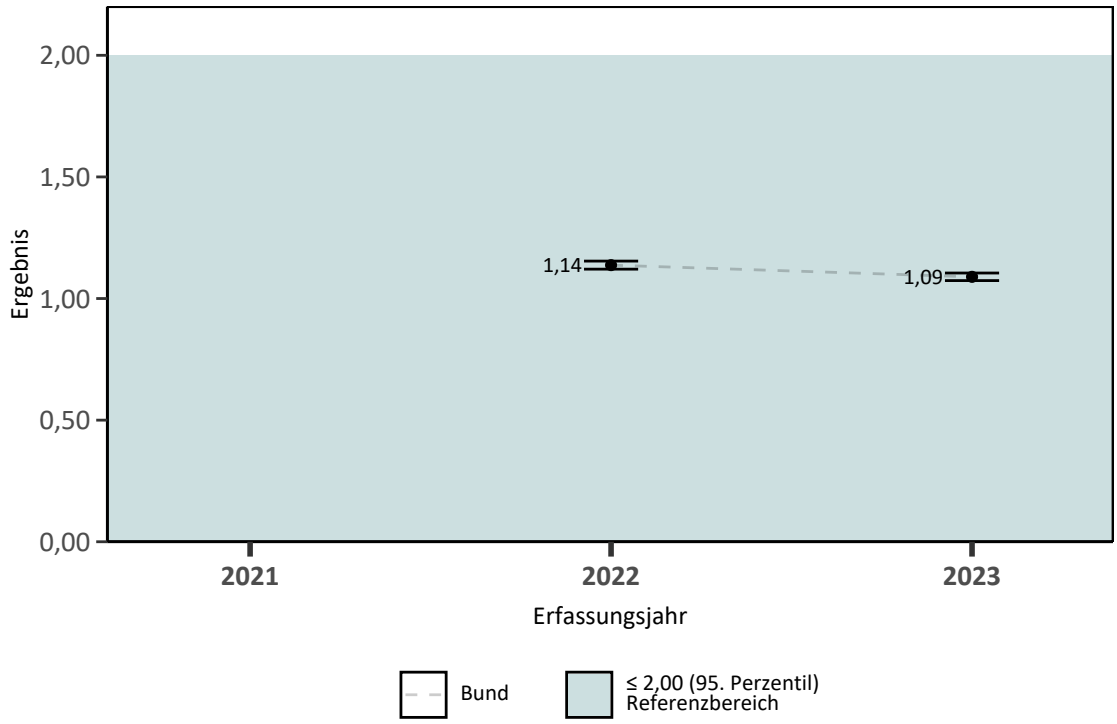
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 40 und 67 Jahren) Geschlecht = weiblich Wundkontamination Stufe 2 laparoskopisch Wundkontamination Stufe 2 offen chirurgisch Wundkontamination Stufe 2 umstieg Revisionseingriff Adipositas Alimentaere Anämie Alkoholabusus Bösartige solide Tumorerkrankungen Depression Diabetes Drogenabusus Gerinnungsstörungen Gewichtsverlust Herzinsuffizienz Herzrhythmusstörungen Lebererkrankungen Niereninsuffizienz Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Gefäßerkrankungen Psychosen Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

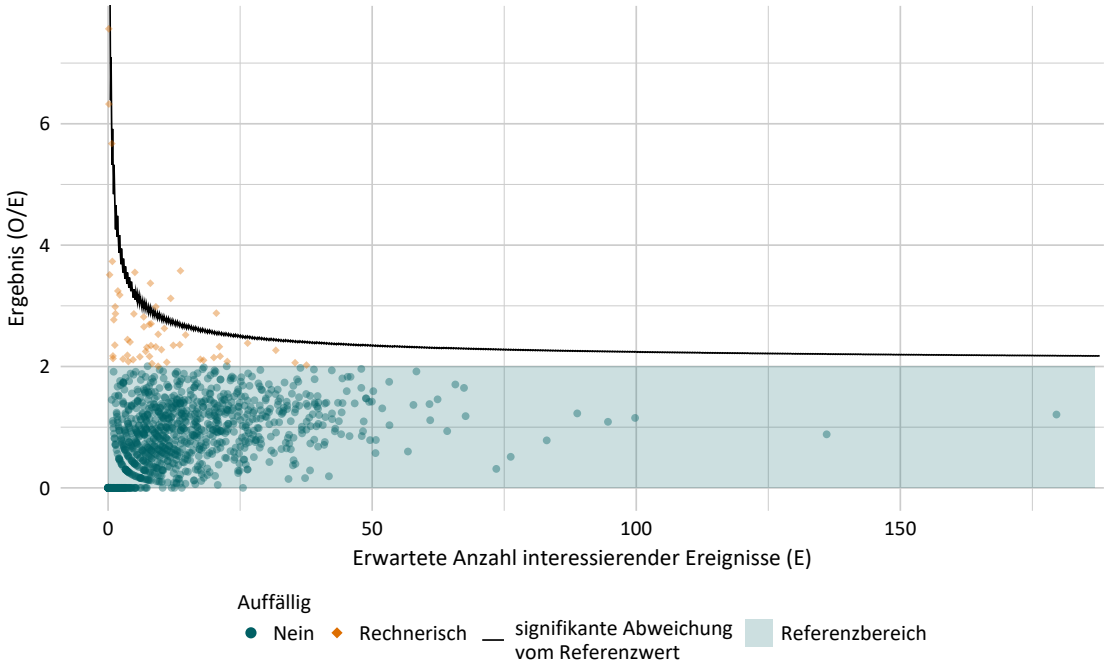
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	**2021**	-	- / -	-	-
	2022	-	- / -	-	-
	2023	-	- / -	-	-
Bund	**2021**	-	- / -	-	-
	2022	1.167.048	17.858 / 15.702,56	1,14	1,12 - 1,15
	2023	1.235.190	18.367 / 16.863,05	1,09	1,07 - 1,10

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



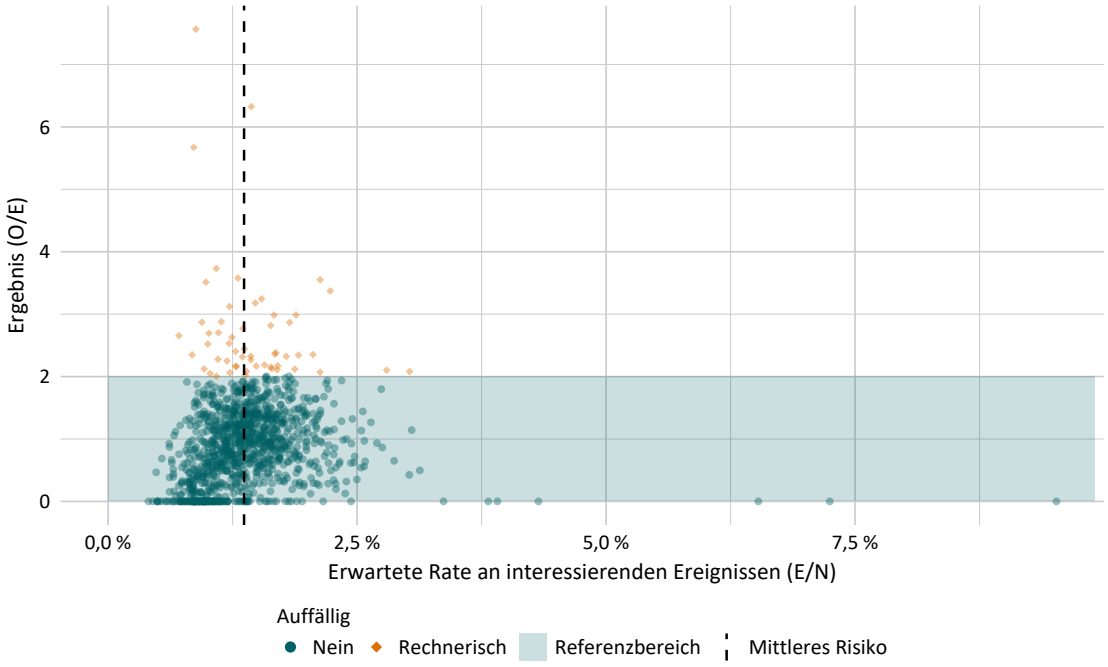
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	1.117	55	0,00	7,56	0,93

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



2504: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

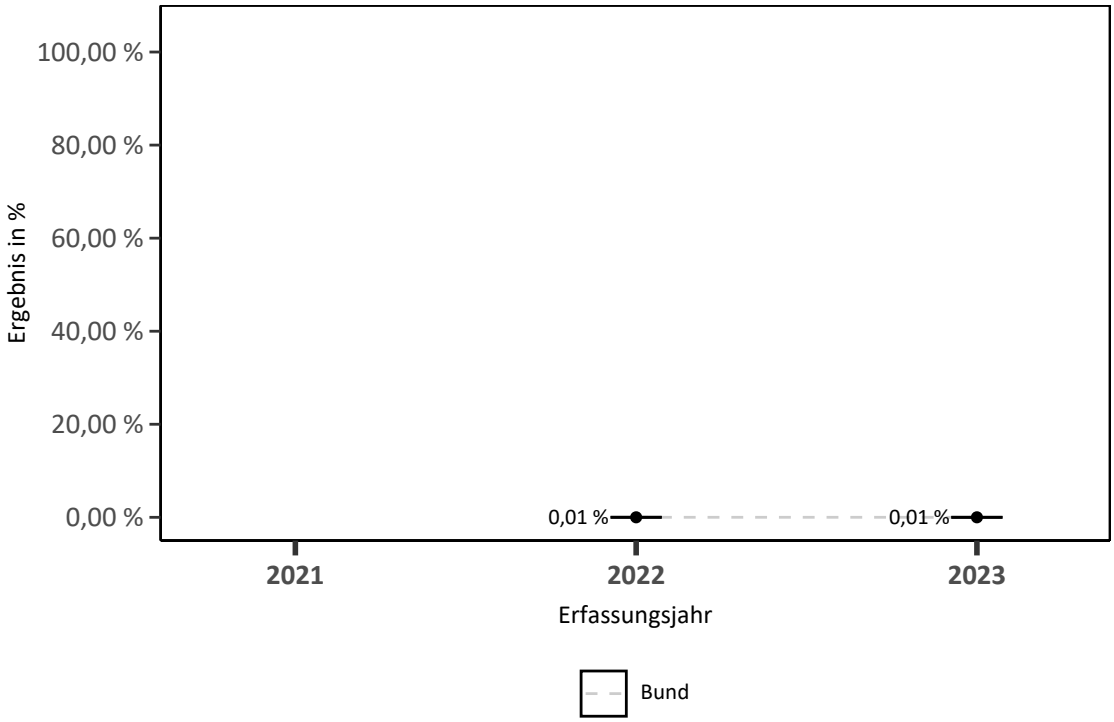
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

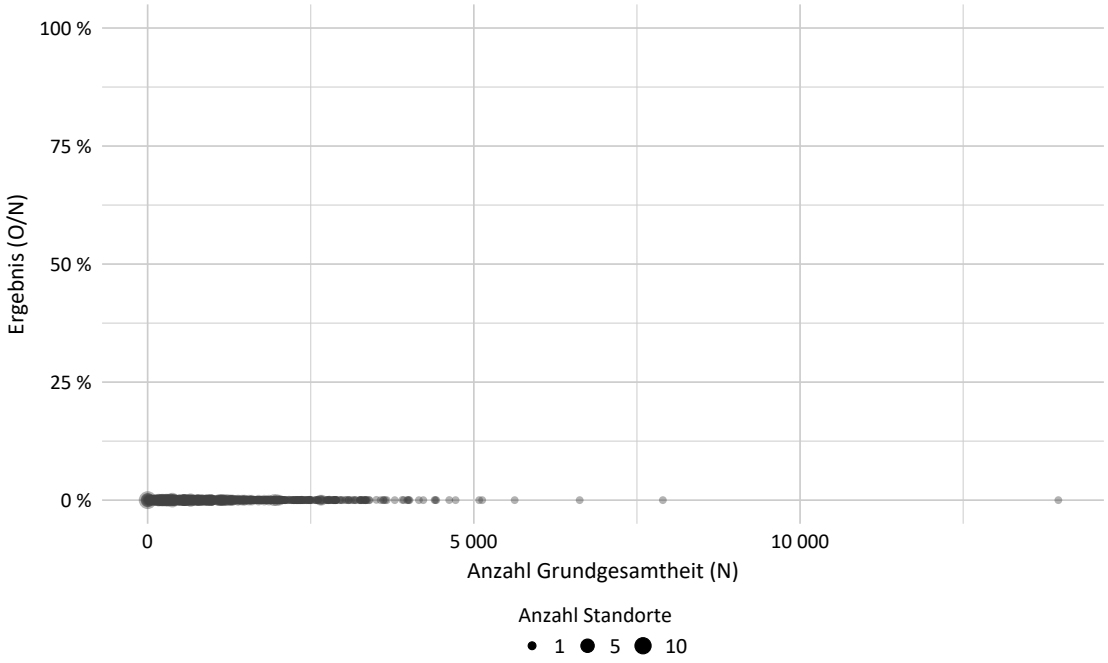
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	88 / 1.167.048	0,01	0,01 - 0,01
	2023	89 / 1.235.190	0,01	0,01 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	1.117	0	0,00	0,56	0,00

342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

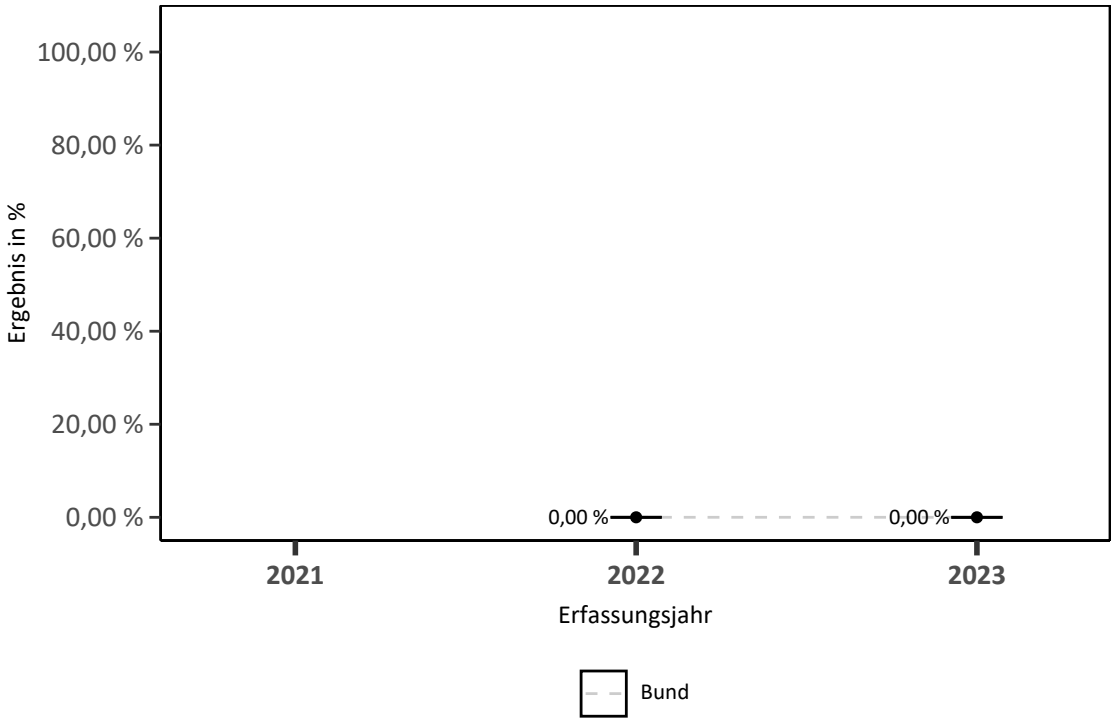
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit 4MRGN innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

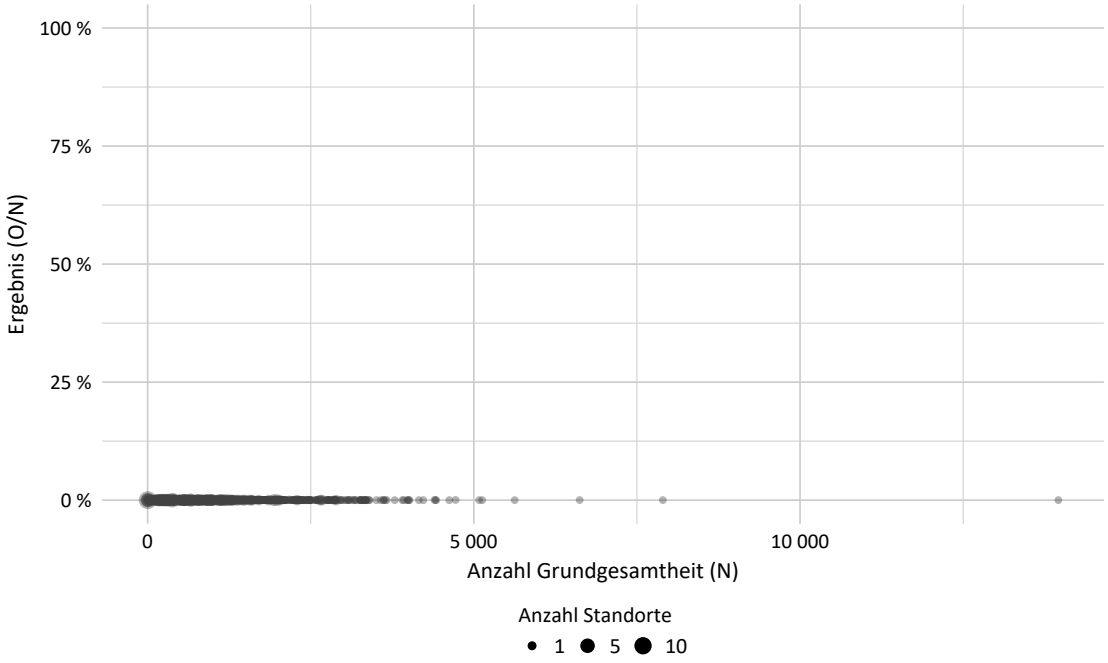
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	58 / 1.167.048	0,00	0,00 - 0,01
	2023	52 / 1.235.190	0,00	0,00 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	1.117	0	0,00	0,29	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.1.1	ID: O_2500 O/N (observed, beobachtet)	1,49 % 18.367/1.235.190
1.1.1.2	ID: E_2500 E/N (expected, erwartet)	1,37 % 16.863,05/1.235.190
1.1.1.3	**ID: 2500** **O/E**	1,09
1.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
1.1.2.1	ID: 34_24036 ID: 2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	0,48 % 89/18.367
1.1.2.2	ID: 34_25030 ID: 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,28 % 52/18.367
1.1.2.3	ID: 34_24035 ID: 2502: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	69,57 % 12.778/18.367
1.1.2.4	ID: 34_24037 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	6,32 % 1.161/18.367

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: O_2500 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	1,49 % 18.367/1.235.190
1.2.1	Diagnosestellung	
1.2.1.1	ID: 34_24038 Selbstdiagnostiziert[2]	94,19 % 17.299/18.367

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.1.2	ID: 34_24039 Fremddiagnostiziert[3]	5,81 % 1.068/18.367

[2] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[3] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: O_2500 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)[4]	1,49 % 18.367/1.235.190
1.3.1	ID: 34_25046 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
1.3.2	ID: 34_25047 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	2,17 % 611/28.196
1.3.3	ID: 34_25048 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	2,50 % 2.175/87.003
1.3.4	ID: 34_25049 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	5,44 % 202/3.715
1.3.5	ID: 34_25050 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	2,97 % 11.169/376.261
1.3.6	ID: 34_25051 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	2,26 % 885/39.175
1.3.7	ID: 34_25052 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	1,14 % 680/59.625
1.3.8	ID: 34_25053 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,83 % 1.799/216.311
1.3.9	ID: 34_25054 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,53 % 1.122/211.472
1.3.10	ID: 34_25055 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,34 % 682/198.760
1.3.11	ID: 34_25056 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,69 % 633/91.487

[4] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	ID: O_2500 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	1,49 % 18.367/1.235.190

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.4.1.1	ID: 34_24040 ≤ 10 Tage	51,03 % 9.373/18.367
1.4.1.2	ID: 34_24041 11 - 20 Tage	35,25 % 6.475/18.367
1.4.1.3	ID: 34_24042 21 - 30 Tage	13,71 % 2.519/18.367

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.5	**ID: 2504** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)**	0,01 % 89/1.235.190
1.5.1	Anzahl der Zählerfälle in der KennzahI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
1.5.1.1	ID: 34_24079 ID: 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	100,00 % 89/89
1.5.1.2	ID: 34_25031 ID: 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 % 0/89
1.5.1.2	ID: 34_24080 ID: 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	68,54 % 61/89
1.5.1.3	ID: 34_24081 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	x % ≤3/89

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.6	ID: 2504 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	0,01 % 89/1.235.190
1.6.1	Diagnosestellung	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.6.1.1	ID: 34_24082 Selbstdiagnostiziert[5]	96,63 % 86/89
1.6.1.2	ID: 34_24083 Fremddiagnostiziert[6]	x % ≤3/89

[5] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[6] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.7	ID: 2504 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)[7]	0,01 % 89/1.235.190
1.7.1	ID: 34_25057 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
1.7.2	ID: 34_25058 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	x % ≤3/28.196
1.7.3	ID: 34_25059 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,02 % 14/87.003
1.7.4	ID: 34_25060 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	x % ≤3/3.715
1.7.5	ID: 34_25061 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,01 % 37/376.261
1.7.6	ID: 34_25062 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,02 % 9/39.175
1.7.7	ID: 34_25063 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,02 % 11/59.625
1.7.8	ID: 34_25064 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 4/216.311
1.7.9	ID: 34_25065 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 9/211.472
1.7.10	ID: 34_25066 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 7/198.760
1.7.11	ID: 34_25067 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,01 % 5/91.487

[7] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.8	ID: 2504 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	0,01 % 89/1.235.190
1.8.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.8.1.1	ID: 34_24084 ≤ 10 Tage	38,20 % 34/89
1.8.1.2	ID: 34_24085 11 - 20 Tage	43,82 % 39/89
1.8.1.3	ID: 34_24086 21 - 30 Tage	17,98 % 16/89

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.9	**ID: 342400** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)**	0,00 % 52/1.235.190
1.9.1	Anzahl der Zählerfälle in der KennzahI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
1.9.1.1	ID: 34_25032 ID: 2500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	100,00 % 52/52
1.9.1.2	ID: 34_25033 ID: 2504: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 % 0/52
1.9.1.3	ID: 34_25034 ID: 2502: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	73,08 % 38/52
1.9.1.4	ID: 34_25035 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	x % ≤3/52

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.10	ID: 342400 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 % 52/1.235.190
1.10.1	Diagnosestellung	
1.10.1.1	ID: 34_25000 Selbstdiagnostiziert[8]	92,31 % 48/52
1.10.1.2	ID: 34_25001 Fremddiagnostiziert[9]	7,69 % 4/52

[8] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[9] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.11	ID: 342400 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)[10]	0,00 % 52/1.235.190
1.11.1	ID: 34_25068 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
1.11.2	ID: 34_25069 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/28.196
1.11.3	ID: 34_25070 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,01 % 7/87.003
1.11.4	ID: 34_25071 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	x % ≤3/3.715
1.11.5	ID: 34_25072 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,01 % 38/376.261
1.11.6	ID: 34_25073 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,01 % 4/39.175
1.11.7	ID: 34_25074 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	x % ≤3/59.625
1.11.8	ID: 34_25075 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 4/216.311
1.11.9	ID: 34_25076 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	x % ≤3/211.472

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.11.10	ID: 34_25077 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 0/198.760
1.11.11	ID: 34_25078 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/91.487

[10] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.12	ID: 342400 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 % 52/1.235.190
1.12.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.12.1.1	ID: 34_25009 ≤ 10 Tage	63,46 % 33/52
1.12.1.2	ID: 34_25010 11 - 20 Tage	26,92 % 14/52
1.12.1.3	ID: 34_25011 21 - 30 Tage	9,62 % 5/52

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)

Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.

2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2501
Referenzbereich	≤ 2,16 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	-

Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear) Geschlecht = weiblich Wundkontamination Stufe 2 laparoskopisch Wundkontamination Stufe 2 offen chirurgisch Wundkontamination Stufe 2 umstieg Revisionseingriff Adipositas Alimentaere Anämie Alkoholabusus Andere neurologische Erkrankungen Bösartige solide Tumorerkrankungen Depression Diabetes Drogenabusus Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) Gerinnungsstörungen Gewichtsverlust Herzinsuffizienz Lebererkrankungen Niereninsuffizienz Peptische Ulkuserkrankung mit Blutung Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Gefäßerkrankungen Psychosen Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

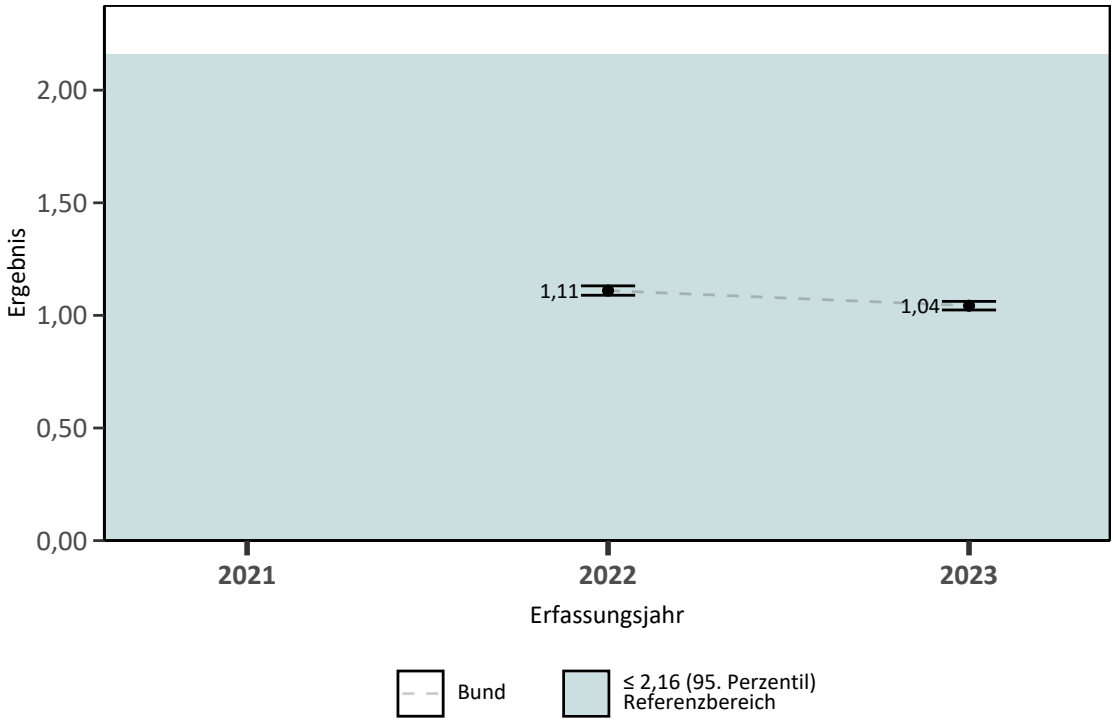
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	**2021**	-	- / -	-	-
	2022	-	- / -	-	-
	2023	-	- / -	-	-
Bund	**2021**	-	- / -	-	-
	2022	1.024.010	10.811 / 9.739,07	1,11	1,09 - 1,13
	2023	1.152.761	11.419 / 10.949,27	1,04	1,02 - 1,06

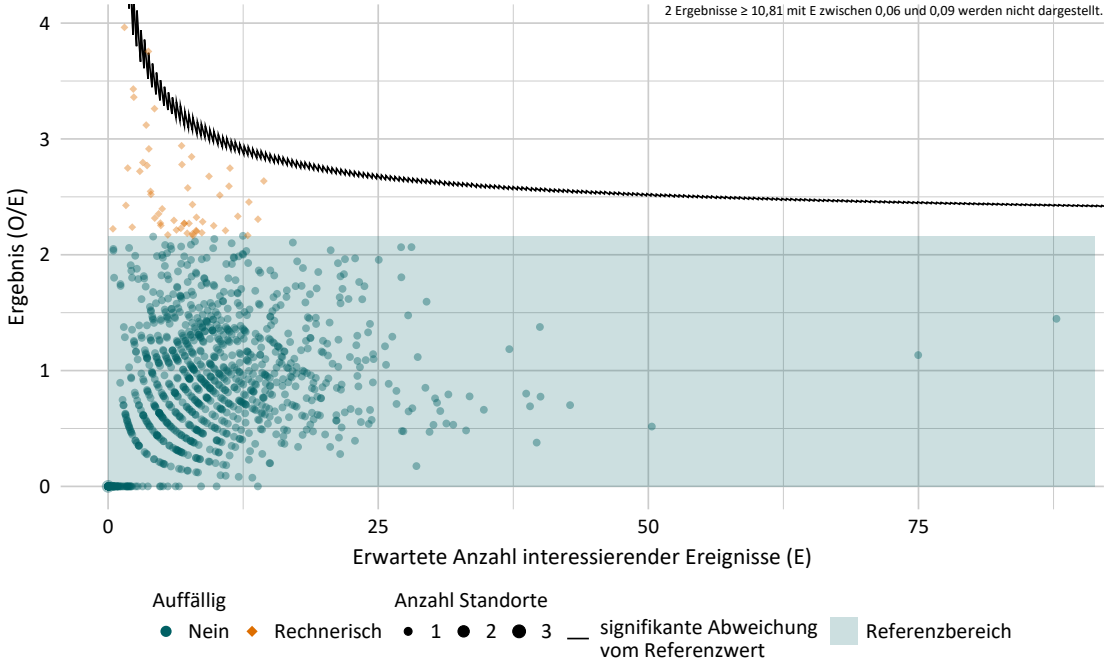
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



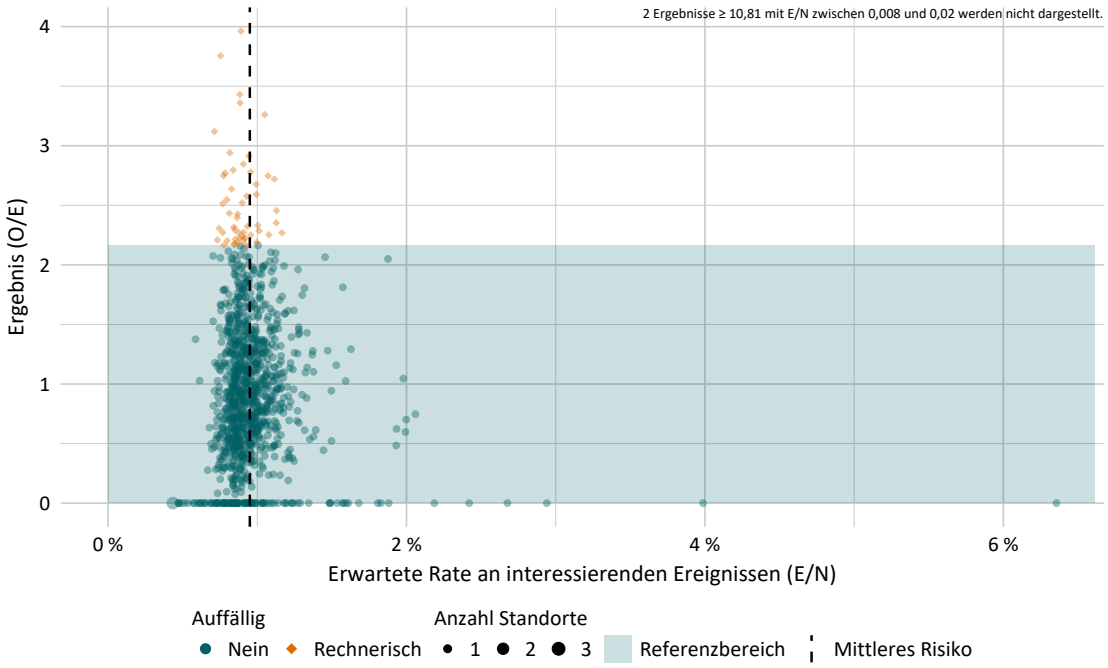
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	1.117	54	0,00	16,05	0,92

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



2505: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

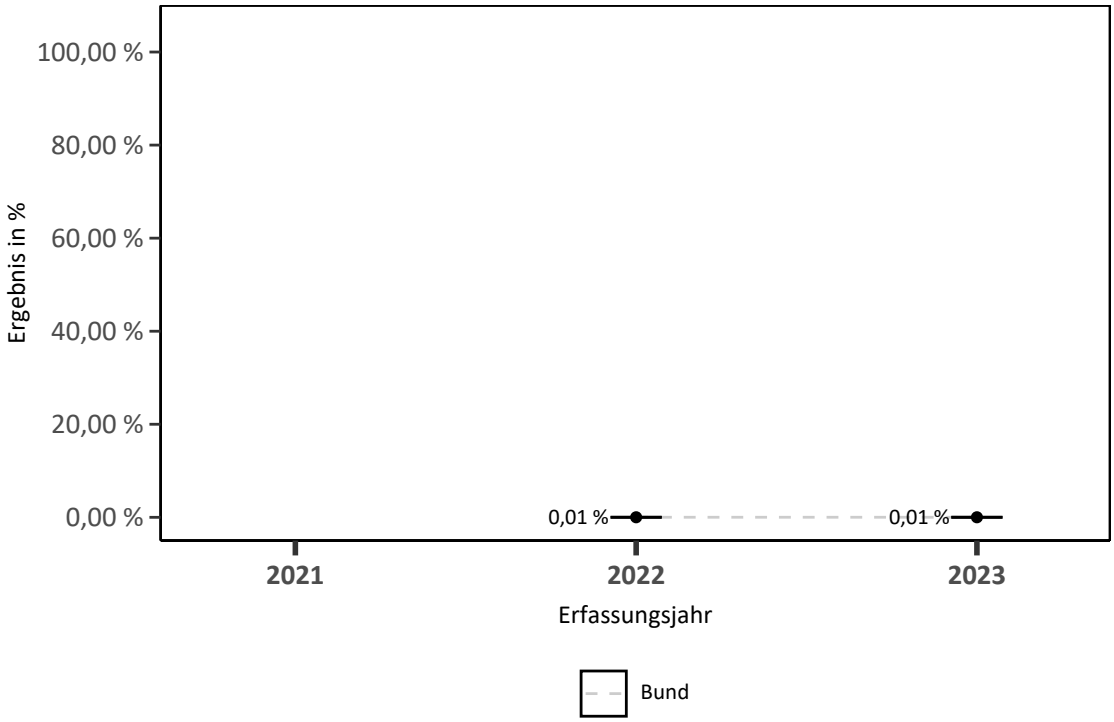
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

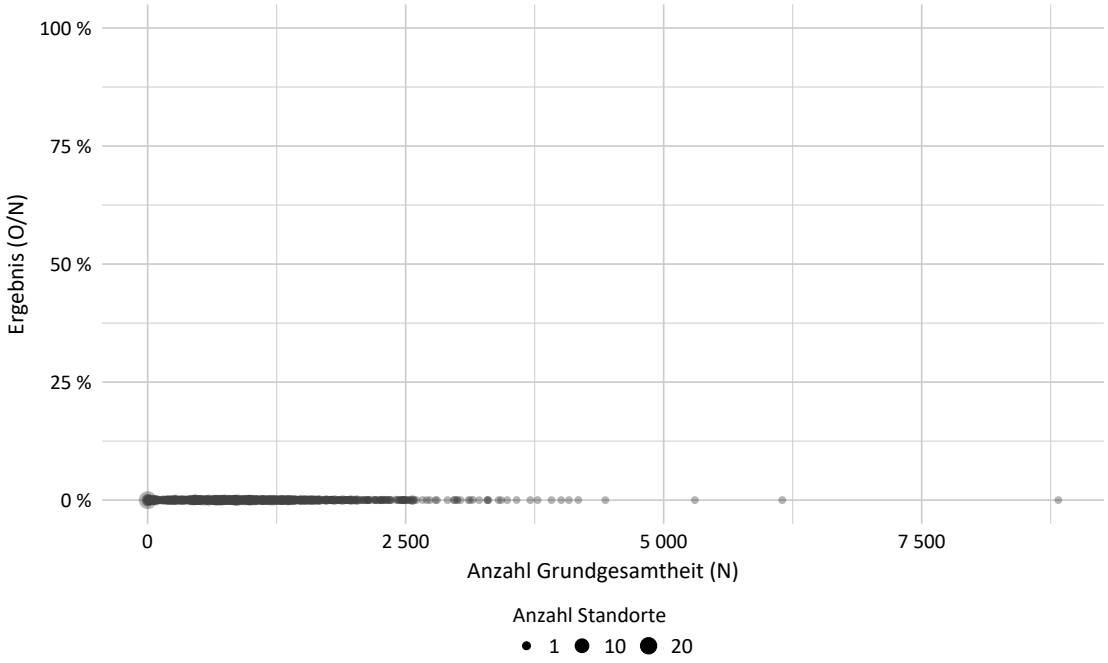
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	134 / 1.024.010	0,01	0,01 - 0,02
	2023	142 / 1.152.761	0,01	0,01 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	1.117	0	0,00	0,43	0,00

342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

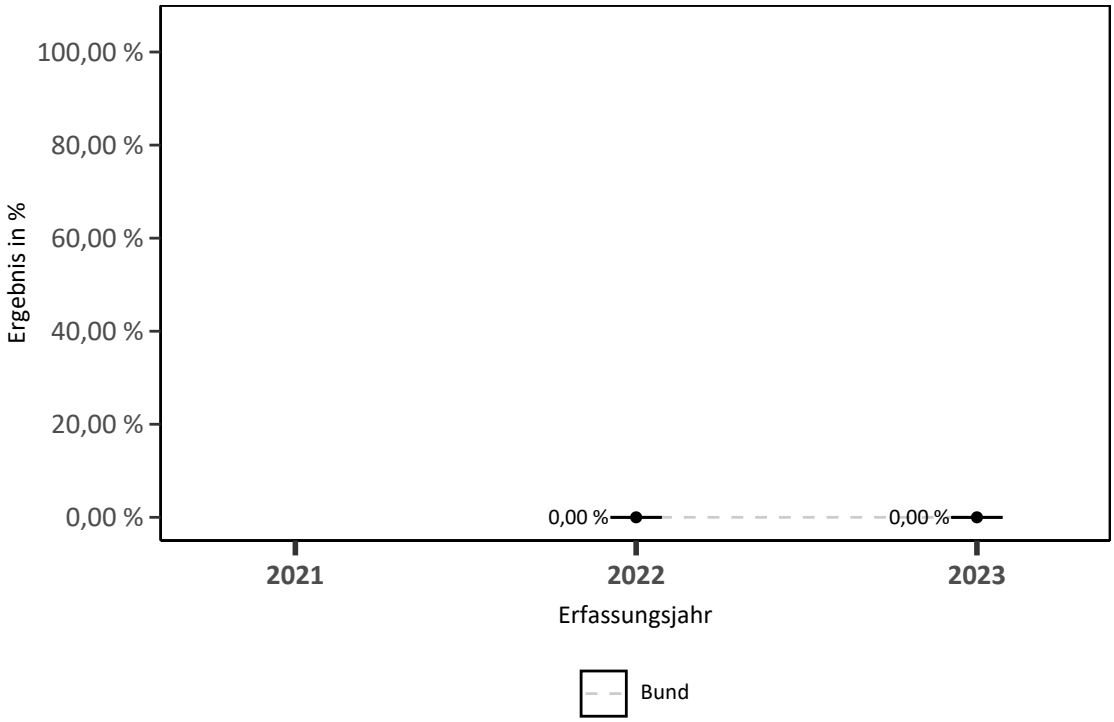
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit 4MRGN innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

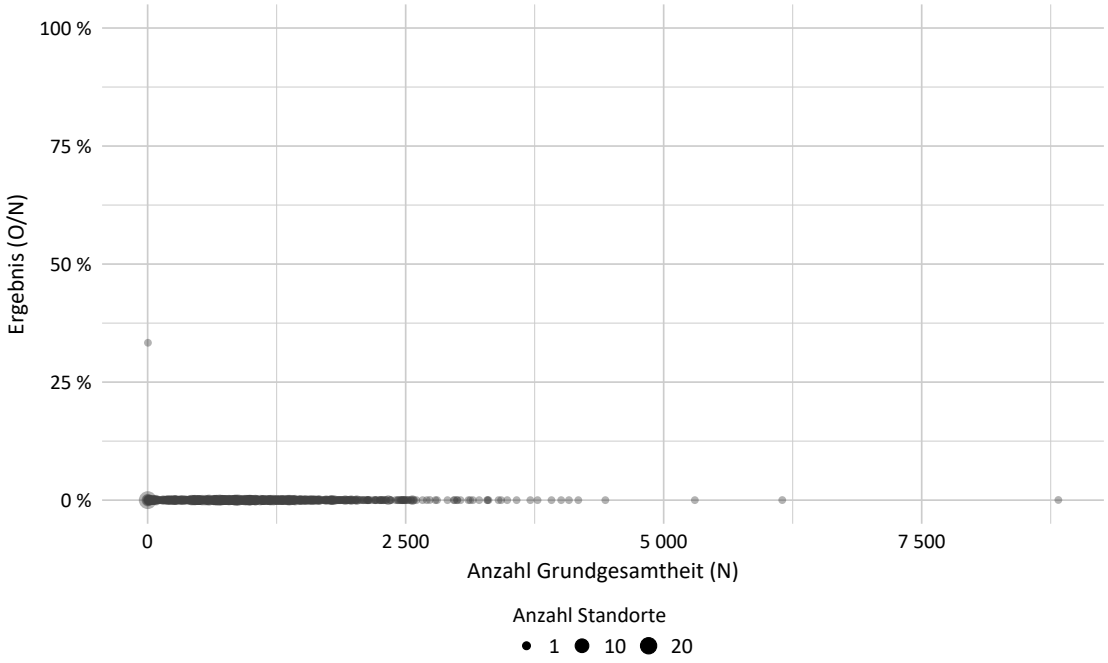
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	15 / 1.024.010	0,00	0,00 - 0,00
	2023	22 / 1.152.761	0,00	0,00 - 0,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	1.117	0	0,00	33,33	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[11]	
2.1.1.1	ID: O_2501 O/N (observed, beobachtet)	0,99 % 11.419/1.152.761
2.1.1.2	ID: E_2501 E/N (expected, erwartet)	0,95 % 10.949,27/1.152.761
2.1.1.3	**ID: 2501** **O/E**	1,04
2.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
2.1.2.1	ID: 34_24044 ID: 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,24 % 142/11.419
2.1.2.2	ID: 34_25038 ID: 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,19 % 22/11.419
2.1.2.3	ID: 34_24043 ID: 2503: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	83,88 % 9.578/11.419
2.1.2.4	ID: 34_24045 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	5,02 % 573/11.419

[11] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: O_2501 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,99 % 11.419/1.152.761
2.2.1	Diagnosestellung	
2.2.1.1	ID: 34_24046 Selbstdiagnostiziert[12]	86,32 % 9.857/11.419

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2.1.2	ID: 34_24047 Fremddiagnostiziert[13]	13,68 % 1.562/11.419

[12] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[13] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: O_2501 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[14]	0,99 % 11.419/1.152.761
2.3.1	ID: 34_25079 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.3.2	ID: 34_25080 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,66 % 927/140.812
2.3.3	ID: 34_25081 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	2,63 % 275/10.446
2.3.4	ID: 34_25082 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	x % ≤3/18
2.3.5	ID: 34_25083 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	1,36 % 987/72.579
2.3.6	ID: 34_25084 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,34 % 50/14.807
2.3.7	ID: 34_25085 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	1,52 % 34/2.231
2.3.8	ID: 34_25086 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,29 % 57/19.853
2.3.9	ID: 34_25087 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/33
2.3.10	ID: 34_25088 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	1,00 % 8.926/893.418
2.3.11	ID: 34_25089 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	3,49 % 325/9.316

[14] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.4	ID: O_2501 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,99 % 11.419/1.152.761

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.4.1.1	ID: 34_24048 ≤ 10 Tage	14,45 % 1.650/11.419
2.4.1.2	ID: 34_24049 11 - 20 Tage	32,73 % 3.737/11.419
2.4.1.3	ID: 34_24050 21 - 30 Tage	21,70 % 2.478/11.419
2.4.1.4	ID: 34_24051 31 - 40 Tage	9,55 % 1.090/11.419
2.4.1.5	ID: 34_24052 41 - 50 Tage	7,36 % 841/11.419
2.4.1.6	ID: 34_24053 51 - 60 Tage	5,14 % 587/11.419
2.4.1.7	ID: 34_24054 61 - 70 Tage	3,83 % 437/11.419
2.4.1.8	ID: 34_24055 71 - 80 Tage	2,84 % 324/11.419
2.4.1.9	ID: 34_24056 81 - 90 Tage	2,41 % 275/11.419

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.5	**ID: 2505** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)**	0,01 % 142/1.152.761
2.5.1	Anzahl der Zählerfälle in der KennzahI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
2.5.1.1	ID: 34_24087 ID: 2501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	100,00 % 142/142
2.5.1.2	ID: 34_25039 ID: 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 0/142

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.5.1.3	ID: 34_24088 ID: 2503: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	92,96 % 132/142
2.5.1.4	ID: 34_24089 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	7,04 % 10/142

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.6	ID: 2505 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,01 % 142/1.152.761
2.6.1	Diagnosestellung	
2.6.1.1	ID: 34_24090 Selbstdiagnostiziert[15]	87,32 % 124/142
2.6.1.2	ID: 34_24091 Fremddiagnostiziert[16]	12,68 % 18/142

[15] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[16] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.7	ID: 2505 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[17]	0,01 % 142/1.152.761
2.7.1	ID: 34_25090 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.7.2	ID: 34_25091 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 5/140.812
2.7.3	ID: 34_25092 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	x % ≤3/10.446
2.7.4	ID: 34_25093 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	0,00 % 0/18
2.7.5	ID: 34_25094 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,01 % 7/72.579
2.7.6	ID: 34_25095 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,00 % 0/14.807

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.7.7	ID: 34_25096 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,00 % 0/2.231
2.7.8	ID: 34_25097 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 0/19.853
2.7.9	ID: 34_25098 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/33
2.7.10	ID: 34_25099 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,01 % 126/893.418
2.7.11	ID: 34_25100 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	x % ≤3/9.316

[17] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.8	ID: 2505 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,01 % 142/1.152.761
2.8.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.8.1.1	ID: 34_24092 ≤ 10 Tage	19,01 % 27/142
2.8.1.2	ID: 34_24093 11 - 20 Tage	35,21 % 50/142
2.8.1.3	ID: 34_24094 21 - 30 Tage	21,13 % 30/142
2.8.1.4	ID: 34_24095 31 - 40 Tage	7,75 % 11/142
2.8.1.5	ID: 34_24096 41 - 50 Tage	3,52 % 5/142
2.8.1.6	ID: 34_24097 51 - 60 Tage	4,93 % 7/142
2.8.1.7	ID: 34_24098 61 - 70 Tage	2,82 % 4/142
2.8.1.8	ID: 34_24099 71 - 80 Tage	3,52 % 5/142
2.8.1.9	ID: 34_24100 81 - 90 Tage	x % ≤3/142

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.9	**ID: 342401** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)**	0,00 % 22/1.152.761
2.9.1	Anzahl der Zählerfälle in der Kennzahl, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
2.9.1.1	ID: 34_25040 ID: 2501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	100,00 % 22/22
2.9.1.2	ID: 34_25041 ID: 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 0/22
2.9.1.3	ID: 34_25042 ID: 2503: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	81,82 % 18/22
2.9.1.4	ID: 34_25043 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	18,18 % 4/22

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.10	ID: 342401 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 22/1.152.761
2.10.1	Diagnosestellung	
2.10.1.1	ID: 34_25012 Selbstdiagnostiziert[18]	77,27 % 17/22
2.10.1.2	ID: 34_25013 Fremddiagnostiziert[19]	22,73 % 5/22

[18] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[19] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.11	ID: 342401 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[20]	0,00 % 22/1.152.761
2.11.1	ID: 34_25101 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.11.2	ID: 34_25102 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 5/140.812
2.11.3	ID: 34_25103 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	x % ≤3/10.446
2.11.4	ID: 34_25104 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	0,00 % 0/18
2.11.5	ID: 34_25105 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	x % ≤3/72.579
2.11.6	ID: 34_25106 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,00 % 0/14.807
2.11.7	ID: 34_25107 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	x % ≤3/2.231
2.11.8	ID: 34_25108 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 0/19.853
2.11.9	ID: 34_25109 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/33
2.11.10	ID: 34_25110 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 13/893.418
2.11.11	ID: 34_25111 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	x % ≤3/9.316

[20] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.12	ID: 342401 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 22/1.152.761
2.12.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.12.1.1	ID: 34_25021 ≤ 10 Tage	31,82 % 7/22

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.12.1.2	ID: 34_25022 11 - 20 Tage	22,73 % 5/22
2.12.1.3	ID: 34_25023 21 - 30 Tage	18,18 % 4/22
2.12.1.4	ID: 34_25024 31 - 40 Tage	x % ≤3/22
2.12.1.5	ID: 34_25025 41 - 50 Tage	x % ≤3/22
2.12.1.6	ID: 34_25026 51 - 60 Tage	0,00 % 0/22
2.12.1.7	ID: 34_25027 61 - 70 Tage	x % ≤3/22
2.12.1.8	ID: 34_25028 71 - 80 Tage	x % ≤3/22
2.12.1.9	ID: 34_25029 81 - 90 Tage	x % ≤3/22

2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

Qualitätsziel	Die Rate an tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2502
Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	-
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 18 und 37 Jahren) Alter (linear zwischen 38 und 67 Jahren) Geschlecht = weiblich Wundkontamination Stufe 2 laparoskopisch Wundkontamination Stufe 2 offen chirurgisch Wundkontamination Stufe 2 umstieg Revisionseingriff Adipositas Alimentaere Anämie Alkoholabusus Bösartige solide Tumorerkrankungen Depression Diabetes Drogenabusus Gerinnungsstörungen Gewichtsverlust Herzinsuffizienz Herzrhythmusstörungen Lebererkrankungen Niereninsuffizienz Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Gefäßerkrankungen Psychosen Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

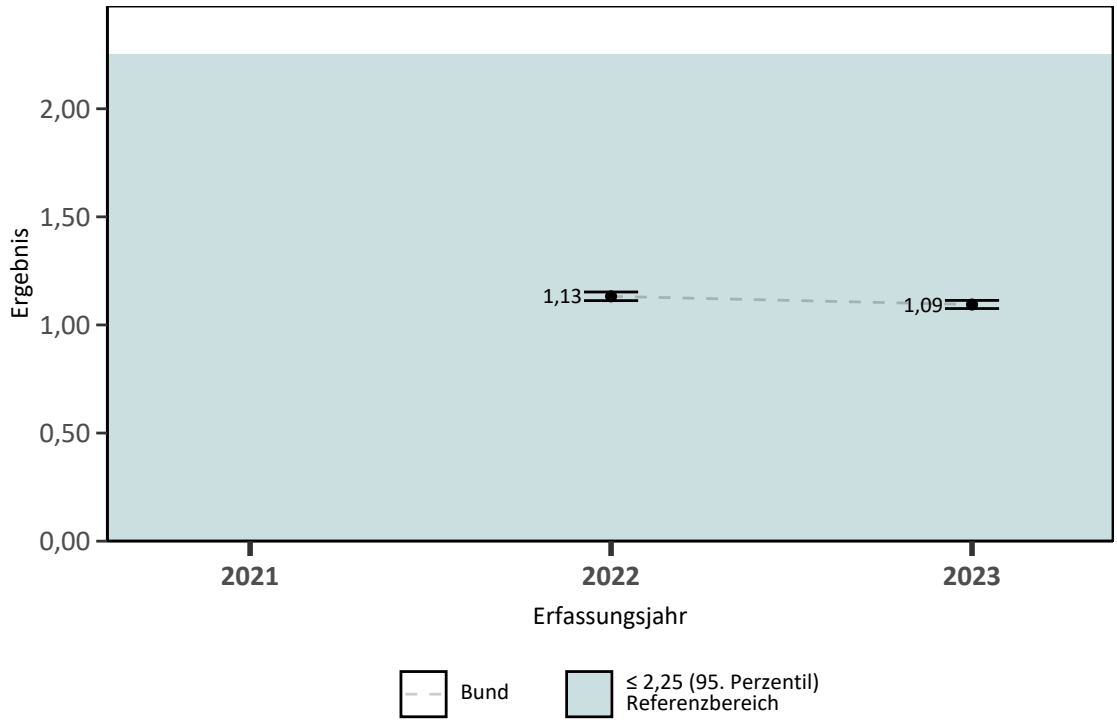
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	2021	-	- / -	-	-
	2022	-	- / -	-	-
	2023	-	- / -	-	-
Bund	2021	-	- / -	-	-
	2022	1.167.048	12.251 / 10.819,63	1,13	1,11 - 1,15
	2023	1.235.190	12.778 / 11.674,55	1,09	1,08 - 1,11

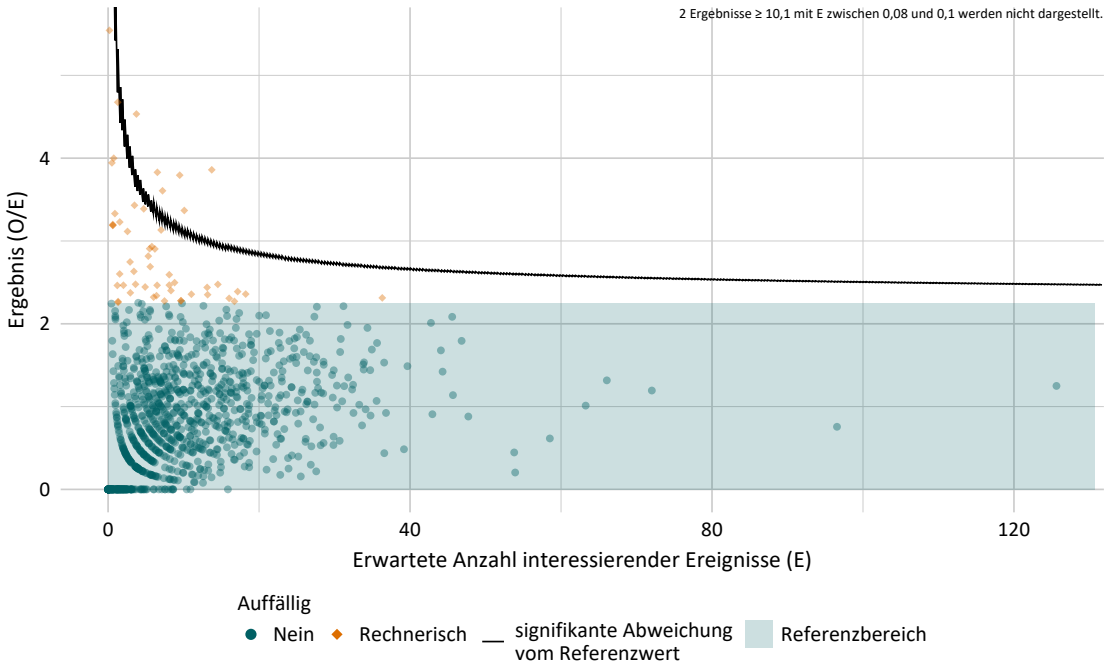
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



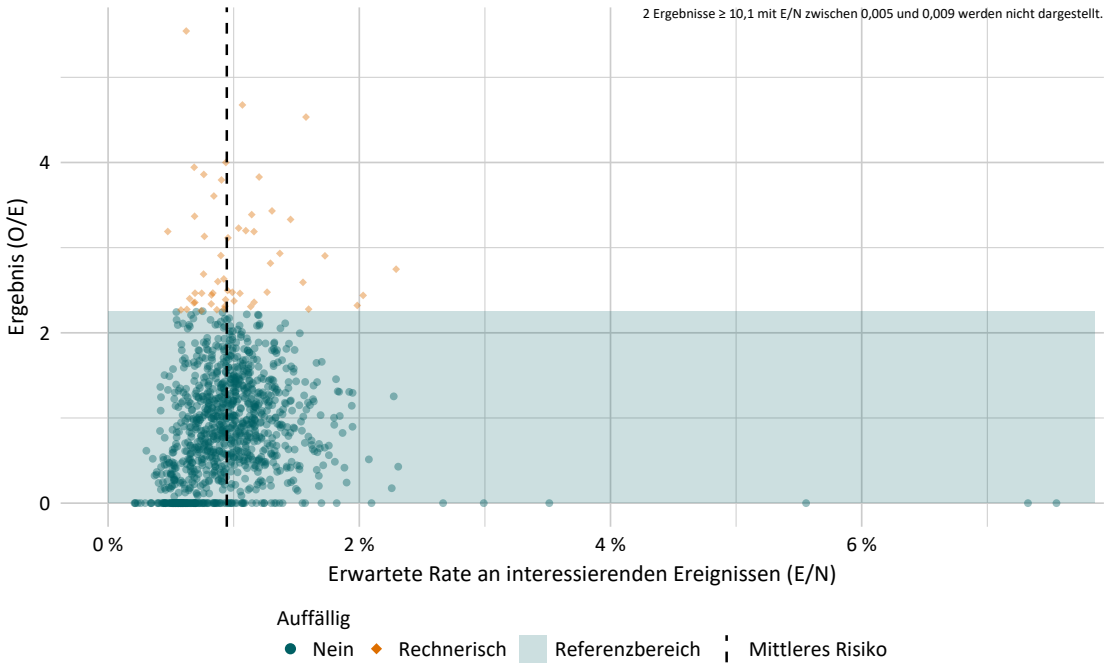
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	1.117	55	0,00	12,48	0,89

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[21]	
3.1.1.1	ID: O_2502 O/N (observed, beobachtet)	1,03 % 12.778/1.235.190
3.1.1.2	ID: E_2502 E/N (expected, erwartet)	0,95 % 11.674,55/1.235.190
3.1.1.3	**ID: 2502** **O/E**	1,09
3.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
3.1.2.1	ID: 34_24057 ID: 2500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	100,00 % 12.778/12.778
3.1.2.2	ID: 34_24058 ID: 2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	0,48 % 61/12.778
3.1.2.3	ID: 34_25036 ID: 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,30 % 38/12.778
3.1.2.4	ID: 34_24059 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	9,09 % 1.161/12.778

[21] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: O_2502 Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	1,03 % 12.778/1.235.190
3.2.1	Diagnosestellung	
3.2.1.1	ID: 34_24060 Selbstdiagnostiziert[22]	93,85 % 11.992/12.778

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.1.2	ID: 34_24061 Fremddiagnostiziert[23]	6,15 % 786/12.778

[22] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[23] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: O_2502 Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)[24]	1,03 % 12.778/1.235.190
3.3.1	ID: 34_25112 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
3.3.2	ID: 34_25113 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	1,37 % 385/28.196
3.3.3	ID: 34_25114 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	1,58 % 1.373/87.003
3.3.4	ID: 34_25115 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	3,98 % 148/3.715
3.3.5	ID: 34_25116 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	2,23 % 8.405/376.261
3.3.6	ID: 34_25117 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	1,61 % 631/39.175
3.3.7	ID: 34_25118 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,71 % 421/59.625
3.3.8	ID: 34_25119 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,53 % 1.142/216.311
3.3.9	ID: 34_25120 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,26 % 556/211.472
3.3.10	ID: 34_25121 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,29 % 575/198.760
3.3.11	ID: 34_25122 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,31 % 282/91.487

[24] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	ID: O_2502 Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	1,03 % 12.778/1.235.190

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
3.4.1.1	ID: 34_24062 ≤ 10 Tage	52,79 % 6.746/12.778
3.4.1.2	ID: 34_24063 11 - 20 Tage	33,60 % 4.294/12.778
3.4.1.3	ID: 34_24064 21 - 30 Tage	13,60 % 1.738/12.778

2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

Qualitätsziel	Die Rate an tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2503
Referenzbereich	≤ 2,26 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	-
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear) Geschlecht = weiblich Wundkontamination Stufe 2 laparoskopisch Wundkontamination Stufe 2 offen chirurgisch Wundkontamination Stufe 2 umstieg Revisionseingriff Adipositas Alimentaere Anämie Alkoholabusus Andere neurologische Erkrankungen Bösartige solide Tumorerkrankungen Depression Diabetes Drogenabusus Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) Gerinnungsstörungen Gewichtsverlust Herzinsuffizienz Lebererkrankungen Niereninsuffizienz Peptische Ulkuserkrankung mit Blutung Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Gefäßerkrankungen Psychosen Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

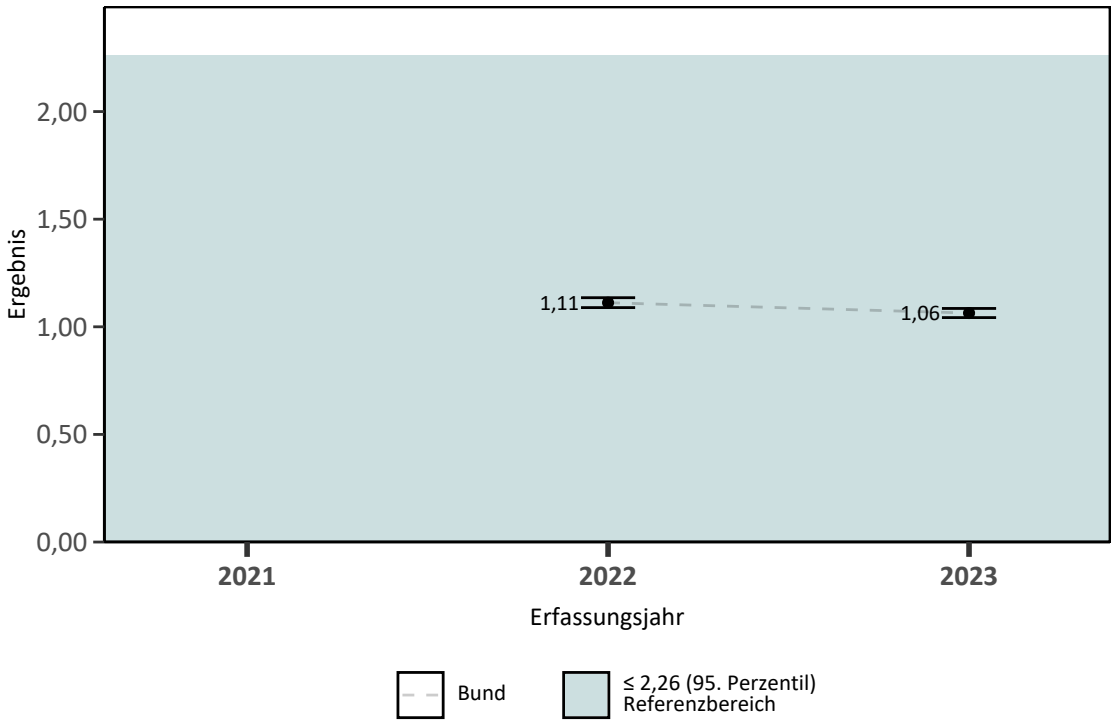
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	2021	-	- / -	-	-
	2022	-	- / -	-	-
	2023	-	- / -	-	-
Bund	2021	-	- / -	-	-
	2022	1.024.010	8.914 / 8.017,24	1,11	1,09 - 1,14
	2023	1.152.761	9.578 / 9.003,25	1,06	1,04 - 1,09

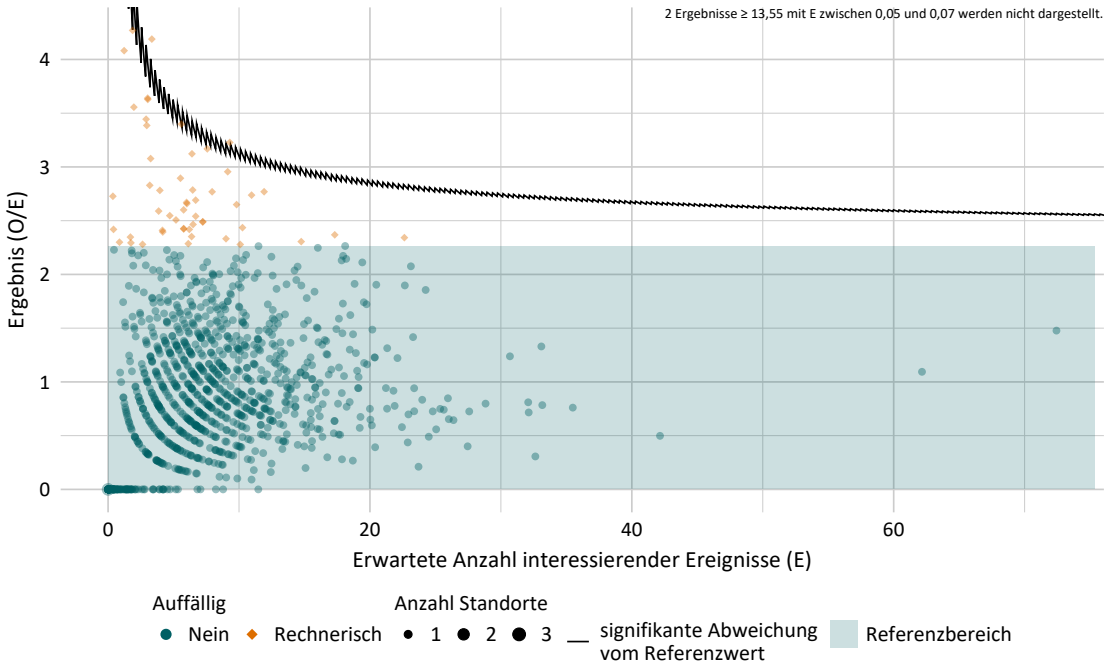
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



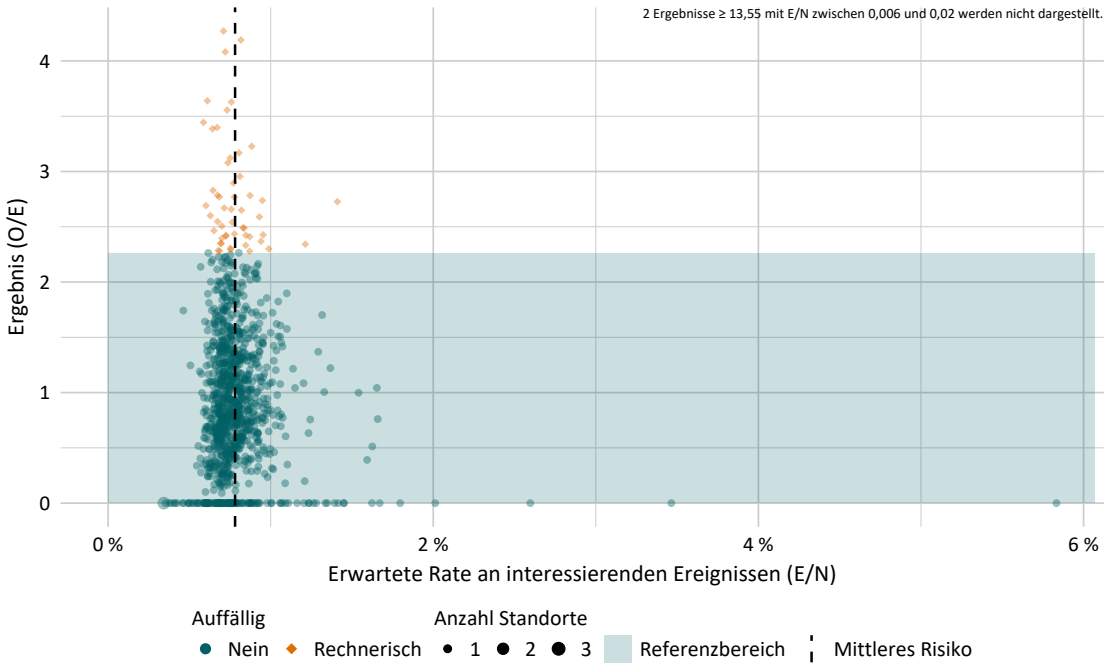
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	1.117	54	0,00	21,22	0,90

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[25]	
4.1.1.1	ID: O_2503 O/N (observed, beobachtet)	0,83 % 9.578/1.152.761
4.1.1.2	ID: E_2503 E/N (expected, erwartet)	0,78 % 9.003,25/1.152.761
4.1.1.3	**ID: 2503** **O/E**	1,06
4.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
4.1.2.1	ID: 34_24065 ID: 2501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	100,00 % 9.578/9.578
4.1.2.2	ID: 34_24066 ID: 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,38 % 132/9.578
4.1.2.3	ID: 34_25044 ID: 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,19 % 18/9.578
4.1.2.4	ID: 34_24067 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	5,98 % 573/9.578

[25] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: O_2503 Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,83 % 9.578/1.152.761
4.2.1	Diagnosestellung	
4.2.1.1	ID: 34_24068 Selbstdiagnostiziert[26]	86,00 % 8.237/9.578

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.1.2	ID: 34_24069 Fremddiagnostiziert[27]	14,00 % 1.341/9.578

[26] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[27] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	ID: O_2503 Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[28]	0,83 % 9.578/1.152.761
4.3.1	ID: 34_25123 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
4.3.2	ID: 34_25124 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,52 % 739/140.812
4.3.3	ID: 34_25125 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	2,01 % 210/10.446
4.3.4	ID: 34_25126 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	x % ≤3/18
4.3.5	ID: 34_25127 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	1,00 % 723/72.579
4.3.6	ID: 34_25128 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,22 % 32/14.807
4.3.7	ID: 34_25129 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	1,17 % 26/2.231
4.3.8	ID: 34_25130 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,19 % 38/19.853
4.3.9	ID: 34_25131 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/33
4.3.10	ID: 34_25132 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,86 % 7.705/893.418
4.3.11	ID: 34_25133 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	2,52 % 235/9.316

[28] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	ID: O_2503 Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,83 % 9.578/1.152.761

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
4.4.1.1	ID: 34_24070 ≤ 10 Tage	12,61 % 1.208/9.578
4.4.1.2	ID: 34_24071 11 - 20 Tage	30,09 % 2.882/9.578
4.4.1.3	ID: 34_24072 21 - 30 Tage	20,19 % 1.934/9.578
4.4.1.4	ID: 34_24073 31 - 40 Tage	11,38 % 1.090/9.578
4.4.1.5	ID: 34_24074 41 - 50 Tage	8,78 % 841/9.578
4.4.1.6	ID: 34_24075 51 - 60 Tage	6,13 % 587/9.578
4.4.1.7	ID: 34_24076 61 - 70 Tage	4,56 % 437/9.578
4.4.1.8	ID: 34_24077 71 - 80 Tage	3,38 % 324/9.578
4.4.1.9	ID: 34_24078 81 - 90 Tage	2,87 % 275/9.578

342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)

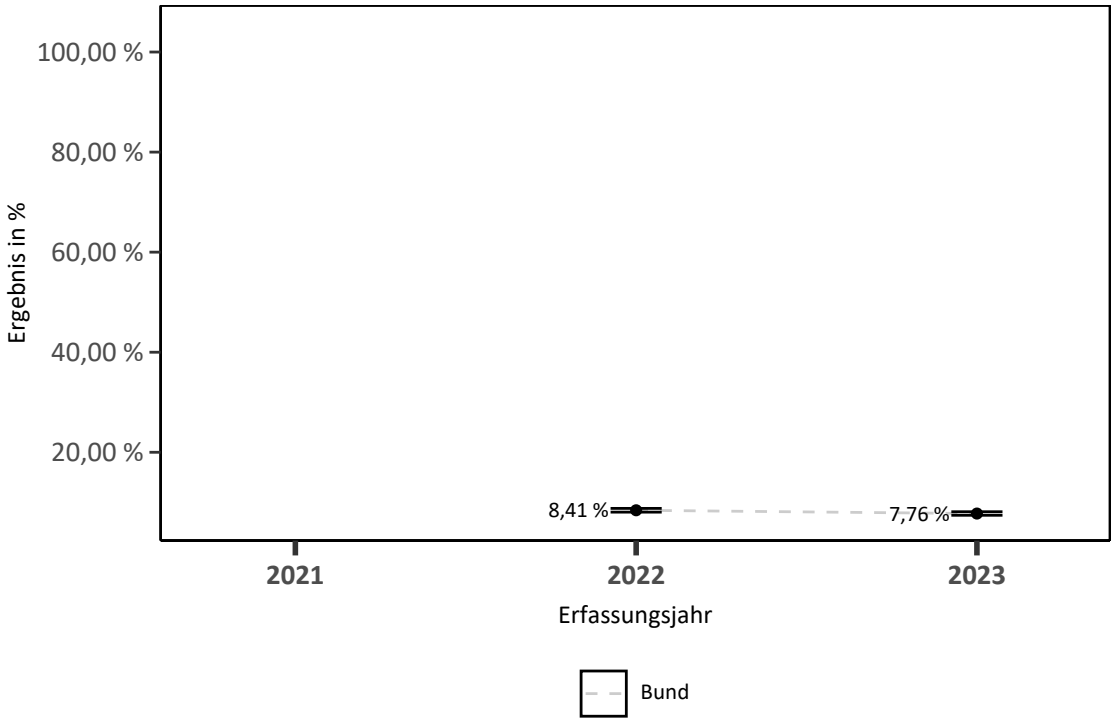
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose der Infektion verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

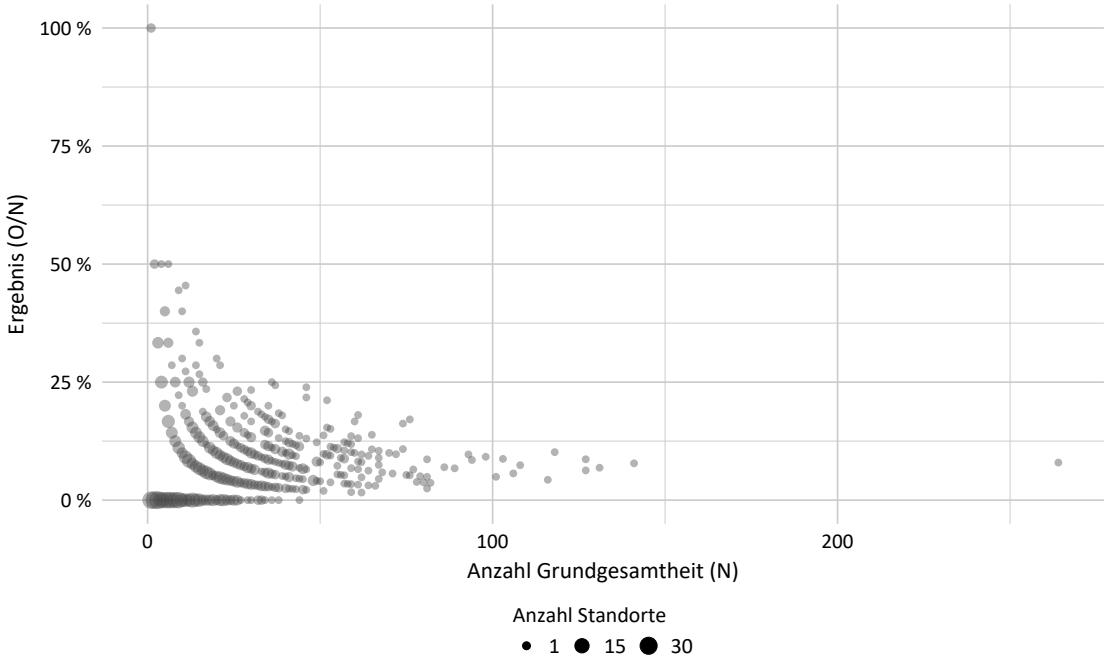
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	1.779 / 21.165	8,41	8,04 - 8,79
	2023	1.734 / 22.356	7,76	7,41 - 8,11

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	1.039	0	0,00	100,00	5,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 342000** **30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)**	7,76 % 1.734/22.356
5.1.1	Anzahl der Zählerfälle in der Kennzahl, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
5.1.1.1	ID: 34_24101 ID: 2500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	66,96 % 1.161/1.734
5.1.1.2	ID: 34_24105 ID: 2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	x % ≤3/1.734
5.1.1.3	ID: 34_25037 ID: 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	x % ≤3/1.734
5.1.1.4	ID: 34_24102 ID: 2501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	33,04 % 573/1.734
5.1.1.5	ID: 34_24106 ID: 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,58 % 10/1.734
5.1.1.6	ID: 34_25045 ID: 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,23 % 4/1.734
5.1.1.7	ID: 34_24103 ID: 2502: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	66,96 % 1.161/1.734
5.1.1.8	ID: 34_24104 ID: 2503: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	33,04 % 573/1.734

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	ID: 342000 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	7,76 % 1.734/22.356
5.2.1	Diagnosestellung	
5.2.1.1	ID: 34_24107 Selbstdiagnostiziert[29]	91,70 % 1.590/1.734
5.2.1.2	ID: 34_24108 Fremddiagnostiziert[30]	8,30 % 144/1.734

[29] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[30] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	ID: 342000 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)[31]	7,76 % 1.734/22.356
5.3.1	ID: 34_25134 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
5.3.2	ID: 34_25135 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	8,10 % 91/1.124
5.3.3	ID: 34_25136 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	6,76 % 107/1.583
5.3.4	ID: 34_25137 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	8,67 % 13/150
5.3.5	ID: 34_25138 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	11,15 % 1.018/9.128
5.3.6	ID: 34_25139 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	7,99 % 53/663
5.3.7	ID: 34_25140 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	2,46 % 11/447
5.3.8	ID: 34_25141 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	4,58 % 54/1.180
5.3.9	ID: 34_25142 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/556
5.3.10	ID: 34_25143 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	5,86 % 485/8.280
5.3.11	ID: 34_25144 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/517

[31] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4	ID: 342000 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	7,76 % 1.734/22.356
5.4.1	Tage bis zum Versterben nach einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
5.4.1.1	ID: 34_24109 ≤ 10 Tage	43,89 % 761/1.734
5.4.1.2	ID: 34_24110 11 - 20 Tage	32,64 % 566/1.734
5.4.1.3	ID: 34_24111 21 - 30 Tage	23,47 % 407/1.734

Basisauswertung

QS Dokumentation

NWIF Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Bogenauslösende Kodes

	Bund (gesamt)	
	n	%
ICD-Kodes gemäß ICD-10-GM		
T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	59.573	19,48
K65.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	31.535	10,31
T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	21.294	6,96
T82.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	21.213	6,94
I33.0 Akute und subakute infektiöse Endokarditis	11.495	3,76
K91.83 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	11.464	3,75
T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	10.141	3,32
K65.00 Spontane bakterielle Peritonitis [SBP] (akut)	9.379	3,07
N61 Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	7.177	2,35
K75.0 Leberabszess	6.947	2,27

NWIF Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Bogenauslösende Kodes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)		
5-916.a0 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	39.031	12,76
5-916.a1 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	18.832	6,16
5-394.2 Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	6.734	2,20
5-545.0 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Sekundärer Verschluss der Bauchwand (bei postoperativer Wunddehiszenz)	6.727	2,20
5-916.a5 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums	4.781	1,56
5-916.a3 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	4.497	1,47
5-896.1f Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	3.305	1,08
5-896.1g Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	3.074	1,00
5-916.a2 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	3.010	0,98
5-896.19 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Hand	2.940	0,96

Aufnahme und Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 305.874**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	9.195	3,01
1. Quartal	77.085	25,20
2. Quartal	76.839	25,12
3. Quartal	81.477	26,64
4. Quartal	61.278	20,03
Entlassungsquartal		
1. Quartal	70.367	23,01
2. Quartal	76.497	25,01
3. Quartal	81.813	26,75
4. Quartal	77.197	25,24

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 305.874**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	93.512	30,57
8 - 14 Tage	71.805	23,48
15 - 21 Tage	49.698	16,25
22 - 28 Tage	30.780	10,06
> 28 Tage	60.079	19,64

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 305.874**	
Geschlecht		
(1) männlich	163.266	53,38
(2) weiblich	142.600	46,62
(3) divers	6	0,00
(8) unbestimmt	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 305.874**	
Alter der Patientinnen und Patienten		
18 - 19 Jahre	1.276	0,42
20 - 29 Jahre	10.553	3,45
30 - 39 Jahre	18.550	6,06
40 - 49 Jahre	23.559	7,70
50 - 59 Jahre	45.826	14,98
60 - 69 Jahre	70.647	23,10
70 - 79 Jahre	68.029	22,24
80 - 89 Jahre	59.401	19,42
≥ 90 Jahre	8.032	2,63

Postoperative Wundinfektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 305.874**	
Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?		
(0) nein	230.169	75,25
(1) ja	75.705	24,75
davon: Wundinfektionstiefe[32]		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	23.267	30,73
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	34.714	45,85
(3) A2 mit sekundärer Sepsis	1.665	2,20
(4) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	14.156	18,70
(5) A3 mit sekundärer Sepsis	1.903	2,51
davon: Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt (analog den KISSDefinitionen)?[33]		
(0) nein	7.612	10,05
(1) ja	68.093	89,95

[32] Die Definitionen der Tiefe der postoperativen Wundinfektionen in Anlehnung an die aktuell geltenden KISS-Definitionen des NRZ

[33] während des aktuellen stationären Aufenthaltes oder wenn die mikrobiologische Diagnostik des vorbehandelnden Arztes in der Patientenakte vorliegt

Sozialdaten

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)		
5-349.3 Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial	95	0,00

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am Herzen (5-35...5-37)		
5-377.30 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	47.127	1,51
5-361.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	16.683	0,54
5-378.52 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	12.931	0,42
5-377.1 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	10.143	0,33
5-351.02 Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	10.049	0,32
5-361.17 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	8.789	0,28
5-361.07 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	7.720	0,25
5-377.d Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem	7.513	0,24
5-377.8 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	6.649	0,21
5-377.50 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion	6.284	0,20

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)		
5-385.70 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	53.537	1,72
5-381.70 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	25.498	0,82
5-381.71 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	12.538	0,40
5-380.70 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	10.375	0,33
5-381.54 Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	9.757	0,31
5-385.72 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	9.371	0,30
5-385.d0 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	7.164	0,23
5-380.72 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	5.155	0,17
5-393.53 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes	4.477	0,14
5-380.54 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	4.086	0,13
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)		
5-407.2 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Retroperitoneal (iliakal, paraaortal, parakaval)	2.214	0,07
5-407.3 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Pelvin	1.968	0,06

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)		
5-511.11 Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	104.688	3,36
5-469.21 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	76.396	2,45
5-469.20 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	47.777	1,54
5-470.11 Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	40.018	1,29
5-530.31 Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	19.164	0,62
5-530.33 Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	14.127	0,45
5-536.47 Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	11.132	0,36
5-469.00 Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch	10.446	0,34
5-455.41 Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	9.964	0,32
5-455.75 Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	8.296	0,27

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)		
5-593.20 Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	11.413	0,37
5-553.03 Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	5.800	0,19
5-553.00 Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Offen chirurgisch lumbal	3.040	0,10
5-576.20 Zystektomie: Radikale Zystektomie ohne Urethrektomie, beim Mann: Offen chirurgisch	2.979	0,10
5-554.43 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	2.232	0,07
5-599.00 Andere Operationen am Harntrakt: (Teil-)Resektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes als Revision nach Operationen wegen Harninkontinenz oder Prolaps: Vaginal	1.915	0,06
5-554.40 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Offen chirurgisch lumbal	1.778	0,06
5-582.0 Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	1.646	0,05
5-554.41 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Offen chirurgisch abdominal	1.255	0,04
5-590.51 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von retroperitonealem Gewebe: Offen chirurgisch abdominal	1.148	0,04

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)		
5-604.52 Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	11.819	0,38
5-640.2 Operationen am Präputium: Zirkumzision	6.612	0,21
5-611 Operation einer Hydrocele testis	6.448	0,21
5-604.42 Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	5.968	0,19
5-622.5 Orchidektomie: Radikale (inguinale) Orchidektomie (mit Epididymektomie und Resektion des Samenstranges)	4.672	0,15
5-631.1 Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	3.067	0,10
5-604.12 Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	2.680	0,09
5-631.2 Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	2.580	0,08
5-604.02 Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	2.359	0,08
5-629.x Andere Operationen am Hoden: Sonstige	1.954	0,06

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)		
5-661.62 Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	39.480	1,27
5-651.92 Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	34.885	1,12
5-653.32 Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	33.012	1,06
5-704.00 Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	25.658	0,82
5-682.02 Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	22.062	0,71
5-704.10 Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	20.514	0,66
5-683.03 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	16.092	0,52
5-657.62 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	15.396	0,49
5-683.01 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	14.824	0,48
5-683.23 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)	8.704	0,28

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)		
5-749.11 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	84.506	2,72
5-749.10 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	82.634	2,66
5-749.0 Andere Sectio caesarea: Resectio	75.151	2,41
5-740.0 Klassische Sectio caesarea: Primär	21.852	0,70
5-740.1 Klassische Sectio caesarea: Sekundär	18.475	0,59
5-741.0 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal	2.378	0,08
5-741.1 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal	2.168	0,07
5-741.3 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision	275	0,01
5-758.3 Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	216	0,01
5-741.5 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, Längsinzision	150	0,00

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)		
5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	131.552	4,23
5-822.g1 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	130.702	4,20
5-812.5 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	107.060	3,44
5-814.3 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	88.742	2,85
5-811.2h Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	53.019	1,70
5-794.k6 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	51.855	1,67
5-812.eh Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	50.081	1,61
5-790.5f Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	44.963	1,44
5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	41.150	1,32
5-810.4 Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper	38.137	1,23

NWITR Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an der Mamma (5-87...5-88)		
5-870.a1 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	27.438	0,88
5-870.a2 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25 % des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	20.769	0,67
5-872.1 (Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	14.107	0,45
5-870.a0 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	6.944	0,22
5-884.2 Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	6.403	0,21
5-870.90 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	6.326	0,20
5-870.a3 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie	4.647	0,15
5-872.0 (Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie	4.137	0,13
5-886.30 Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan: Ohne gewebeverstärkendes Material	3.091	0,10
5-889.1 Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose	2.875	0,09

Aufnahme und Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	5.628	0,18
1. Quartal	645.286	20,73
2. Quartal	591.771	19,02
3. Quartal	584.849	18,79
4. Quartal	572.890	18,41
keine Angabe zum Aufnahmedatum	711.652	22,87
Entlassungsquartal		
1. Quartal	625.437	20,10
2. Quartal	591.947	19,02
3. Quartal	588.522	18,91
4. Quartal	594.518	19,10
keine Angabe zum Entlassungsdatum	711.652	22,87

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Aufnahme- und Entlassungsdatum	**N = 2.400.424**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	1.635.326	68,13
8 - 14 Tage	455.127	18,96
15 - 21 Tage	142.717	5,95
22 - 28 Tage	74.286	3,09
> 28 Tage	92.968	3,87

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Geschlecht		
(1) männlich	1.180.477	37,93
(2) weiblich	1.931.471	62,06
(3) divers	105	0,00
(8) unbestimmt	23	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Alter der Patientinnen und Patienten		
18 - 19 Jahre	29.033	0,93
20 - 29 Jahre	244.045	7,84
30 - 39 Jahre	363.541	11,68
40 - 49 Jahre	315.499	10,14
50 - 59 Jahre	562.724	18,08
60 - 69 Jahre	642.228	20,64
70 - 79 Jahre	522.162	16,78
80 - 89 Jahre	370.953	11,92
≥ 90 Jahre	50.690	1,63

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 3.112.076**	
Für die Risikoadjustierung übermittelte Diagnosen während des stationären Indexaufenthalts		
I10.00 Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	878.883	28,24
E87.6 Hypokaliämie	193.179	6,21
E03.8 Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose	175.473	5,64
I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	150.641	4,84
E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	134.763	4,33
N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	101.948	3,28
E86 Volumenmangel	75.973	2,44
E66.00 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	72.424	2,33
E87.1 Hypoosmolalität und Hyponatriämie	69.660	2,24
Z95.0 Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts	68.852	2,21

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

WI-NI-D: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

Ergebnisübersicht 6

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 6

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 8

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 8

852303: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 8

852304: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 10

Einleitung

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einer chirurgischen Operation. Sie stellen heute die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete (Behnke et al. 2017) [1]. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz (Mielke et al. 2010) [2].
Das Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) das Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen miteinander verglichen, unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.
Das Verfahren QS WI umfasst insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zum ambulanten und stationären Operieren, sowie zehn Kennzahlen.
Darüber hinaus werden seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit bezüglich des fallbezogenen QS-Dokumentationsbogens NWIF (Datensatz „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“) ausgewertet.
Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden aktuell im Jahr zwei nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist. Die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur fallbezogenen QS-Dokumentation am Krankenhaus in diesem Bericht, werden hingegen im ersten Jahr nach dem Erfassungsjahr bereitgestellt, um möglichst zeitnah Stellungnahmeverfahren zur Vollzähligkeit zu ermöglichen. Es gibt also keinen direkten Bezug zu den ebenfalls in diesem Jahr bereitgestellten Qualitätsindikatoren- und Kennzahlergebnissen.
Detaillierte Informationen zu den Auffälligkeitskriterien können den aktuellen endgültigen Rechenregeln entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden.

Ein Leistungserbringerergebnis gilt als rechnerisch auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

[1] Behnke, M; Aghdassi, SJ; Hansen, S; Peña Diaz, LA; Gastmeier, P; Piening, B (2017): Prävalenz von nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung in deutschen Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 114(50): 851-857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.

[2] Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. Epidemiologisches Bulletin, Nr. 36: 359-364. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/36_10.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 08.05.2024).

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Ergebnisübersicht

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu zwei Auffälligkeitskriterien, jeweils eines zur Über- und eines zur Unterdokumentation der fallbezogenen QS-Dokumentation nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (Erfassungsmodul NWIF).
Indikatorergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen so-wie zum Hygiene- und Infektionsmanagement können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die QS-Datensätze, die bezogen auf das Erfassungsjahr 2024 an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024“ die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.
Detaillierte Informationen zu den Auffälligkeitskriterien finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien“.
Weitere Informationen zu dem Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

© IQTIG 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,02 % 318.625 / 318.554	2,87 % 46 / 1.605
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,02 % 318.625 / 318.554	0,81 % 13 / 1.605

© IQTIG 2025

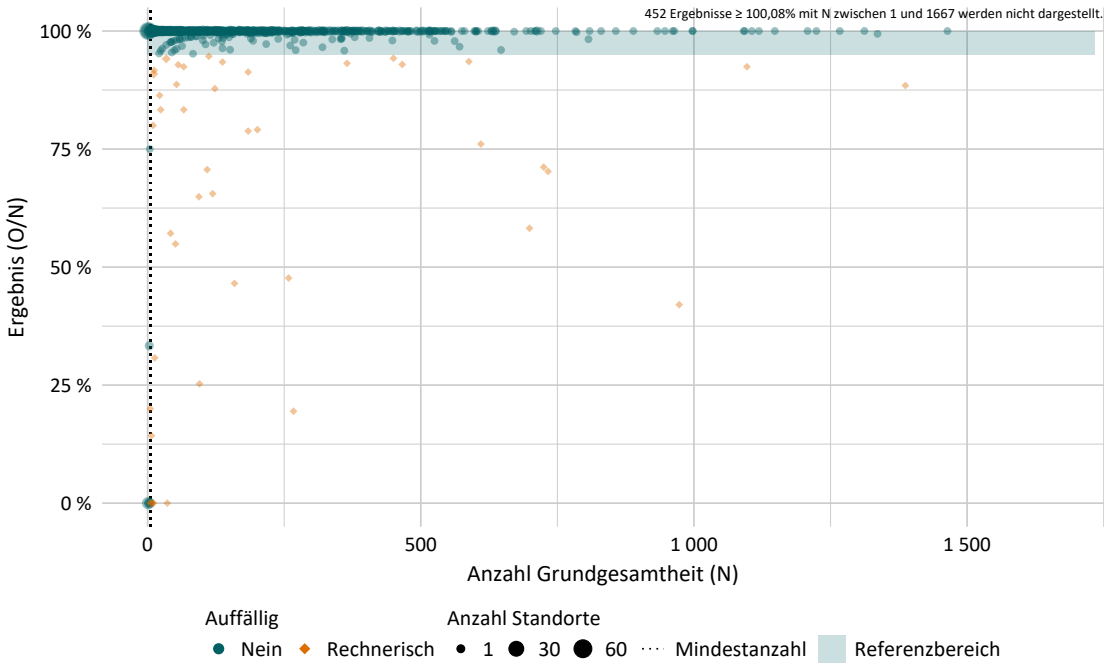
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852303: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.605	46	0,00	300,00	100,00

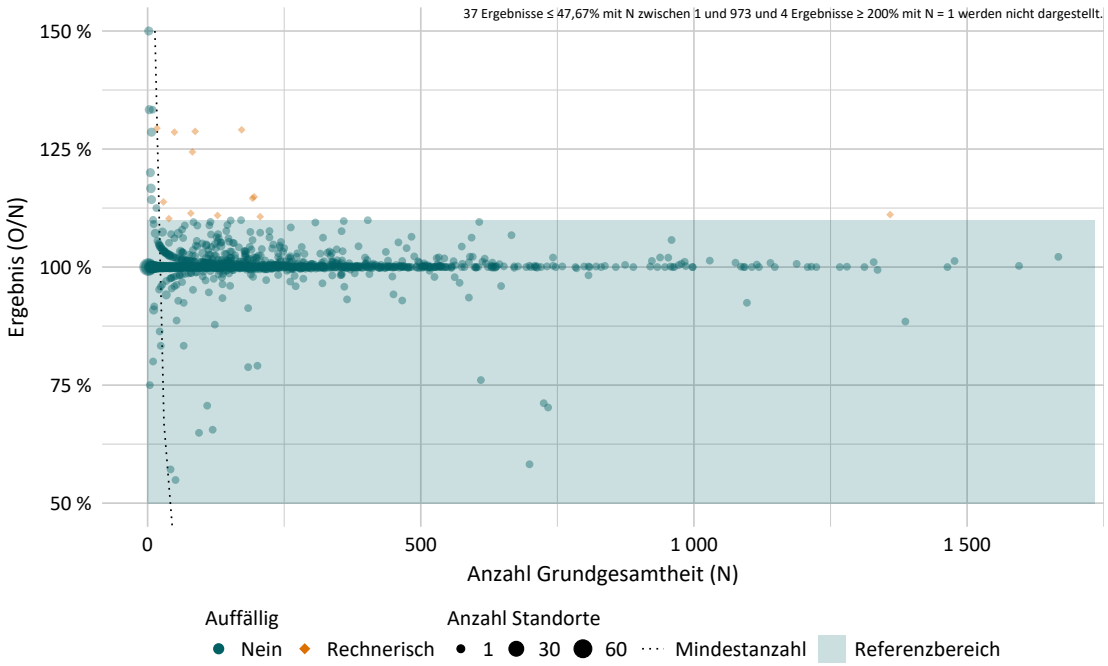
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	318.625 / 318.554	100,02	2,87 % 46 / 1.605

852304: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.605	13	0,00	300,00	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	318.625 / 318.554	100,02	0,81 % 13 / 1.605

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Cholezystektomie*

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Cholezystektomie*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 5
1 Hintergrund 6
2 Einordnung der Ergebnisse 9
2.1 Datengrundlage 9
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren 11
2.2.1 Überblick 11
2.2.2 Detailergebnisse 17
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 24
2.3.1 Überblick 24
2.3.2 Detailergebnisse 27
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 30
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 30
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 33
4 Evaluation 35
5 Ausblick 37
Literatur 38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – CHE 8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CHE 8
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - CHE 10
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) - CHE 10
Tabelle 5: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (EJ 2024 und EJ 2023) - CHE 11
Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) - CHE 14
Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – CHE 15
Tabelle 8: QI 58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen 18
Tabelle 9: QI 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen 19
Tabelle 10: QI 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen 20
Tabelle 11: QI 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen 21
Tabelle 12: QI 58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 22
Tabelle 13: QI 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres 23
Tabelle 14: QI 58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen 24
Tabelle 15: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - CHE 25
Tabelle 16: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – CHE 26
Tabelle 17: AK 852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 27
Tabelle 18: AK 852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 28
Tabelle 19: AK 852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 28
Tabelle 20: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS CHE 29
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE 31
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CHE 32
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE 33
Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CHE 34

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DRG	diagnosebezogene Fallgruppen (*Diagnosis Related Groups*)
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
M-DB	mandantenfähige Datenbank
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	patientenidentifizierende Daten
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS CHE	QS-Verfahren *Cholezystektomie*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

1 Hintergrund

In Deutschland werden jährlich rund 175.000 Cholezystektomien (Entfernungen der Gallenblase) durchgeführt. In ca. 90 % aller Fälle wird die Cholezystektomie laparoskopisch, d. h. mittels sogenannter Schlüssellochchirurgie, vorgenommen. Operationsverfahren, bei denen der operative Zugang über natürliche Körperöffnungen (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*, NOTES) erfolgt, haben bislang noch nicht Eingang in die klinische Praxis gefunden. In seltenen Fällen kann auch eine Entfernung der Gallenblase im Rahmen einer aus anderen Gründen durchgeführten Bauchoperation sinnvoll und notwendig sein (Begleitcholezystektomie). Bei der operativen Versorgung eines Gallen- oder Gallensteinleidens können vereinzelt schwerwiegende Komplikationen auftreten, z. B. Verletzungen der Gallenwege oder der Blutgefäße. Im schlimmsten Fall können postoperative Komplikationen auch zum Tod führen. Das QS-Verfahren *Cholezystektomie* (*QS CHE*) beobachtet und analysiert die Häufigkeit solcher Ereignisse und dient damit der Beurteilung stationär erbrachter Indexeingriffe von Cholezystektomien. Ziele des QS-Verfahrens sind es, die Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit zu verbessern und somit auch Komplikationsraten während und nach den Eingriffen zu verringern sowie Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Qualitätsindikatoren

Das Verfahren *QS CHE* umfasst 7 Follow-up-Indikatoren, welche sowohl die Daten der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation als auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V zur Berechnung heranziehen. Alle Indikatoren adressieren die Qualitätsdimension der Patientensicherheit, da sie das Auftreten von intra- oder postoperativen Komplikationen nach einer Cholezystektomie messen. Intra- oder postoperative Komplikationen stellen unerwünschte Ereignisse dar, die das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko zusätzlich erhöhen und körperliche (unter Umständen lebenslange) Beeinträchtigungen wie beispielsweise Schmerzen oder Verletzungen verursachen können. Sie können zu einer Verlängerung des Behandlungsprozesses führen und somit zu einer zusätzlichen Belastung für die Patientin bzw. den Patienten werden.

Intraoperative Verletzungen, wie z. B. eine Verletzung der Gallenwege oder die Durchtrennung oder der Verschluss des Ductus hepatocholedochus (Hauptgallengang), gehören zu den gravierendsten Komplikationen bei Cholezystektomien und werden über den Indikator zu operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000) analysiert. Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen können sowohl intra- als auch postoperativ entdeckt und behandelt werden. Sie können ein Grund für den Umstieg vom laparoskopischen auf den invasiveren offen-chirurgischen Zugangsweg für die Cholezystektomie sein.

Postoperative Infektionen gehören ebenfalls zu den allgemeinen Komplikationen nach einem operativen Eingriff und werden über den Indikator zu eingriffsspezifischen Infektionen innerhalb von 30 Tagen (ID 58002) ausgewertet. Bei offen-chirurgischen Cholezystektomien ist die Wahr-

scheinlichkeit, dass eine postoperative Infektion auftritt, signifikant höher als bei laparoskopischen Cholezystektomien. Eine postoperative Infektion nach einer Cholezystektomie kann z. B. zu einem Leberabszess oder einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) führen.

Der Indikator 58006 erfasst alle Todesfälle innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie, da für diesen Zeitraum davon ausgegangen werden kann, dass postoperative Komplikationen einen Einfluss auf das Versterben der Patientinnen und Patienten haben. Die Vermeidung von postoperativen Komplikationen und deren angemessene Behandlung ist deshalb der wichtigste Schritt zur Vermeidung von postoperativen Todesfällen.

Mit dem Indikator 58003 werden alle Patientinnen und Patienten erfasst, bei denen interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie auftraten. Zu den interventionsbedürftigen Blutungen werden hierbei die Blutungsanämie sowie der Schock während oder als Folge eines Eingriffs sowie Transfusionen gezählt. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten mit einer Anämie oder einer Transfusion, wenn diese bereits vor der Cholezystektomie bestand oder notwendig wurde.

Der Indikator 58004 adressiert allgemeine, nicht eingriffsspezifische postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie, wie z. B. eine Thrombose, eine Lungenembolie, eine Pneumonie, einen Myokardinfarkt oder einen Ileus. Langfristige postoperative Komplikationen nach einer laparoskopischen oder nach einer offen-chirurgischen Cholezystektomie, die symptomatisch werden und eine Intervention erfordern, werden mit dem Indikator 58005 fokussiert. Dazu zählen beispielsweise Narbenhernien sowie Verwachsungen (Adhäsionen). Ebenso können nach dem Eingriff zurückgelassene Fremdkörper (z. B. OP-Tücher oder Instrumente) unerwünschte postoperative Komplikationen verursachen.

Erneute operative oder interventionelle Eingriffe nach einer Gallenblasenentfernung wegen postoperativ aufgetretener Komplikationen werden mit dem Indikator 58001 erfasst. Dies können bspw. Gallengangsverletzungen, Blutgefäßverletzungen und Blutungen sowie postoperative Entzündungen sein.

Für die Berechnung der Indikatoren werden neben der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V ausgewertet, wodurch der weitere Krankheitsverlauf einer Patientin oder eines Patienten über einen längeren Zeitraum nach der Entlassung nachvollzogen werden kann. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Sozialdaten erst mit einem gewissen Zeitverzug ausgewertet und berichtet werden können. Der Zeitraum des Nachverfolgens, der im Verfahren *QS CHE* bei 30, 90 und 365 Tagen liegt, muss zunächst abgeschlossen und die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der Krankenkasse angekommen sein. Erst im Anschluss können die Daten an das IQTIG übermittelt werden. Daher enthalten die Auswertungen dieses QS-Verfahrens grundsätzlich immer zwei Erfassungsjahre:

- für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005 und 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff
- für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen (IDs 58000, 58002, 58003 und 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – CHE

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungs-jahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *Cholezystektomie* werden keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet, jedoch 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2023 wurden im Verfahren *QS CHE* zum Erfassungsjahr 2024 mehr Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit verblieb in einem ähnlichen Bereich. 12 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) haben für das Erfassungsjahr 2024 Datensätze geliefert, aber keine Sollstatistik. Insgesamt wurden QS-Dokumentationsdaten von 164.446 Patientinnen und Patienten für das Verfahren *QS CHE* verwendet. Dies ist ein Anstieg um 3,2 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2023: 159.187). Der Anstieg der QS-Dokumentationsdaten kann hauptsächlich dadurch erklärt werden, dass die Datensatzanzahl – nach verstärktem Rückgang aufgrund der COVID-19-Pandemie – wieder auf das vergleichbare Niveau der Zeit vor der COVID-19-Pandemie angestiegen ist.

In Bezug auf die Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen besteht die Einschränkung, dass eine Krankenkasse ihrer Lieferpflicht nicht in Gänze nachgekommen ist. Dementsprechend ist die Vollzähligkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen (fehlender Anteil von ca. 2 % der gesetzlich Versicherten in Deutschland) für die gesamte Bundesauswertung im Jahr 2025 beeinträchtigt. Im Verfahren *QS CHE* fehlen bei 5 von 7 Indikatoren jeweils Sozialdaten aus den letzten Monaten des Index- bzw. Follow-up-Zeitraums. Die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse sind insgesamt jedoch als sehr gering einzuschätzen. Für das Erfassungsjahr 2023 konnten 98,43 % und für das Erfassungsjahr 2024 96,69 % der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem QS-Datensatz verknüpft werden. Die Verknüpfungsrate liegt damit für die Erfassungsjahre 2023 und 2024 nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %.

QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2024 (Auswertungsjahr 2025)

Die Anzahl der Leistungserbringer auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) ist leicht gesunken, dies kann mit regulären Schließungen von Krankenhäusern erläutert werden, welche nunmehr keine Cholezystektomie in ihrem Standort durchführen.

Für das Verfahren *QS CHE* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - CHE

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	164.486 164.446 40	163.441	100,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.062		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.102	1.092	100,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	939	930	100,97

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) - CHE

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	159.225 159.187 38	157.642	101,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.071		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.112	1.098	101,28
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	943	932	101,18

Sozialdaten bei den Krankenkassen zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 (AJ 2025)

Tabelle 5 stellt die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe mit einem Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen aus dem Erfassungsjahr 2024 auf Bundesebene dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate der Sozialdaten bei den Krankenkassen mittels des Pseudonyms der elektronischen Gesundheitskarten (patientenidentifizierende Daten, PID) mit den für das Erfassungsjahr 2024 gelieferten QS-Dokumentationsdaten aus. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft wird, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die Indikatorberechnung nicht berücksichtigt bzw. ausgewertet werden.

Durch Korrekturen und Nachlieferungen durch die Krankenkassen kann sich die Verknüpfungsrate zukünftig ändern. Basierend auf den Daten des Erfassungsjahres 2024 können in diesem Bericht nur die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen berechnet werden. Dies ist verfahrensimmanent durch den Zeitverzug bei der Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen begründet. Im kommenden Jahr werden sämtliche Indikatoren auf Grundlage der Daten des Erfassungsjahres 2024 ausgewertet. Dieser Logik folgend, werden die Indikatoren des AJ 2025 mit 90- und 365-Tage Follow-up anhand der Daten des Erfassungsjahres 2023 ausgewertet. Die Verknüpfungsrate liegt für die Erfassungsjahre 2023 und 2024 nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %.

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse wurde nur ein Teildatensatz übermittelt. Die Auswirkung auf die Qualitätsergebnisse sind insgesamt als gering einzuschätzen. Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass der Datenausfall die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst. Aufgrund der relativ geringen Abweichungen ist jedoch keine Veränderung der Referenzwerte zu erwarten. Wenn überhaupt sind Abweichungen nur bei einigen wenigen Leistungserbringern und dann nur in einem sehr geringen Ausmaß zu erwarten (siehe Abschnitt 2.3.2 „Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)“).

Tabelle 5: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (EJ 2024 und EJ 2023) - CHE

	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Erfassungsjahr 2024 Bund (gesamt)	164.446	96,69 N = 158.995
Erfassungsjahr 2023 Bund (gesamt)	159.187	98,43 N = 156.685

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren dieses QS-Verfahrens zeigen eine stabile Versorgungslage. Cholezystektomien werden bundesweit zwar häufig durchgeführt, in der Gesamtheit treten doch nur sehr selten Komplikationen auf. Dennoch aufgetretene Komplikationen werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zudem überwiegend als qualitativ unauffällig eingestuft.

Alle Indikatoren besitzen einen perzentilbasierten Referenzbereich (≤ 95. Perzentil), d. h., in allen Indikatoren weisen immer nur jeweils etwas mehr als 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse auf. Eine wesentliche Änderung gegenüber dem Vorjahr betrifft die Auswertungsmethodik, die nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt: Rechnerische Auffälligkeit wird nicht mehr nur danach bestimmt, ob ein beobachtetes Indikatorergebnis nominell außerhalb des Referenzbereichs liegt. Zusätzlich muss eine ausreichende statistische Sicherheit darüber vorliegen, dass der Referenzbereich vom Leistungserbringer nicht

erreicht wird. Die Umstellung betrifft die Bewertung von erreichten Indikatorergebnissen, aber nicht die Berechnung der Indikatorergebnisse selbst („Rechenregeln").

Erstmalig im Auswertungsjahr 2025 sind alle Indikatoren angemessen risikoadjustiert.

Nach einer IQTIG-internen Auswertung zeigte sich bei allen Indikatoren, dass Gallenblasen- bzw. Gallengangssteine einen scheinbar protektiven Effekt aufweisen. Nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene sei dies durch eine unterschiedliche Kodierung der Gallenblasen-/Gallengangssteine erklärbar. Bei einem Patientenkollektiv, welches lediglich eine Gallenblasenentfernung und Steine aufweist, wären die Gallenblasen-/Gallengangssteine vollständig dokumentiert. Bei einem multimorbiden Patientenkollektiv hingegen sei die eigentliche Kodierung der Steine durch diverse andere Diagnosekodierungen möglicherweise unvollständig oder nicht vorhanden. Daraus ergibt sich, dass Gallenblasensteine vorwiegend bei klinisch „leichteren" Fällen dokumentiert werden. Zudem befinden sich bekannte „Steinträger" im Vorfeld einer Cholezystektomie unter Umständen in regelmäßigeren ärztlichen Kontrollen. Aus diesem Grund wird der Gallenblasen-/Gallengangsstein aus der Risikoadjustierung für das Verfahren *QS CHE* ausgeschlossen.

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren zum Auswertungsjahr 2025 stellen zum einen die Bundesergebnisse für das Erfassungsjahr 2024 dar. Dies betrifft die risikoadjustierten Indikatoren mit 30-Tage-Follow-up und einem Indexeingriff im Jahr 2024 (IDs 58000, 58002, 58003 und 58004). Ihnen gegenübergestellt werden die Vorjahresergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2023. Zum anderen werden die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen sowie einem Indexeingriff im Jahr 2023 (IDs 58001, 58005 und 58006) erstmalig mit einer vollständig angemessenen Risikoadjustierung ausgewiesen. Das Risikoadjustierungsmodell für diese Indikatoren wurde auf den Daten des Erfassungsjahres 2023 geschätzt, daher beträgt das Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 immer nahezu 1,00. Eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten ist nicht gegeben, weshalb in der Spalte „Bundesergebnis AJ 2024" keine Daten dargestellt werden. Dies hängt damit zusammen, dass erst mit der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 diverse weitere ICD- und OPS-Kodes, welche Komorbiditäten darstellen, für eine angemessene Risikoadjustierung angefordert und somit erst im Auswertungsjahr 2025 für ein Risikoadjustierungsmodell genutzt werden konnten.

Einschränkend ist zu sagen, dass es neben einer Krankenkasse, welche ihrer Lieferpflicht nicht in Gänze nachgekommen ist, bei weiteren Krankenkassen zu Problemen in den beiden Zwischenlieferungen vor der endgültigen Datenbereitstellung im April 2025 kam. Laut Rückmeldungen dieser betroffenen Krankenkassen waren technische Probleme und Softwareumstellungen ursächlich. Die Ergebnisse der Sozialdatenvalidierung zur endgültigen Lieferung im April 2025 zeigten, dass die betroffenen Krankenkassen die zwischenzeitlichen Probleme abstellen konnten. Jedoch ergaben sich Auswirkungen auf die Risikoadjustierung für die Qualitätsindikatoren mit 90- (IDs 58001 und 58006) sowie 365-Tage-Follow-up (ID 58005). Die Risikoadjustierung wurde zunächst anhand der Oktober-Lieferungen des Vorjahres entwickelt. Als sich diese Lieferungen jedoch als unvollständig herausstellten, wurde das Risikoadjustierungsmodell mit dem bereinigten Daten-

stand der Bundesauswertung erneut berechnet und die Koeffizienten aktualisiert. Eine Anpassung der Auswahl der zu berücksichtigenden Risikofaktoren konnte in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht stattfinden. Trotz dieser geringen Limitation wird die Risikoadjustierung aus fachlicher Sicht weiterhin als angemessen eingeschätzt.

Im Verfahren *QS CHE* haben alle Indikatoren einen verteilungsbasierten Referenzbereich.

In Tabelle 7 wird die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen pro Qualitätsindikator dargestellt. Da sämtliche Indikatoren einen perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 95. Perzentil besitzen, liegt die Anzahl bei allen Indikatoren in einem ähnlichen Bereich. Es haben jeweils etwa 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) - CHE

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,96 O/E = 1.230 / 1.279,88 0,78 % O/N = 1.230 / 158.548	0,95 O/E = 1.202 / 1.263,87 0,76 % O/N = 1.202 / 158.995 (≤ 1,15; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 4.160 / 4.168,68 2,62 % O/N = 4.160 / 158.548	1,06 O/E = 4.245 / 4.011,46 2,67 % O/N = 4.245 / 158.995 (≤ 1,24; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	0,96 O/E = 2.096 / 2.174,86 1,32 % O/N = 2.096 / 158.548	0,92 O/E = 1.959 / 2.137,38 1,23 % O/N = 1.959 / 158.995 (≤ 1,26; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 2.376 / 2.364,89 1,50 % O/N = 2.376 / 158.548	1,02 O/E = 2.330 / 2.279,55 1,47 % O/N = 2.330 / 158.995 (≤ 1,24; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 6.637 / 6.637,00 4,24 % O/N = 6.637 / 156.685 (≤ 1,30; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 4.484 / 4.484,00 2,86 % O/N = 4.484 / 156.685 (≤ 1,11; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 2.838 / 2.833,57 1,81 % O/N = 2.838 / 156.685 (≤ 1,05; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar

Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – CHE

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	2023	52 von 1.071	4,86	8
		2024	53 von 1.062	4,99	6
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	2023	57 von 1.071	5,32	3
		2024	53 von 1.062	4,99	8
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	2023	60 von 1.071	5,60	14
		2024	53 von 1.062	4,99	11

© IQTIG 2025

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	2023	56 von 1.071	5,23	5
		2024	54 von 1.062	5,08	6
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	2022	62 von 1.109	5,59	24
		2023	53 von 1.071	4,95	19
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	2022	58 von 1.109	5,23	11
		2023	55 von 1.071	5,14	7
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	2022	62 von 1.109	5,59	11
		2023	52 von 1.071	4,86	2

© IQTIG 2025

2.2.2 Detailergebnisse

Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000)

Dieser Indikator erhebt die gravierendsten operationsbedingten Komplikationen bei einer Cholezystektomie, wie beispielsweise intraoperative Verletzungen der Gallengänge oder die Durchtrennung oder den Verschluss des Ductus hepatocholedochus (Hauptgallengang). Gemäß S3-Leitlinie zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen variieren die Angaben zur Häufigkeit der intraoperativen Verletzung, der Durchtrennung oder des postoperativen Verschlusses der Gallengänge zwischen 0,1 und 0,5 % (Gutt et al. 2018). Im internationalen Vergleich liegen die Raten zwischen 0,3 und 1,5 % (de'Angelis et al. 2021, Schreuder et al. 2020, Wong et al. 2024). Bei verzögerten Cholezystektomien und Cholezystektomien im Notfall liegen die Raten höher (Wong et al. 2024). Es ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Definitionen von Gallengangverletzungen in den einzelnen Untersuchungen zu unterschiedlichen Raten führen. Für offene Cholezystektomien (0,2–0,3 %) wird im Vergleich zu laparaskopischen Cholezystektomien (0,4–1,5 %) jedoch national wie auch international eine geringere Häufigkeit für Gallengangverletzungen angegeben (de'Angelis et al. 2021, Gutt et al. 2018). Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Gallenwegskomplikation liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 0,76 % (1.202/158.995). Das O/E-Ergebnis von 0,95 ist nahezu deckungsgleich zum Vorjahreswert von 0,96. Auf Bundesebene wurden ca. 97 % der Cholezystektomien laparoskopisch durchgeführt. Im Vergleich zur national wie international angegebenen Häufigkeit für Gallenwegsverletzungen bei laparoskopisch durchgeführten Cholezystektomien rangiert das Bundesergebnis im Mittelfeld.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde der überwiegende Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten abschließend als unauffällig eingestuft. Möglicherweise wird sich der Anteil der Leistungserbringer mit der Einstufung „qualitativ auffällig“ im Stellungnahmeverfahren noch erhöhen, wenn künftig in der mandantenfähigen Datenbank (M-DB) auch Patientinnen und Patienten identifiziert und im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden können, deren Komplikation in einer anderen Einrichtung versorgt wurde. Darüber hinaus wurde der Indikator im Vorfeld der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung bereits umfangreich gemeinsam mit dem Expertengremium auf Bundesebene überprüft und überarbeitet. Eine quantitative Auswertung im Rahmen der Verfahrensüberprüfung zeigte zudem, dass auch nach 30 Tagen bis zu einem Jahr Gallenwegskomplikationen in regelmäßigen Schwankungen auftreten. Um die Validität des Indikators weiter zu erhöhen, wurde empfohlen, den Follow-up-Zeitraum auf 90 Tage auszuweiten.

Tabelle 8: QI 58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,05 O/E = 1.172 / 1.115,45 0,78 % O/N = 1.172 / 149.314	0,96 O/E = 1.230 / 1.279,88 0,78 % O/N = 1.230 / 158.548	**0,95** **O/E = 1.202 / 1.263,87** **0,76 %** **O/N = 1.202 / 158.995**
rechnerische Auffälligkeiten	58 von 1.110 5,23 %	52 von 1.071 4,86 %	**53 von 1.062** **4,99 %** **(Refbereich: ≤ 1,15; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 58 (8,62 %)	**6 / 52** **(11,54 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.110 (0,45 %)	**6 / 1.071** **(0,56 %)**	n. a.

Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58004)

Zu den erfassten Komplikationen zählen in diesem Indikator die allgemeinen postoperativen Komplikationen wie eine Thrombose, eine Lungenembolie oder ein Ileus. Darüber hinaus werden auch die nicht eingriffsspezifischen, postoperativen Komplikationen wie z. B. eine Pneumonie, ein Myokardinfarkt oder ein Hirninfarkt adressiert. Im Auswertungsjahr 2025 traten bei 2,67 % (4.245/158.995) der Eingriffe postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach der Cholezystektomie auf.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde der überwiegende Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig eingestuft. Die meisten abweichenden Ergebnisse erklärten sich durch Einzelfälle oder Dokumentationsprobleme.

Einige Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren beziehen sich in diesem Indikator darauf, dass die im Indikator adressierten transitorischen ischämischen Attacken (TIA), Hirninfarkte, Herzinfarkte und Embolien auch aufgrund konkurrierender Erkrankungen/Ursachen auftreten, die nicht im Zusammenhang mit der Cholezystektomie stehen (z. B. Vorhofflimmern, Koronare Herzkrankheit (KHK), höhergradige Stenosen der hirnversorgenden Arterien, genetisch bedingte Gerinnungsstörungen). Der Indikator wurde auf Vorschlag des Expertengremiums auf Bundesebene und auf Grundlage der Ergebnisse wissenschaftlicher Publikationen hinsichtlich der Betrachtung von nicht eingriffsspezifischen, postoperativen Komplikationen zur Beurteilung des postoperativen Outcomes weiterentwickelt. Zu den weiteren nicht eingriffsspezifischen postoperativen Komplikationen nach einer Cholezystektomie gehören dementsprechend auch die postoperative Pneumonie, Myokardinfarkte sowie Hirninfarkte (Hall et al. 2016, Palsson et al. 2020, Serban et al. 2021, Teng et al. 2021). Bestehende oder neu diagnostizierte Vorerkrankungen wie eine Lungenerkrankung, Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus erhöhen das Risiko für allgemeine postoperative Komplikationen (Hall et al. 2016, Teng et al. 2021). Bestimmte vorbestehende

Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen, wie z. B. Vorhofflimmern und Herzvorerkrankungen, können das Patientenklientel aller Leistungserbringer gleichermaßen betreffen und werden über eine Risikoadjustierung ausgeglichen. Konkurrierende Erkrankungen sind demnach nicht gleichbedeutend damit anzusehen, dass diese auch ursächlich für die postoperative Komplikation sind. Simultancholezystektomien während eines Eingriffs aus anderen Gründen werden darüber hinaus (wenn korrekt dokumentiert) aus dem Verfahren ausgeschlossen. In der Gesamtheit bedeutet dies, dass die genannten nicht eingriffsspezifischen postoperativen Komplikationen auch erst nach einer Cholezystektomie auftreten können. Außerdem weisen Patientinnen und Patienten mit einer Cholezystektomie eine kurze stationäre Verweildauer auf, welche den Rückschluss zulässt, dass keine regelhafte Durchführung weiterer Eingriffe im selben Aufenthalt erfolgt. Im Stellungnahmeverfahren sollten diese Fälle daher besonders geprüft und die Leistungserbringer für eine korrekte Kodierung von simultanen Cholezystektomien sensibilisiert werden.

Tabelle 9: QI 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,69 O/E = 1.841 / 2.682,77 1,23 % O/N = 1.841 / 149.314	1,00 O/E = 4.160 / 4.168,68 2,62 % O/N = 4.160 / 158.548	**1,06** **O/E = 4.245 / 4.011,46** **2,67 %** **O/N = 4.245 / 158.995**
rechnerische Auffälligkeiten	61 von 1.110 5,50 %	57 von 1.071 5,32 %	**53 von 1.062** **4,99 %** **(Refbereich: ≤ 1,24; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 61 (6,56 %)	**4 / 57** **(7,02 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.110 (0,36 %)	**4 / 1.071** **(0,37 %)**	n. a.

Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen (ID 58002)

Mit diesem Qualitätsindikator werden die postoperativen Infektionsraten nach einer Cholezystektomie gemessen. Im Auswertungsjahr 2025 traten bei ca. 1,2 % der Indexeingriffe eingriffsspezifische Infektionen auf.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Rückmeldungen aus den bisherigen Stellungnahmeverfahren bemängelten, dass ICD-10-GM- und OPS-Kodes nicht spezifisch genug seien, um die jeweilige zu betrachtende Komplikation in den Indikatoren abzubilden. Im Verfahren *QS CHE* werden jedoch zumeist elektive Cholezystektomien bei einem eher gesunden Patientenkollektiv betrachtet. Aufgrund der geringen Fallzahlen und der geringen Mortalitätsrate würde eine zu spezifische Kodierung kaum zur Auslösung der relevanten und schwerwiegenden

Fälle führen. Systemische Fehler wären schwerer bis kaum detektierbar, d. h., Standorte mit relevanten medizinischen Qualitätsdefiziten bekämen u. U. fälschlicherweise die Rückmeldung, dass ihre Ergebnisqualität gut oder sogar sehr gut ist. Für eine adäquate Einschätzung der Fehleranfälligkeit und um zu klären, welche Kausalität zugrunde liegt, sind die Einschätzungen und Bewertungen aus den zukünftigen, vollständigen Stellungnahmeverfahren essenziell. Anhand dieser muss geprüft werden, ob und inwieweit Ausschlüsse inhaltlich definiert und praktisch umgesetzt werden können. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 erklärten sich die meisten abweichenden Ergebnisse durch Einzelfälle oder Dokumentationsprobleme.

Tabelle 10: QI 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,98 O/E = 1.791 / 1.835,71 1,20 % O/N = 1.791 / 149.314	0,96 O/E = 2.096 / 2.174,86 1,32 % O/N = 2.096 / 158.548	**0,92** **O/E = 1.959 / 2.137,38** **1,23 %** **O/N = 1.959 / 158.995**
rechnerische Auffälligkeiten	59 von 1.110 5,32 %	60 von 1.071 5,60 %	**53 von 1.062** **4,99 %** **(Refbereich: ≤ 1,26; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 59 (10,17 %)	**5 / 60** **(8,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 1.110 (0,54 %)	**5 / 1.071** **(0,47 %)**	n. a.

Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen (ID 58003)

Mit diesem Indikator werden alle Fälle dokumentiert, bei denen interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie auftraten. Der bundesweite Anteil der betroffenen Patientinnen und Patienten liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 1,47 % (2.330/158.995) und ist vergleichbar zum Vorjahr (EJ 2023: 1,50 %).

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wird der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Die meisten abweichenden Ergebnisse wurden durch Einzelfälle oder Dokumentationsprobleme erklärt.

Tabelle 11: QI 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,51 O/E = 2.143 / 1.415,02 1,44 % O/N = 2.143 / 149.314	1,00 O/E = 2.376 / 2.364,89 1,50 % O/N = 2.376 / 158.548	**1,02** **O/E = 2.330 / 2.279,55** **1,47 %** **O/N = 2.330 / 158.995**
rechnerische Auffälligkeiten	66 von 1.110 5,95 %	56 von 1.071 5,23 %	**54 von 1.062** **5,08 %** **(Refbereich: ≤ 1,24; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 66 (6,06 %)	**1 / 56** **(1,79 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.110 (0,36 %)	**1 / 1.071** **(0,09 %)**	n. a.

Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (ID 58001)

Erneute operative oder interventionelle Eingriffe nach einer Gallenblasenentfernung wegen postoperativ auftretender cholezystektomiespezifischer Komplikationen werden mit diesem Indikator erhoben. Auftretenden Komplikationen können bspw. verbliebene Gallengangsteine, Gallengangsverletzungen, Blutgefäßverletzungen und Blutungen sowie postoperative Entzündungen zugrunde liegen. Im Auswertungsjahr 2025 war bei 4,24 % (6.637/156.685) der Cholezystektomiepatientinnen und -patienten eine Reintervention aufgrund von Komplikationen notwendig. Erstmalig im Auswertungsjahr 2025 können nun auch die Indikatoren mit einem 90- bzw. 365-Tage-Follow-up angemessen risikoadjustiert ausgewiesen werden, weshalb eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten nicht gegeben ist. Dies hängt damit zusammen, dass erst mit der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 diverse weitere ICD- und OPS-Kodes, welche Komorbiditäten darstellen, für eine angemessene Risikoadjustierung angefordert und somit erst im Auswertungsjahr 2025 für ein Risikoadjustierungsmodell genutzt werden konnten.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wird der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft.

Auch für diesen Indikator wird in den Stellungnahmen vermehrt auf vermeintliche Fehlkodierungen oder –auslösungen hingewiesen. So wurde angemerkt, dass bei einem laparaskopischen Eingriff jeweils in Ergänzung zu dem cholezystektomiespezifischen OPS-Kode oftmals noch der Kode 5-549.5 (z. B. aufgrund eines Leberabszesses) dokumentiert werden würde. Zu diesem Kode gibt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) folgenden Hinweis: „Mit diesem Kode ist nur die Laparoskopie mit Drainage z. B. bei Abszess zu kodieren. Die Laparoskopie als Zugang ist unter dem jeweiligen Organeingriff zu kodieren." Die Doppelkodierung des laparoskopischen Eingriffs würde aus Sicht der Einrichtungen dadurch zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen führen, da die Zusatzkodierung bei der Berechnung der Ergebnisse als Zweiteingriff

bzw. Reintervention interpretiert werde. Es wurde daher hinterfragt, ob nicht Fälle mit laparoskopischer Cholezystektomie, bei denen eine zusätzliche Kodierung des OPS-Kodes 5-549.5 (mit gleichem OP-Datum wie der OPS-Kodes der Cholezystektomie) bei präoperativ bestehendem Leberabszess von der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden könnten, um rechnerische Auffälligkeiten aufgrund dieser (möglicherweise erlösorientierten Kodierung) zu vermeiden.

Dieser Sachverhalt wurde mit dem Expertengremium auf Bundesebene eingehend diskutiert. Nach Ansicht der Expertinnen und Experten sollte eine laparoskopische Cholezystektomie als solche kodiert werden, wenn sie durchgeführt wird, unabhängig davon, ob diese mit oder ohne eine Drainage ende. Eine zusätzliche Kodierung sei hingegen zu hinterfragen, da es sich aus fachlicher Sicht um eine Dopplung handele.

Die weiteren rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Auswertungsjahr 2024 erklärten sich durch Dokumentationsprobleme oder Einzelfälle und wurden daher als qualitativ unauffällig eingestuft.

Tabelle 12: QI 58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	**1,00** **O/E = 6.637 / 6.637,00** **4,24 %** **O/N = 6.637 / 156.685**
rechnerische Auffälligkeiten	61 von 1.116 5,47 %	62 von 1.109 5,59 %	**53 von 1.071** **4,95 %** **(Refbereich: ≤ 1,30; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 61 (1,64 %)	**5 / 62** **(8,06 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 1.116 (0,09 %)	**5 / 1.109** **(0,45 %)**	n. a.

Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres (ID 58005)

Im Verfahren *QS CHE* werden auch allgemeine postoperative Komplikationen innerhalb von 365 Tagen erfasst. Langfristige postoperative Komplikationen nach einer laparoskopischen oder nach einer offen-chirurgischen Cholezystektomie, die symptomatisch werden oder versorgt werden müssen, sind beispielsweise Hernien (Eingeweidebrüche), insbesondere Narben- und Trokarhernien (Khan und Ma 2020, Jensen et al. 2021), sowie Verwachsungen (Adhäsionen). Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres auftraten, liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 2,86 % (4.484/156.685). Erstmalig im Auswertungsjahr 2025 können nun auch die Indikatoren mit einem 90- bzw. 365- Tage-Follow-up angemessen risikoadjustiert ausgewiesen werden, weshalb eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten nicht gegeben ist. Dies hängt damit zusammen, dass erst mit der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 diverse weitere ICD- und OPS-Kodes, welche Komorbiditäten darstellen, für eine angemessene Risikoadjustierung angefordert und somit erst im Auswertungsjahr 2025 für ein Risikoadjustierungsmodell genutzt werden konnten.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Der Großteil der rechnerischen Auffälligkeiten kann auf Dokumentationsfehler zurückgeführt werden. Eine rechnerische Auffälligkeit führte zu einer Begehung, da in einem Fall der Bilirubin-Wert zum Zeitpunkt der Operation nicht vorlag. Die präoperative Bestimmung des Bilirubin-Wertes ist jedoch zwingend notwendig, andernfalls sollte nicht operiert werden. Dies resultierte in einer Ergebniseinstufung als qualitativ auffällig. Das Krankenhaus erarbeitete eine Standard Operating Procedure (SOP), um eine Verbesserung der Qualitätsziele zu erreichen.

Tabelle 13: QI 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	**1,00** **O/E = 4.484 / 4.484,00** **2,86 %** **O/N = 4.484 / 156.685**
rechnerische Auffälligkeiten	62 von 1.116 5,56 %	58 von 1.109 5,23 %	**55 von 1.071** **5,14 %** **(Refbereich: ≤ 1,11; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 61 (6,56 %)	**5 / 57** **(8,77 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.116 (0,36 %)	**5 / 1.109** **(0,45 %)**	n. a.

Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen (ID 58006)

Dieser Indikator weist die Mortalitätsrate innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie aus. Die Vermeidung von postoperativen Komplikationen und deren angemessene Behandlung ist der wichtigste Schritt zur Vermeidung von postoperativen Todesfällen. Im Auswertungsjahr 2025 zeigt sich, dass 1,81 % (2.838/156.685) der Patientinnen und Patienten mit Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 innerhalb von 90 Tagen nach der Cholezystektomie verstorben sind.

Erstmalig im Auswertungsjahr 2025 können nun auch die Indikatoren mit einem 90- bzw. 365-Tage-Follow-up angemessen risikoadjustiert ausgewiesen werden, weshalb eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten nicht gegeben ist. Dies hängt damit zusammen, dass erst mit der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 diverse weitere ICD- und OPS-Kodes, welche Komorbiditäten darstellen, für eine angemessene Risikoadjustierung angefordert und somit erst im Auswertungsjahr 2025 für ein Risikoadjustierungsmodell genutzt werden konnten.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wird der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse erklärten sich durch Dokumentationsprobleme oder wurden als Einzelfälle eingestuft.

Tabelle 14: QI 58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	**1,00** **O/E = 2.838 / 2.833,57** **1,81 %** **O/N = 2.838 / 156.685**
rechnerische Auffälligkeiten	66 von 1.116 5,91 %	62 von 1.109 5,59 %	**52 von 1.071** **4,86 %** **(Refbereich: ≤ 1,05; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 66 (10,61 %)	**3 / 61** **(4,92 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 1.116 (0,63 %)	**3 / 1.109** **(0,27 %)**	n. a.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Verfahren *QS CHE* werden im Auswertungsjahr 2025 insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Von insgesamt 1.092 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium weisen 14 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf. Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren *QS CHE* auf Bundesebene keine Über- oder Unterdokumentation. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 erklärten sich die rechnerischen Auffälligkeiten vorwiegend durch Softwareprobleme oder wurden mit einer unvollständigen Datenlage begründet.

Die diesjährigen Ergebnisse sind vergleichbar zum Vorjahr, ebenso wie die geringfügige Anzahl an behandelten Fällen, bei denen ein Minimaldatensatz (MDS) angelegt werden musste. In der Gesamtheit ist die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer für das Verfahren *QS CHE* weiterhin als beständig und vollzählig anzusehen.

In Tabelle 15 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 15: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,64 % 164.486/163.441 (≥ 95,00 %)
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,64 % 164.486/163.441 (≤ 110,00 %)
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,02 % 40/163.441 (≤ 5,00 %)

Tabelle 16: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	9 von 1.092	0,82	2
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	5 von 1.092	0,46	0
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	0 von 1.092	0,00	-

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 8502202)

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 110,00 % bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren *QS CHE* eine Dokumentationsrate von 100,64 %, es besteht auf Bundesebene somit keine nennenswerte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 5 von 1.092 Leistungserbringern (0,46 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Tabelle 17: AK 852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,84 % O = 150.101 N = 148.848	101,00 % O = 159.225 N = 157.642	**100,64 %** **O = 164.486** **N = 163.441**
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 1.142 0,88 %	4 von 1.100 0,36 %	**5 von 1.092** **0,46 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 10 (30,00 %)	**0 / 4** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.142 (0,26 %)	**0 / 1.100** **(0,00 %)**	n. a.

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 8502204)

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≥ 95,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren *QS CHE* eine Dokumentationsrate von 100,64 %, es besteht auf Bundesebene somit auch keine Unterdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 9 von 1.092 Leistungserbringern (0,82 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Tabelle 18: AK 852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,84 % O = 150.101 N = 148.848	101,00 % O = 159.225 N = 157.642	**100,64 %** **O = 164.486** **N = 163.441**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 1.142 0,26 %	7 von 1.100 0,64 %	**9 von 1.092** **0,82 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 3 (66,67 %)	**6 / 7** **(85,71 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 1.142 (0,18 %)	**6 / 1.100** **(0,55 %)**	n. a.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 8502203)

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 5,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,02 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz angelegt wurde. Auf Leistungserbringerebene hatte kein Leistungserbringer (Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Tabelle 19: AK 852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,02 % O = 35 N = 148.848	0,02 % O = 38 N = 157.642	**0,02 %** **O = 40** **N = 163.441**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 1.142 0,00 %	0 von 1.100 0,00 %	**0 von 1.092** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.142 (0,00 %)	**0 / 1.100** **(0,00 %)**	n. a.

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

Im Modul *CHOL* werden in den Erfassungsjahren 2023 und 2024 jeweils 16 Prüfkriterien zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.[1] Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 8 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 20 sind die im Auswertungsjahr 2025 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 20: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS CHE

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen		Vollzähligkeit der Daten	
			EJ 2023	EJ 2024	EJ 2023	EJ 2024
30	*Fehlende Datenlieferung*	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,65 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,18 %.

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegt nur ein Teildatensatz vor. Durch die fehlende aktuelle Lieferung wurden die Auffälligkeiten in PK30 „Fehlende Datenlieferung“ erzeugt. Hierdurch ist eine Beeinträchtigung von 5 (IDs 58000, 58002, 58003, 58004 und58005) der 7 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren möglich.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann. Aufgrund der relativ geringen Abweichungen wird keine Veränderung der Referenzwerte erwartet.

[1] Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe G-BA (2024).

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Verfahren *QS CHE* 29 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmeverfahren (n = 338) einem Anteil von 8,57 % entspricht. 257 Ergebnisse wurde als qualitativ unauffällig eingestuft.

Anteilig am häufigsten wurde zum Indikator „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen“ (100,00 %) und zum Indikator „Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ (87,10 %) ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) entfallen auf die Indikatoren zur Erhebung operationsbedingter Gallenwegskomplikationen (ID 58000), zu den weiteren postoperativen Komplikationen innerhalb eines Jahres (ID 58005) und zu den eingriffsspezifischen Infektionen innerhalb von 30 Tagen (ID 58002).

Eine Ergebniseinstufung als qualitativ auffällig im Indikator zu weiteren postoperativen Komplikationen innerhalb eines Jahres resultierte in einer Begehung, da in einem Fall der Bilirubin-Wert zum Zeitpunkt der Operation nicht vorlag. Die präoperative Bestimmung des Bilirubin-Wertes ist jedoch zwingend notwendig, andernfalls sollte nicht operiert werden. Das Krankenhaus erarbeitete eine Standard Operating Procedure (SOP), um eine Verbesserung der Qualitätsziele zu erreichen.

In 15 Fällen wurde über alle Indikatoren hinweg die Maßnahmenstufe 1 empfohlen bzw. initiiert. Dies beinhaltete die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien, da über die Indikatoren 58000 und 58005 Defizite im intra- und postoperativen Management festgestellt werden konnten. In einem weiteren Fall wurde die Indikationsstellung von der Fachkommission in Bezug auf die Komorbiditäten der Patientin oder des Patienten kritisch gesehen und als qualitativ auffällig bewertet. Der Leistungserbringer befindet sich seit dem Auswertungsjahr 2023 in der Maßnahmenstufe 1 und wurde daher gebeten, unterjährige Quartalsergebnisse und Epikrisen bei auffälligen Ergebnissen im Indikator 58006 vorzulegen. Die weiteren Auffälligkeiten sind auf Dokumentationsfehler zurückzuführen, wie bspw. die fehlende Vorlage von Epikrisen, die unzureichende Beachtung der Datenschutzvorgaben bei der Erstellung der Stellungnahme oder durch fehlende bzw. falsche Angaben. Diese mündeten in der Implementierung von Handlungsempfehlungen, Fortbildungen zur Vermeidung von spezifischen Dokumentationsfehlern und in einer Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität.

In der Gesamtheit wurden die meisten abweichenden Ergebnisse im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wie im Vorjahr als qualitativ unauffällig eingestuft. Mutmaßlich wird sich der Anteil der Leistungserbringer mit der Einstufung „qualitativ auffällig“ noch erhöhen, wenn künftig in der mandantenfähigen Datenbank (M-DB) auch Patientinnen und Patienten identifiziert

und im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden können, deren Komplikation in einer anderen Einrichtung versorgt wurde. In der M-DB, einem Webportal zur Unterstützung der LAG beim Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern, werden alle dafür relevanten Informationen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zusammengeführt. Die M-DB befindet sich allerdings weiterhin im Aufbau. Die hierüber fehlende Bereitstellung von einrichtungsübergreifenden Follow-up-Datensätzen (Sozialdaten bei den Krankenkassen) ließ daher unter Umständen nur eine eingeschränkte Bewertung für die Leistungserbringer des Indexeingriffes zu. Diese konnten im Stellungnahmeverfahren nur diejenigen Leistungen prüfen, die in der eigenen Einrichtung (am eigenen Standort) dokumentiert wurden. Wurde nach der Entlassung der Patientin oder des Patienten eine verfahrensrelevante Komplikation in einer anderen Einrichtung als derjenigen, die den Indexeingriff vorgenommen hatte, behandelt (Abbildung über Sozialdaten bei den Krankenkassen), erlangte die zur Stellungnahme verpflichtete Einrichtung hierüber keine Kenntnis. Demzufolge konnte für etwaige Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren gegebenenfalls nicht der gesamte Patientenverlauf betrachtet, geprüft und bewertet werden, was vermehrt zur Einstufung als qualitativ unauffällig führte. Erst mit dem diesjährigen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 (EJ 2024) können Daten unterschiedlicher Leistungserbringer für das Verfahren *QS CHE* einrichtungsübergreifend über die M-DB zusammengeführt werden. Die LAG erhalten dadurch unter bestimmten Voraussetzungen unterjährig oder während der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens den Zugriff auf fallbezogene Daten. Die Interpretation der Ergebnisse im Sinne eines Leistungserbringervergleichs kann für das Auswertungsjahr 2024 daher nur eingeschränkt vorgenommen werden, zumal die Indikatoren darüber hinaus teilweise noch nicht angemessen risikoadjustiert waren.

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE

	Auswertungsjahr 2023		**Auswertungsjahr 2024**	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7.788	-	7.611	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.788	100,00	7.611	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	433	5,56	407	5,35
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,23	2	0,49
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	432	100,00	405	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	432	100,00	405	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	123	28,47	67	16,54
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	309	71,53	338	83,46
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	309	100,00	337	99,70
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	0,97	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,32	1	0,30
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	233	53,94	257	63,46
Bewertung als qualitativ auffällig	31	7,18	29	7,16
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	32	7,41	32	7,90
Sonstiges	13	3,01	20	4,94
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	10	n. a.	15	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CHE

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
225	59	20	12	4	3

In Tabelle 22 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten treten gehäuft auf – so wiesen insgesamt 59 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 20 Leistungserbringern wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Bei den qualitativen Auffälligkeiten gab es 4 Leistungserbringer mit 2 qualitativen Auffälligkeiten und 3 Leistungserbringer mit sogar 3 oder mehr Auffälligkeiten. Im Vergleich zum Vorjahr ist aber ein Rückgang der Anzahl der Leistungserbringer

zu beobachten, die mehr als 3 qualitative Auffälligkeiten aufweisen (AJ 2023: 5). Die Anzahl Leistungserbringer mit 2 Auffälligkeiten hat sich hingegen von 2 auf 4 erhöht.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Verfahren *QS CHE* insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit geprüft.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852204) ermittelt (n = 7 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 1.100 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium; 0,63 %).

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 852202) festgestellt (n = 6 von 7).

Bei keinem Leistungserbringer wurde die Maßnahmenstufe 1 oder 2 empfohlen bzw. initiiert.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurden die qualitativ auffälligen Ergebnisse durch Softwareprobleme oder mit einer unvollständigen Datenlage durch fehlende Sozialdaten bei den Krankenkassen begründet.

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.438	100,00	3.328	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	13	0,38	11	0,33
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	13	100,00	11	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	6	46,15	2	18,18
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	7	53,85	9	81,82
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	100,00	9	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	7,69	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	5	38,46	6	54,55
Sonstiges	1	7,69	3	27,27
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	3	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CHE

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
11	0	0	6	0	0

4 Evaluation

Durch die LAG wurde angemerkt, dass in vielen Fällen die Komplikationsdiagnosen, die zur rechnerischen Auffälligkeit führten und zum Teil erst mehrere Wochen bis Monate nach der Cholezystektomie kodiert wurden, nicht unmittelbar auf die Cholezystektomie zurückgeführt werden könnten. Das läge zum einen daran, dass die auslösenden ICD-/OPS-Kodes häufig sehr unspezifisch seien und auch im Rahmen vieler anderer Eingriffe kodiert würden, die in keinem direkten Zusammenhang mit der Cholezystektomie stünden. Nach Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene besteht jedoch Konsens darin, dass aufgrund der geringen Fallzahlen und der geringen Mortalitätsrate eine zu spezifische Kodierung von ICD-/OPS-Kodes kaum zur Auslösung der relevanten und schwerwiegenden Fälle führen würde. Zum anderen käme es oftmals noch zu fälschlich ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten, da simultane Cholezystektomien nicht als solche korrekt dokumentiert werden würden. Um Dokumentationsaufwände zu reduzieren, sind Fehlkodierung zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund erscheint eine verstärkte Sensibilisierung der Leistungserbringer hinsichtlich der korrekten Dokumentation einer simultanen Cholezystektomie im Stellungnahmeverfahren über die LAG notwendig.

Darüber hinaus führten die LAG wiederholt an, dass die vom IQTIG übermittelten auffälligen Vorgangsnummern den Leistungserbringern lediglich ermöglichten, auf Komplikationen einzugehen, die von ihnen selbst behandelt wurden. Bei der Behandlung von aufgetretenen Komplikationen in anderen Einrichtungen stünden dem Leistungserbringer, der den Indexeingriff durchgeführt hat, keine weiteren Informationen zu diesen Fällen im Stellungnahmeverfahren zur Verfügung. Auch führten die fehlenden Informationen zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren dazu, dass die Auffälligkeiten teilweise nicht nachvollzogen werden konnten und somit keine Abbildung der Kausalität bzw. der Zuschreibbarkeit möglich wäre. Für die folgenden Stellungnahmeverfahren sollten diese Umsetzungsschwierigkeiten jedoch behoben sein, da ab dem Auswertungsjahr 2025 für alle Indikatoren die zusammengeführten Daten aller betreffenden Einrichtungen über die M-DB abgerufen werden können. Dennoch wird seitens der LAG betont, dass die Bereitstellung von Daten in der M-DB noch zielgenauer erfolgen sollte (Eingrenzung auf die relevanten Zeiträume und auslösenden OPS- bzw. ICD-Kodes). Zudem wäre es aus ihrer Sicht wünschenswert, wenn diese Informationen den Leistungserbringern auch direkt mit den Rückmeldeberichten zur Verfügung gestellt werden könnten. Zum momentanen Zeitpunkt ergäbe sich zwar ein niedrigerer Dokumentationsaufwand durch die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, die Stellungnahmeverfahren seien hingegen aber oftmals sehr aufwendig und zeitintensiv. Um zu klären, welche Kausalität zugrunde liegt, sind die Einschätzungen und Bewertungen aus den zukünftigen Stellungnahmeverfahren essenziell. Anhand dieser muss geprüft werden, ob und inwieweit Ausschlüsse inhaltlich definiert und praktisch umgesetzt werden können. Ebenso könnten die jeweiligen Rückmeldungen weitere inhaltliche Anpassungsbedarfe sowie neue Qualitätsaspekte für das QS-Verfahren aufzeigen.

Seitens des Expertengremiums auf Bundesebene wird kritisch gesehen, dass im Verfahren *QS CHE* bisher nur der stationäre Sektor in die Qualitätssicherung einbezogen wird, da ein immer größerer Anteil viszeralchirurgischer Eingriffe, darunter auch die Cholezystektomie, ambulant durchgeführt werde. Der ambulante Bereich sollte demnach ebenfalls im Verfahren *QS CHE* Berücksichtigung finden, damit Patientinnen und Patienten eine sichere Aussage über eine gute Qualität der Versorgung insgesamt treffen können.

In der Gesamtheit kann die Wirksamkeit des Verfahrens momentan nur eingeschränkt beurteilt werden, da es sich weiterhin im Aufbau befindet. Die bisherigen Verfahrensergebnisse lassen jedoch einen positiven Zukunftstrend im Hinblick auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Cholezystektomie erwarten.

Grundsätzlich werden im Verfahren *QS CHE* gemäß DeQS-RL die qualitätsrelevanten Aspekte in den Bereichen von Komplikationen und unerwünschten Ereignissen, erneuten Eingriffen aufgrund von Komplikationen und dem Überleben der Patientinnen und Patienten nach einer Gallenblasenentfernung gemessen, dargestellt und bewertet. Die 7 Indikatoren des Verfahrens adressieren insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Ziele des Verfahrens:

- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Ab 2025 werden Hernien- und Galleneingriffe über den Hybrid-DRG-Katalog abgebildet, somit sei laut dem Expertengremium auf Bundesebene zu erwarten, dass die Anzahl ambulant durchgeführter Cholezystektomien weiterhin steigen wird, bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl stationär durchgeführter Operationen. Wird der ambulante Bereich zukünftig im Verfahren *QS CHE* für die externe Qualitätssicherung berücksichtigt, muss sichergestellt werden, dass dabei Patientenfälle nicht doppelt erfasst würden. Momentan gebe es vor allem in den niedergelassenen Praxen noch sehr heterogene IT-Systeme, die zu einem einheitlichen Erfassungssystem harmonisiert werden müssten, um die Daten für die externe Qualitätssicherung nutzen zu können.

5 Ausblick

Mit dem Auswertungsjahr 2025 konnte eine angemessene Risikoadjustierung für alle Indikatoren umgesetzt werden. Um die Risikoadjustierung noch weiter zu verbessern, sollten zukünftig auch Informationen aus dem Zeitraum vor dem Indexaufenthalt berücksichtigt werden. Ziel ist es herauszufiltern, ob es Krankheitsbilder gibt, die vermehrt mit Gallenwegserkrankungen auftreten, und in diesem Zusammenhang zu unterscheiden ist, ob es sich um eine Komplikation oder einen potenziellen Risikofaktor handelt.

Das Verfahren *QS CHE* befindet sich weiterhin im Aufbau. Die praktische Umsetzung in Form eines Stellungnahmeverfahrens und weiterer qualitätssichernder Maßnahmen durch die Fachkommissionen auf Landesebene konnte noch nicht vollständig durchgeführt werden. Erst mit dem kommenden Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 können Daten unterschiedlicher Leistungserbringer vollständig für das Verfahren *QS CHE* einrichtungsübergreifend über die M-DB zusammengeführt und zur Klärung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse herangezogen werden.

Zukünftig soll für das Verfahren die Darstellung und Bewertung von ambulant erbrachten Indexeingriffen sowie eine direkte Abbildung der Indikationsstellung geprüft werden.

Darüber hinaus beauftragte der G-BA das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS CHE*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Im Ergebnis seiner Überprüfung empfiehlt das IQTIG, sämtliche Qualitätsindikatoren des Verfahrens weiterzuführen. Um die Validität der Messung im Indikator zu operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000) zu erhöhen, wird empfohlen, den Follow-up-Zeitraum auf 90 Tage zu erweitern. Eine quantitative Auswertung des IQTIG zeigte, dass auch nach 30 Tagen bis zu einem Jahr Gallenwegskomplikationen in regelmäßigen Schwankungen auftreten. Durch die Erweiterung des Follow-up-Zeitraums auf 90 Tage werden qualitätsrelevante Gallenwegskomplikationen umfassender betrachtet und die Validität der Messung insofern verbessert, als der Zeitraum zur Erfassung aller qualitätsrelevanten Ereignisse als angemessen gelten kann. In diesem Zusammenhang wird für die Indikatoren 58002, 58004 und 58005 auch angeraten, die bestehenden Diagnosekodes zu erweitern.

Literatur

de'Angelis, N; Catena, F; Memeo, R; Coccolini, F; Martínez-Pérez, A; Romeo, OM; et al. (2021): 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. *World Journal of Emergency Surgery* 16: 30. DOI: 10.1186/s13017-021-00369-w.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung ab 2024 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf (abgerufen am: 09.07.2025).

Gutt, C; Jenssen, C; Barreiros, AP; Gotze, TO; Stokes, CS; Jansen, PL; et al. (2018): AWMF-Registernummer 021-008. Aktualisierte S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen [*Langfassung*]. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 56(8): 912-966. DOI: 10.1055/a-0644-2972. [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

Hall, CM; Jupiter, DC; Regner, JL (2016): Newly diagnosed and decompensated congestive heart failure is associated with increased rates of pneumonia, reintubation, and death following laparoscopic cholecystectomy: A NSQIP database review of 143,761 patients. *International Journal of Surgery* 35: 209-213. DOI: 10.1016/j.ijsu.2016.10.005.

Skovbo Jensen, SA-M; Fonnes, S; Gram-Hanssen, A; Andresen, K; Rosenberg, J (2021): Low long-term incidence of incisional hernia after cholecystectomy: A systematic review with meta-analysis. *Surgery* 169(6): 1268-1277. DOI: 10.1016/j.surg.2020.12.027.

Khan, Z; Ma, K (2020): Complications of laparoscopic surgery. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 30(11): 342-346. DOI: 10.1016/j.ogrm.2020.09.003.

Palsson, SH; Engstrom, C; Enochsson, L; Osterlund, E; Sandblom, G (2020): Risk factors for postoperative myocardial infarct following cholecystectomy: a population-based study. *HPB* 22(1): 34-40. DOI: 10.1016/j.hpb.2019.06.018.

Schreuder, AM; Busch, OR; Besselink, MG; Ignatavicius, P; Gulbinas, A; Barauskas, G; et al. (2020): Long-Term Impact of Iatrogenic Bile Duct Injury. *Digestive Surgery* 37(1): 10-21. DOI: 10.1159/000496432.

Serban, D; Socea, B; Balasescu, SA; Badiu, CD; Tudor, C; Dascalu, AM; et al. (2021): Safety of Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in the Elderly: A Multivariate Analysis of Risk Factors for Intra and Postoperative Complications. *Medicina* 57(3): 230. DOI: 10.3390/medicina57030230.

Teng, Y-H; Liu, F-C; Liu, K-H; Lin, J-R; Yu, H-P (2021): Incidence, Patient-Related Risk Factors, and Outcomes of Postoperative Pneumonia after Cholecystectomy: A Population-Based Cohort Study. *BioMed Research International* 2021, Article ID 6614885. DOI: 10.1155/2021/6614885.

Wong, GYM; Wadhawan, H; Roth Cardoso, V; Bravo Merodio, L; Rajeev, Y; Maldonado, RD; et al. (2024): 30-day Morbidity and Mortality after Cholecystectomy for Benign Gallbladder Disease (AMBROSE): A Prospective, International Collaborative Cohort Study. *Ann Surg* 281(2): 312-321. DOI: 10.1097/sla.0000000000006236.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

CHE: Cholezystektomie

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Cholezystektomie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025

Abgabe 15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 11

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 12

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 13

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 14

58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen 14

Details zu den Ergebnissen 18

58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen 19

Details zu den Ergebnissen 24

58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen 25

Details zu den Ergebnissen 29

58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen 30

Details zu den Ergebnissen 34

58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 35

Details zu den Ergebnissen 39

58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres 40

Details zu den Ergebnissen 44

58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen 45

Details zu den Ergebnissen 49

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 50

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 50

852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 50

852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 52

852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 54

Basisauswertung ... 56
QS Dokumentation ... 56
Erfassungsjahr 2024 ... 56
Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 56
Aufnahme und Entlassung ... 57
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 57
Patientin und Patient ... 58
Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes ... 59
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 61
Entlassung ... 63
Erfassungsjahr 2023 ... 64
Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes ... 64
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 65
Sozialdaten ... 66
Erfassungsjahr 2024 ... 66
30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024 ... 66
Diagnosen gemäß ICD-10-GM ... 66
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 68
Erfassungsjahr 2023 ... 69
Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 69
Mortalität ... 70
Folgeaufenthalte ... 70
90 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2023 ... 70
Diagnosen gemäß ICD-10-GM ... 71
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 71
365 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2023 ... 71
Diagnosen gemäß ICD-10-GM ... 72
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 72

Einleitung

Der vorliegende Rückmeldebericht beinhaltet die Ergebnisse für das QS-Verfahren Cholezystektomie (QS CHE).

Bei den Verfahren und Prozessen der medizinischen Qualitätssicherung stehen die Interessen der Patientinnen und Patienten im Vordergrund, mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) das QS-Verfahren Cholezystektomie als drittes Verfahren aufgenommen und in den dazugehörigen Themenspezifischen Bestimmungen als länderbezogenes Verfahren zur Beurteilung von stationär erbrachten Cholezystektomien (Indexeingriffe) bestimmt.

Das QS-Verfahren Cholezystektomie soll sicherstellen, dass möglichst alle Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung mit gerechtfertigter Indikationsstellung und unter Einhaltung der medizinischen Standards erhalten. Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

In Deutschland werden jährlich rund 175.000 Cholezystektomien durchgeführt, wobei in ca. 90 % aller Fälle die laparoskopische Cholezystektomie zum Einsatz kommt. Bei der operativen Versorgung eines Gallensteinleidens können vereinzelt schwerwiegende Komplikationen, wie zum Beispiel Verletzungen der Gallenwege oder der Blutgefäße, auftreten. Die Häufigkeit solcher Ereignisse wird im Rahmen des QS-Verfahren Cholezystektomie betrachtet und analysiert.

Die Qualitätsindikatoren des Verfahrens Cholezystektomie beziehen sich entsprechend auf operationsbedingte Gallenwegskomplikationen, wie intraoperative Verletzungen, Durchtrennung oder Verschluss des Ductus hepatocholedochus und auf eingriffsspezifische Infektionen sowie interventionsbedürftige Blutungen. Zusätzlich werden weitere allgemeine postoperative Komplikationen (nach 30 bzw. 365 Tagen) sowie Reinterventionen und die Sterblichkeit nach 90 Tagen betrachtet.

Alle sieben Qualitätsindikatoren basieren auf Informationen aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und ziehen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen für die Berechnung heran.
Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden

Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert (hier: Abrechnung einer Cholezystektomie in einem definierten Zeitraum). In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG, zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten, pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die QI-Berechnung aktuell nicht ausgewertet bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatendatensätzen berichtet. Im Verfahren QS CHE enthält ein Berichtsjahr immer Auswertungen von zwei Indexjahren:
- für Qualitätsindikatoren mit Follow-up-Intervallen von 90 und 365 Tagen (QI-ID 58001, 58005, 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff
- für Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up bis zu 30 Tagen (QI-ID 58000, 58002, 58003, 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CHE finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-che/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird zusätzlich auf IKNR- und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das QS-Verfahren Cholezystektomie erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	164.486 164.446 40	163.441	100,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.062		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.102	1.092	100,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	939	930	100,97

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	159.225 159.187 38	157.642	101,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.071		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.112	1.098	101,28
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	943	932	101,18

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024 bzw. 2023 auf Ebene des Leistungserbringers dar. Die nachfolgenden Tabellen stellen die Verknüpfungsraten mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID) mit den für die Indexeingriffe des Erfassungsjahres 2024 bzw. 2023 gelieferten QS-Daten auf. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die Indikatorberechnung aktuell nicht ausgewertet bzw. berücksichtigt werden.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	164.446	96,69 N = 158.995

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	159.187	98,43 N = 156.685

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von mehreren Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Sogenannte Follow-up-Indikatoren, sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das Verfahren CHE bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt:
• nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024 sowie
• nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2023

- Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CHE finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-che/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,15 (95. Perzentil)	0,95 O/E = 1.202 / 1.263,87 N = 158.995
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,24 (95. Perzentil)	1,06 O/E = 4.245 / 4.011,46 N = 158.995
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,26 (95. Perzentil)	0,92 O/E = 1.959 / 2.137,38 N = 158.995
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,24 (95. Perzentil)	1,02 O/E = 2.330 / 2.279,55 N = 158.995

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 1,30 (95. Perzentil)	1,00 O/E = 6.637 / 6.637,00 N = 156.685
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 1,11 (95. Perzentil)	1,00 O/E = 4.484 / 4.484,00 N = 156.685
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 1,05 (95. Perzentil)	1,00 O/E = 2.838 / 2.833,57 N = 156.685

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft. Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden. Im Verfahren QS CHE gibt es keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, jedoch drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,64 % 164.486 / 163.441	0,82 % 9 / 1.092
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,64 % 164.486 / 163.441	0,46 % 5 / 1.092
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,02 % 40 / 163.441	0,00 % 0 / 1.092

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenige operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58000
Referenzbereich	≤ 1,15 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Cholezystitis oder Cholangitis Gallenwegsobstruktion Alter (linear zwischen 20 und 80) Begleiterkrankung: Hypertonie Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Metastasierende Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Polyneuropathie Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Drogenabusus Begleiterkrankung: Depressionen Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Begleiterkrankung: Niereninsuffizienz
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

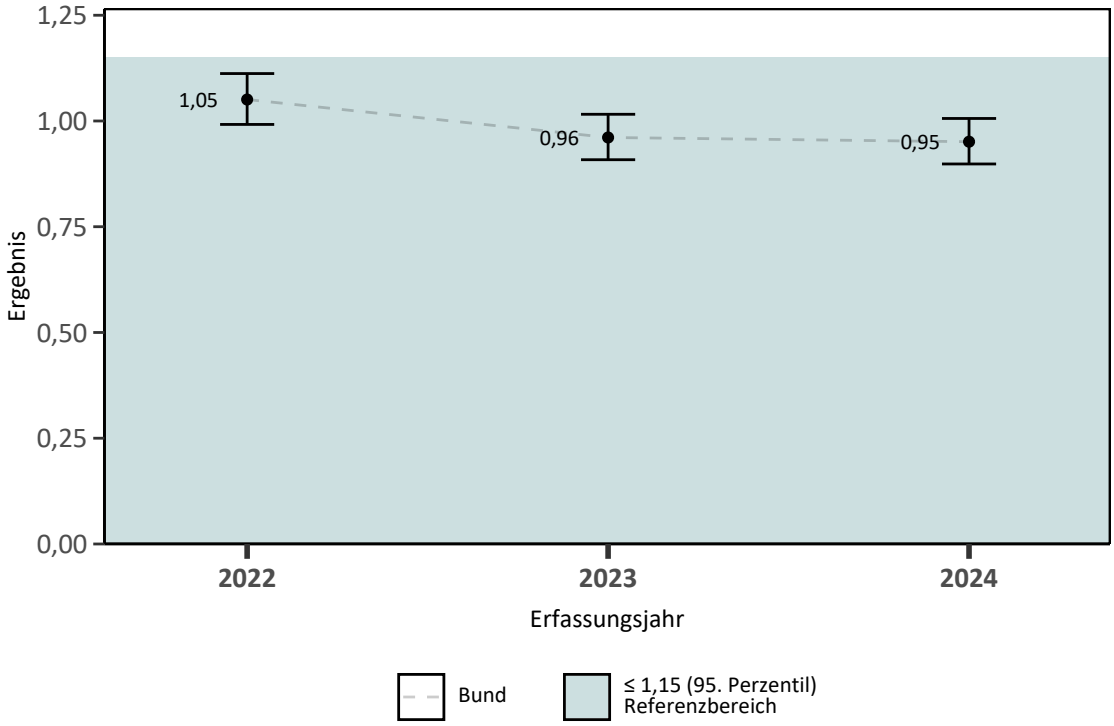
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	149.314	1.172 / 1.115,45	1,05	0,99 - 1,11
	2023	158.548	1.230 / 1.279,88	0,96	0,91 - 1,02
	2024	158.995	1.202 / 1.263,87	0,95	0,90 - 1,01

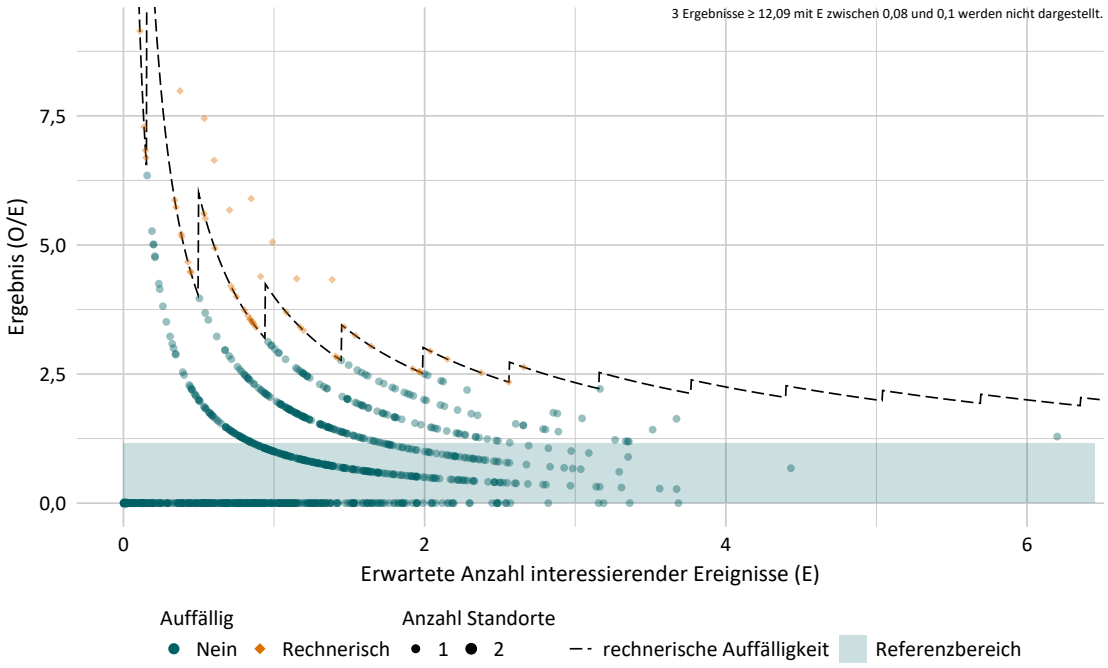
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



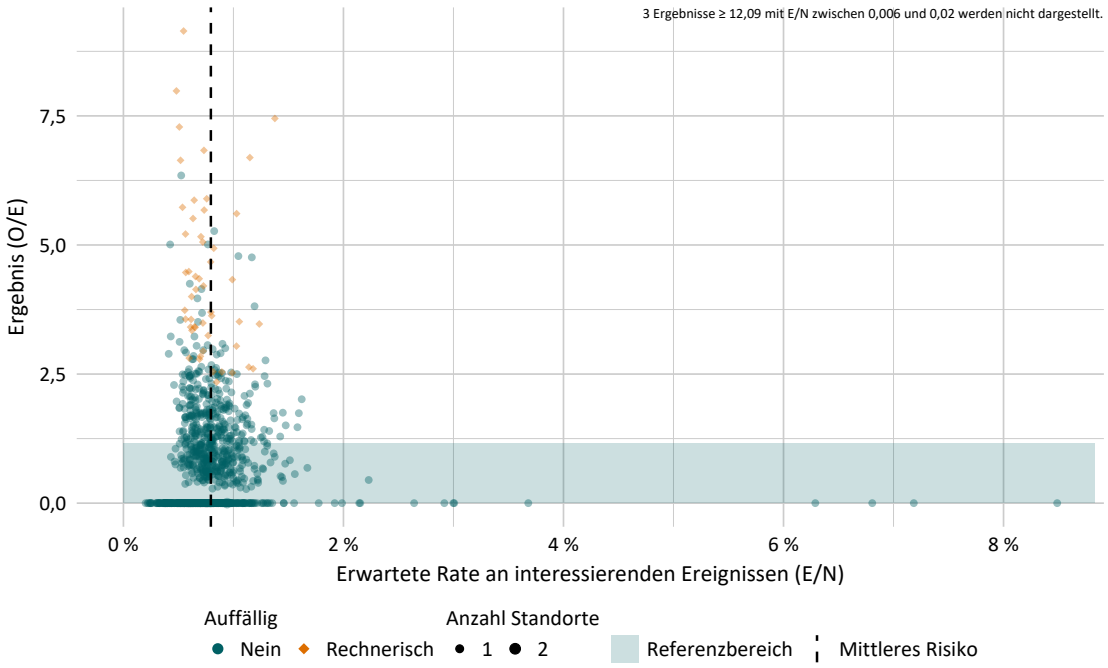
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.062	53	0,00	23,72	0,66

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.1.1	ID: O_58000 O/N (observed, beobachtet)	0,76 % 1.202/158.995
1.1.1.2	ID: E_58000 E/N (expected, erwartet)	0,79 % 1.263,87/158.995
1.1.1.3	**ID: 58000** **O/E**	0,95
1.1.2	ID: 58_22000 Operationsbedingte Gallenwegskomplikation[2]	0,76 % 1.202/158.995
1.1.2.1	ID: 58_22028 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	1,16 % 673/57.861
1.1.2.2	ID: 58_22001 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	1,78 % 94/5.284
1.1.2.3	ID: 58_22002 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,58 % 612/105.535
1.1.2.4	ID: 58_22003 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	2,91 % 677/23.235

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[2] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie intra- oder postoperativ innerhalb von 30 Tagen
O (observed)	Beobachtete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58004
Referenzbereich	≤ 1,24 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Cholezystitis oder Cholangitis Alter (linear zwischen 40 und 100) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear bis 28) BMI (linear ab 28) Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Bösartige solide Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Lymphome Begleiterkrankung: Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Polyneuropathie Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Diabetes, mit Komplikationen Begleiterkrankung: Diabetes, ohne Komplikationen Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Demenz Begleiterkrankung: Alkoholabusus Begleiterkrankung: Drogenabusus Begleiterkrankung: Psychosen Begleiterkrankung: Depressionen Begleiterkrankung: andere neurologische Erkrankungen Begleiterkrankung: Paralysen Begleiterkrankung: Herzklappenerkrankung Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Chronische Lungenerkrankungen Begleiterkrankung: ARDS Begleiterkrankung: Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen Begleiterkrankung: Hämodialyse
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

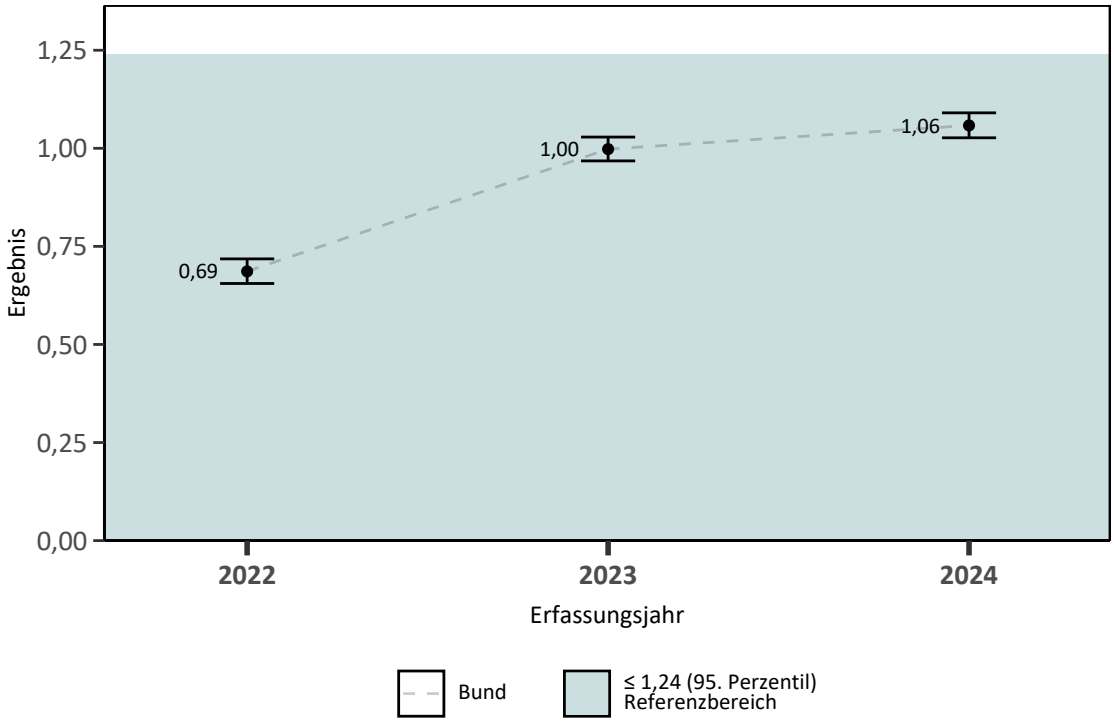
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	149.314	1.841 / 2.682,77	0,69	0,66 - 0,72
	2023	158.548	4.160 / 4.168,68	1,00	0,97 - 1,03
	2024	158.995	4.245 / 4.011,46	1,06	1,03 - 1,09

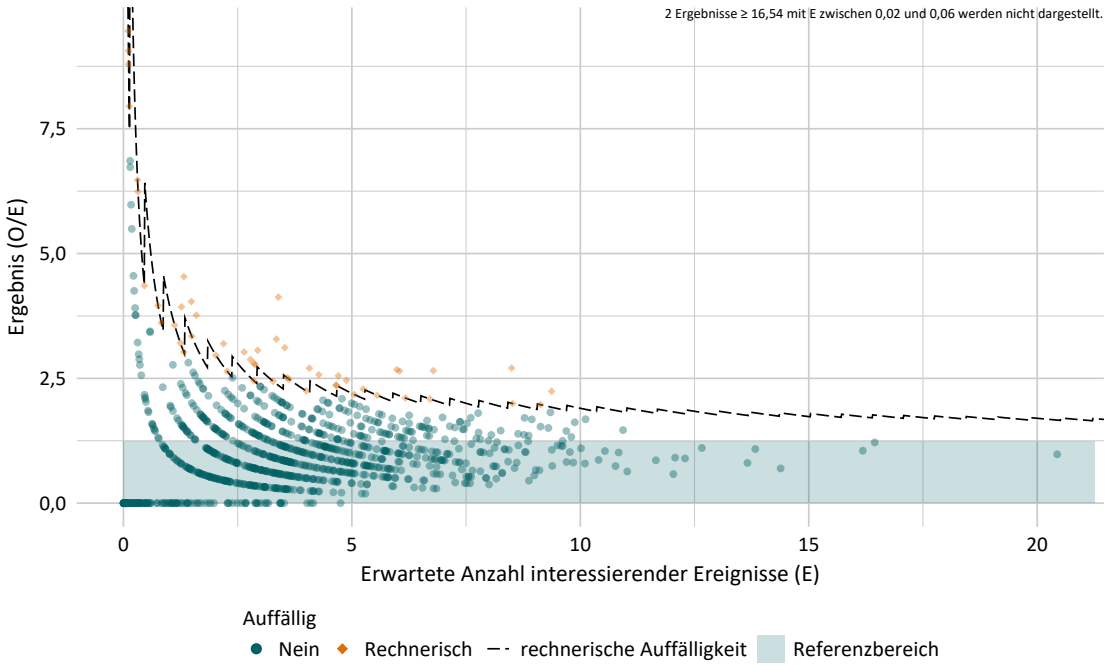
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



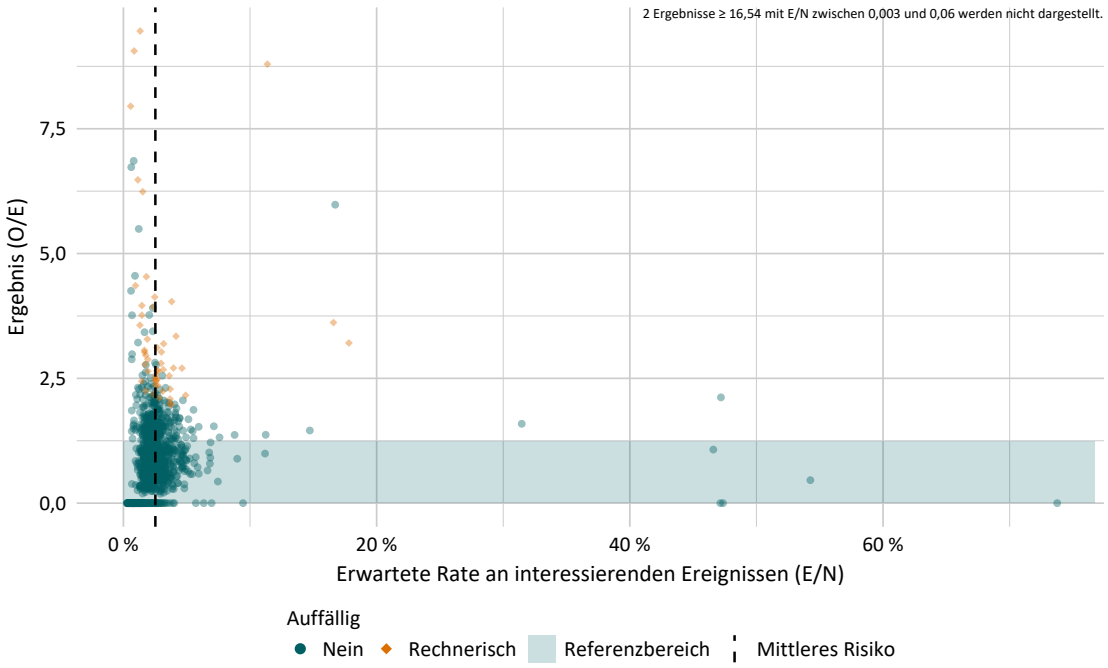
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.062	53	0,00	62,84	0,93

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
2.1.1.1	ID: O_58004 O/N (observed, beobachtet)	2,67 % 4.245/158.995
2.1.1.2	ID: E_58004 E/N (expected, erwartet)	2,52 % 4.011,46/158.995
2.1.1.3	**ID: 58004** **O/E**	1,06
2.1.2	ID: 58_22004 Weitere postoperative Komplikationen[4]	2,67 % 4.245/158.995
2.1.2.1	ID: 58_22029 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	5,06 % 2.930/57.861
2.1.2.2	ID: 58_22005 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	4,45 % 235/5.284
2.1.2.3	ID: 58_22006 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	1,37 % 1.447/105.535
2.1.2.4	ID: 58_22007 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	5,42 % 1.259/23.235

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[4] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig eingriffsspezifische Infektionen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58002
Referenzbereich	≤ 1,26 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Cholezystitis oder Cholangitis Gallenwegsobstruktion Alter (linear zwischen 40 und 70) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear bis 28) BMI (linear ab 28) Begleiterkrankung: Hypertonie Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Diabetes, ohne Komplikationen Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Psychosen Begleiterkrankung: Paralysen Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Niereninsuffizienz Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

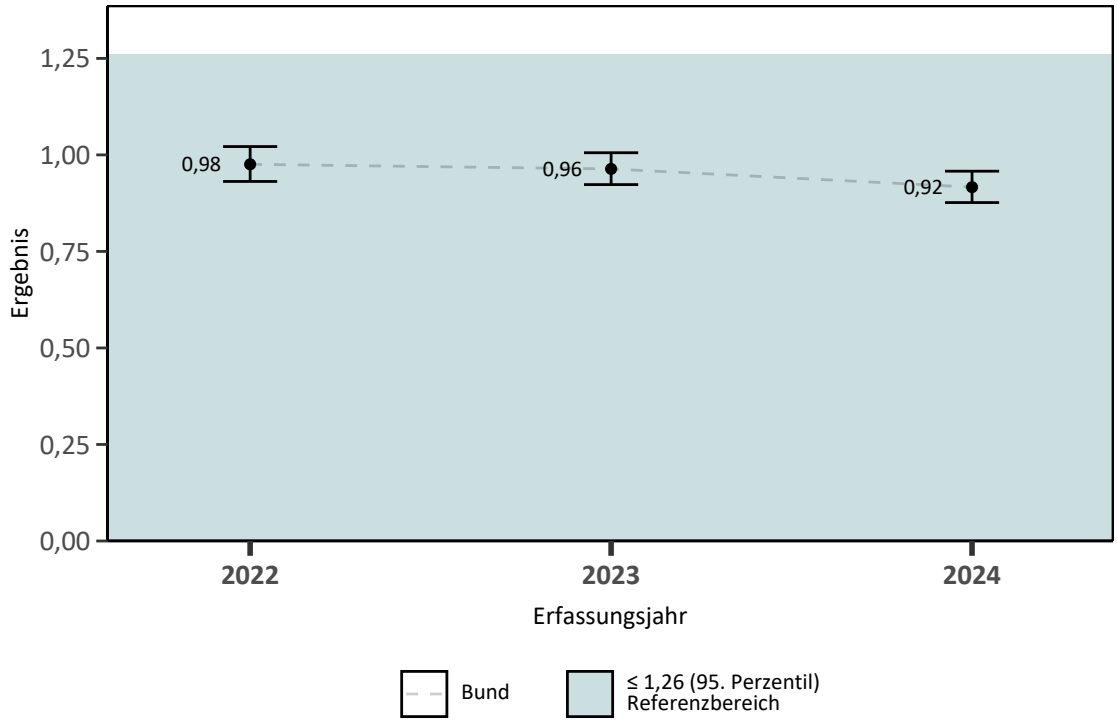
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	149.314	1.791 / 1.835,71	0,98	0,93 - 1,02
	2023	158.548	2.096 / 2.174,86	0,96	0,92 - 1,01
	2024	158.995	1.959 / 2.137,38	0,92	0,88 - 0,96

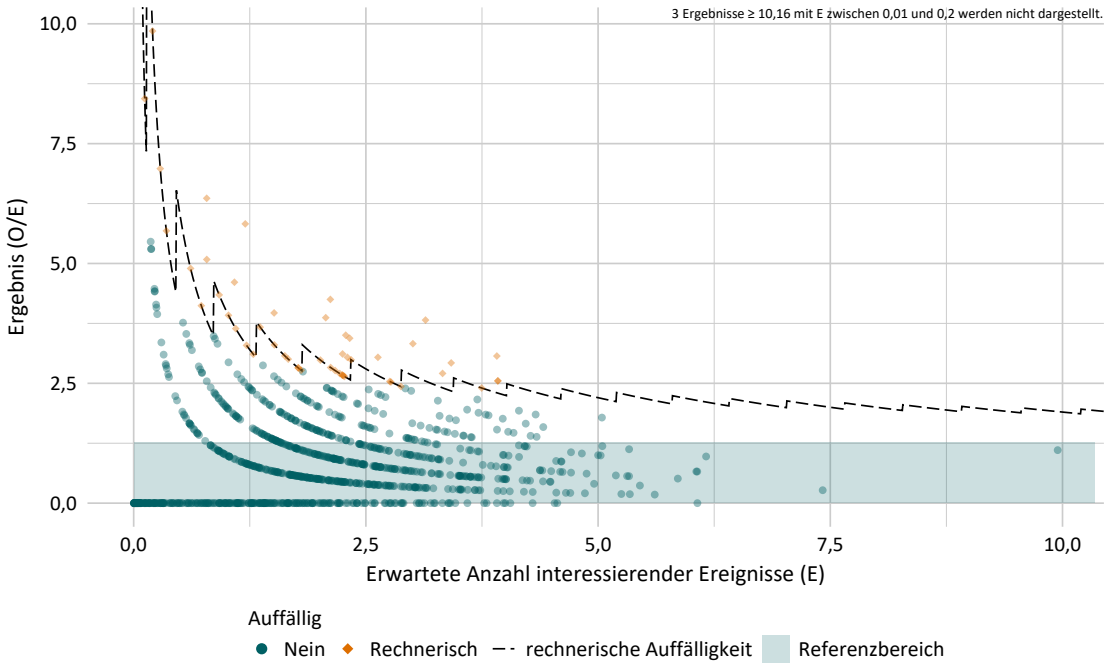
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



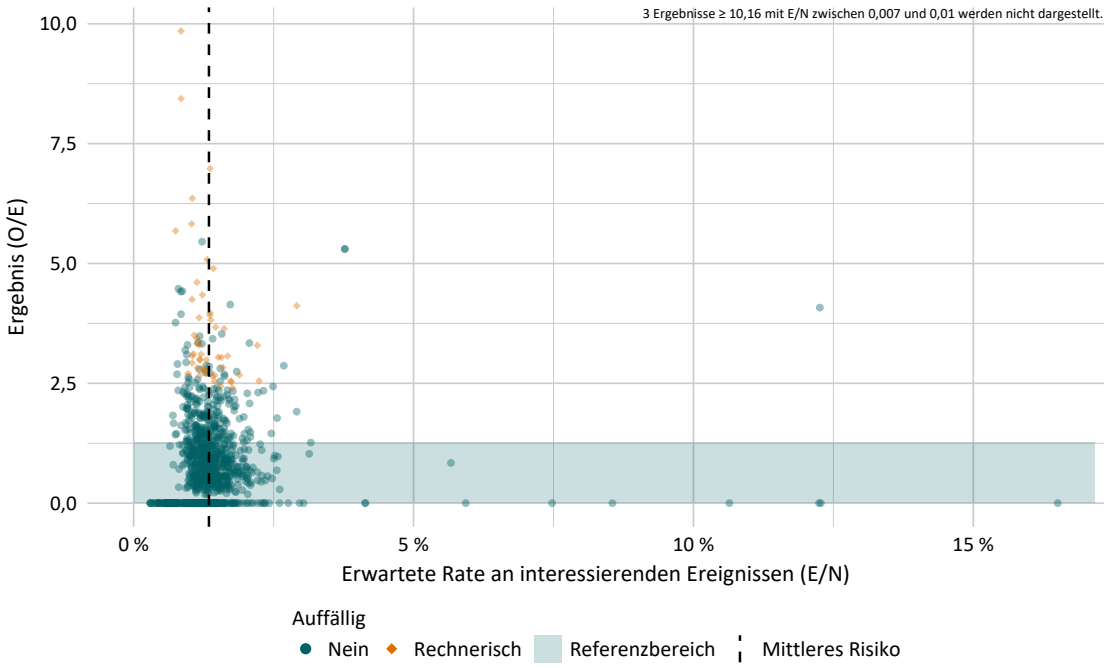
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.062	53	0,00	67,52	0,70

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[5]	
3.1.1.1	ID: O_58002 O/N (observed, beobachtet)	1,23 % 1.959/158.995
3.1.1.2	ID: E_58002 E/N (expected, erwartet)	1,34 % 2.137,38/158.995
3.1.1.3	**ID: 58002** **O/E**	0,92
3.1.2	ID: 58_22008 Eingriffsspezifische Infektionen[6]	1,23 % 1.959/158.995
3.1.2.1	ID: 58_22030 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	1,95 % 1.126/57.861
3.1.2.2	ID: 58_22009 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	1,87 % 99/5.284
3.1.2.3	ID: 58_22010 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,85 % 896/105.535
3.1.2.4	ID: 58_22011 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	2,82 % 655/23.235

[5] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[6] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig postoperative interventionsbedürftige Blutungen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativen interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58003
Referenzbereich	≤ 1,24 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Cholezystitis oder Cholangitis Alter (linear zwischen 55 und 80) Alter (linear zwischen 20 und 55) Alter (quadratisch zwischen 20 und 55) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear bis 28) Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Bösartige solide Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Metastasierende Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Lymphome Begleiterkrankung: Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Polyneuropathie Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Diabetes, mit Komplikationen Begleiterkrankung: Diabetes, ohne Komplikationen Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Alkoholabusus Begleiterkrankung: Depressionen Begleiterkrankung: andere neurologische Erkrankungen Begleiterkrankung: Paralysen Begleiterkrankung: Herzklappenerkrankung Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Chronische Lungenerkrankungen Begleiterkrankung: ARDS Begleiterkrankung: Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Begleiterkrankung: Niereninsuffizienz Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen

Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

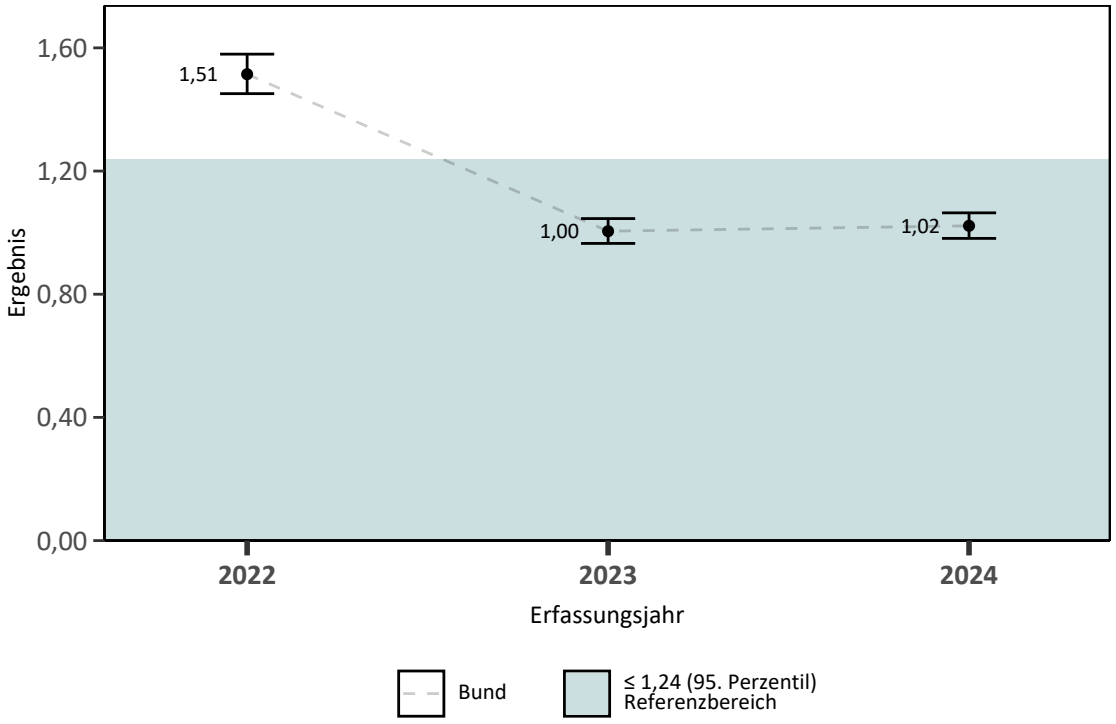
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	149.314	2.143 / 1.415,02	1,51	1,45 - 1,58
	2023	158.548	2.376 / 2.364,89	1,00	0,96 - 1,05
	2024	158.995	2.330 / 2.279,55	1,02	0,98 - 1,06

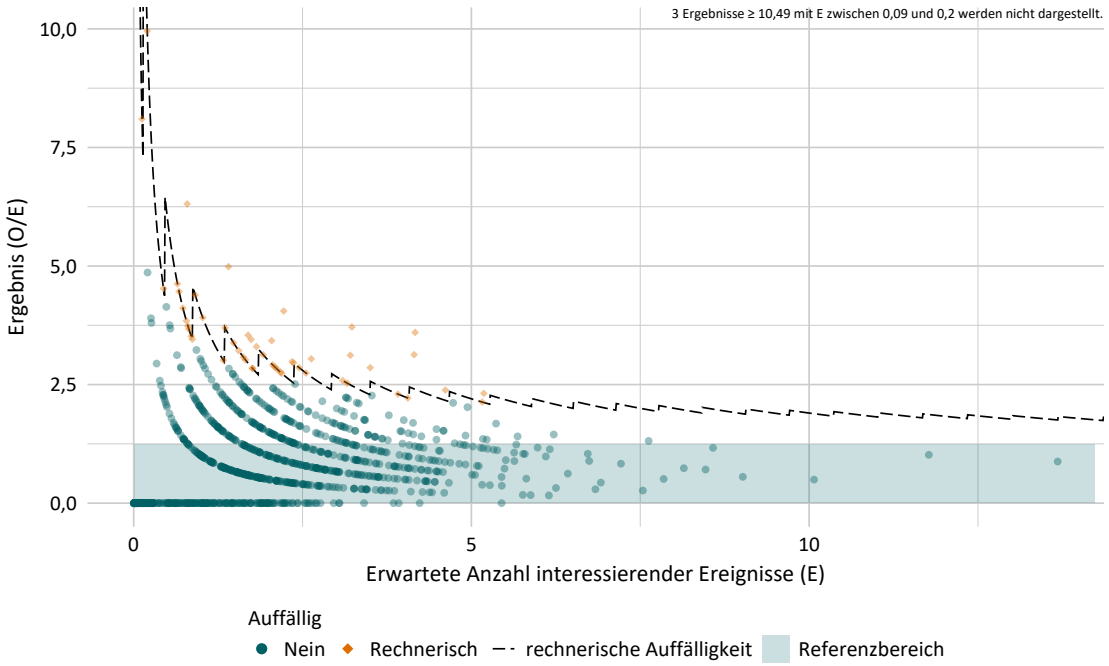
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



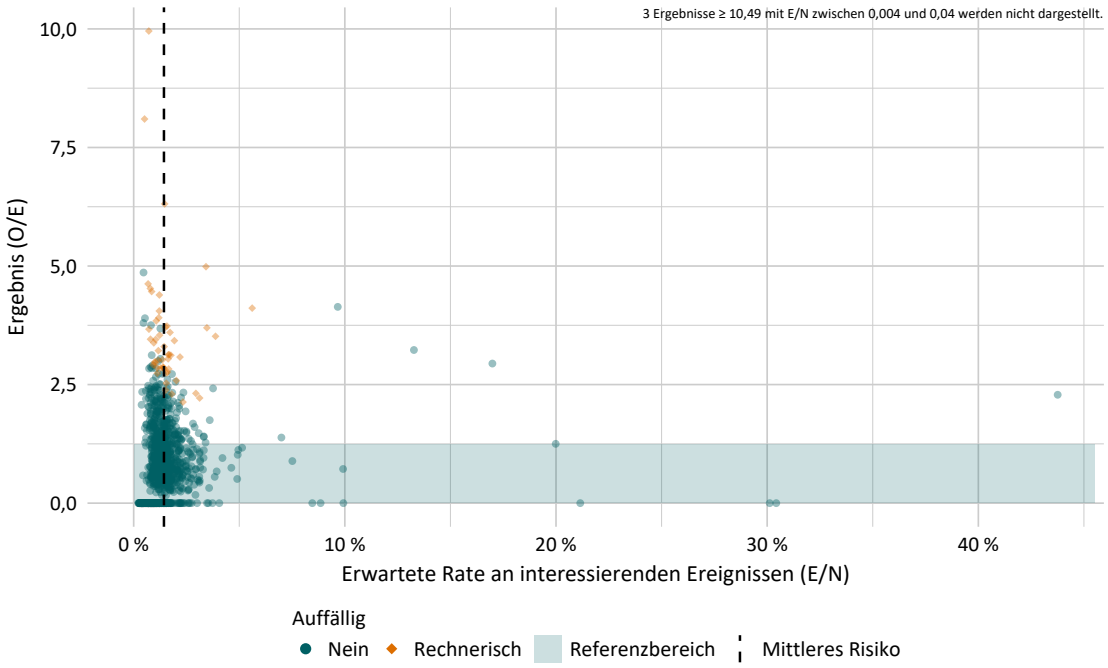
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.062	54	0,00	21,09	0,81

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[7]	
4.1.1.1	ID: O_58003 O/N (observed, beobachtet)	1,47 % 2.330/158.995
4.1.1.2	ID: E_58003 E/N (expected, erwartet)	1,43 % 2.279,55/158.995
4.1.1.3	**ID: 58003** **O/E**	1,02
4.1.2	ID: 58_22012 Interventionsbedürftige Blutungen[8]	1,47 % 2.330/158.995
4.1.2.1	ID: 58_22031 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	2,78 % 1.608/57.861
4.1.2.2	ID: 58_22013 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	2,25 % 119/5.284
4.1.2.3	ID: 58_22014 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,78 % 824/105.535
4.1.2.4	ID: 58_22015 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	3,40 % 790/23.235

[7] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[8] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Reintervention aufgrund von postoperativen Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58001
Referenzbereich	≤ 1,30 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Cholezystitis oder Cholangitis Alter (linear zwischen 40 und 70) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear bis 28) BMI (linear ab 28) Begleiterkrankung: Adipositas Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: ARDS Begleiterkrankung: Bösartige solide Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Depressionen Begleiterkrankung: Diabetes, ohne Komplikationen Begleiterkrankung: Drogenabusus Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Lymphome Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen Begleiterkrankung: Diabetes, mit Komplikationen
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

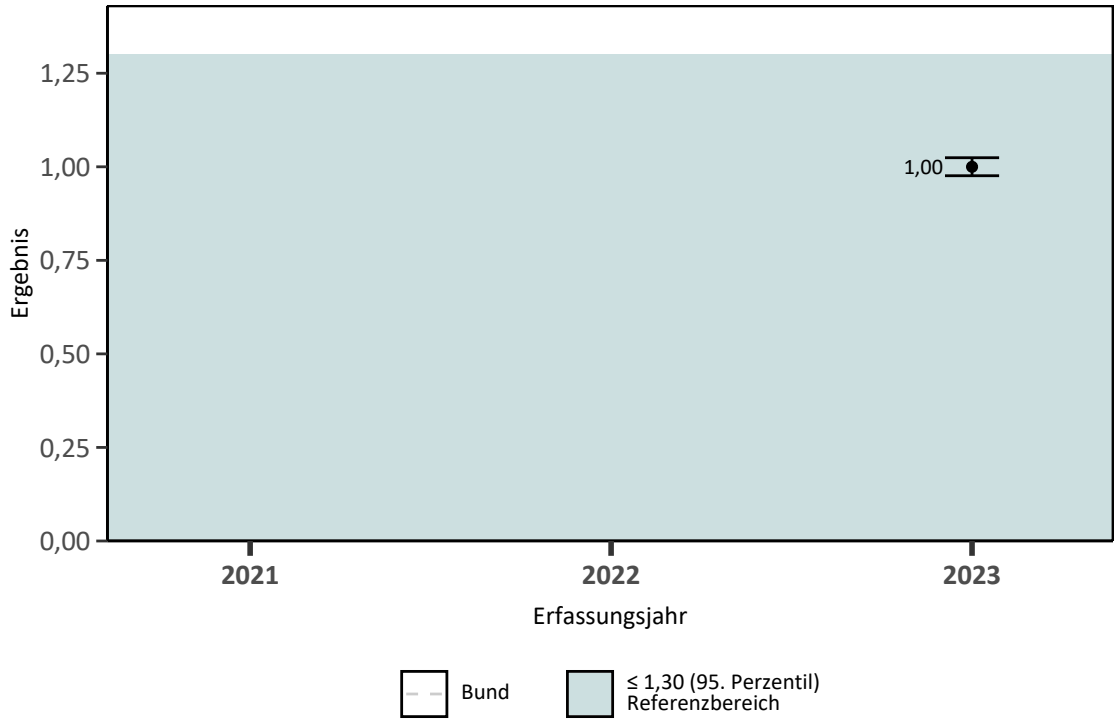
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2021	-	- / -	-	-
	2022	-	- / -	-	-
	2023	156.685	6.637 / 6.637,00	1,00	0,98 - 1,02

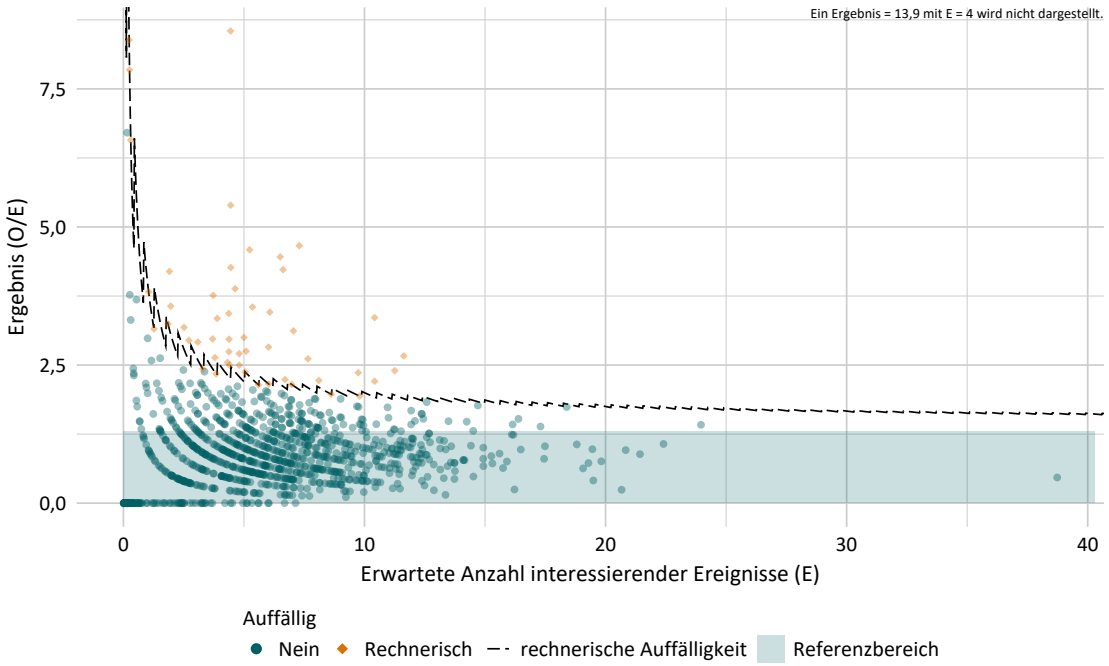
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



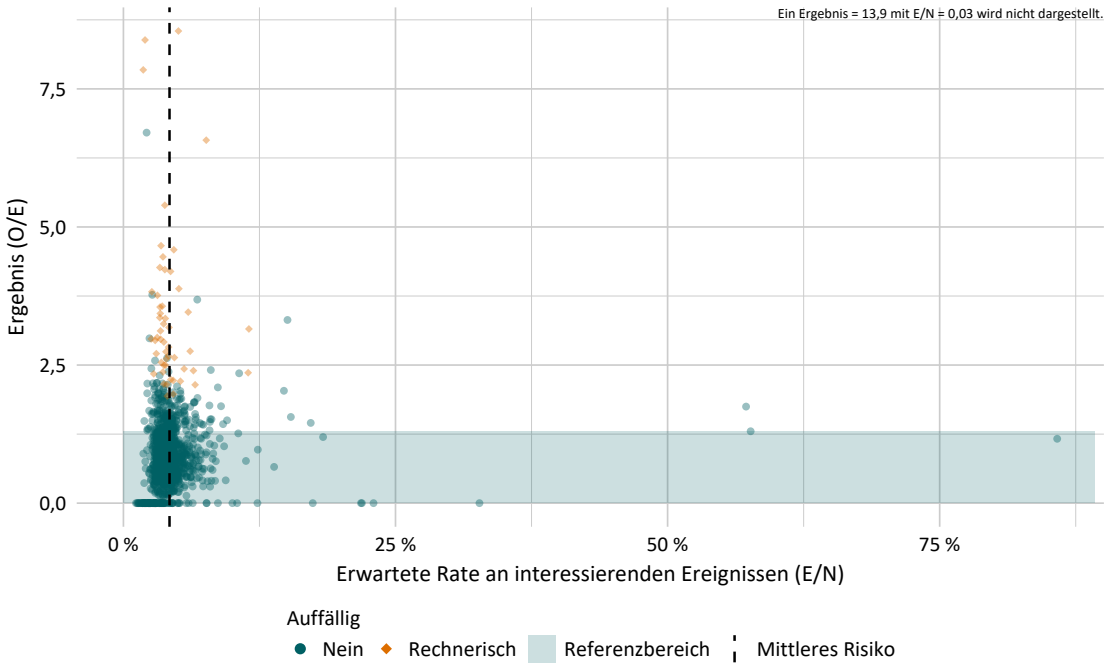
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	1.071	53	0,00	13,90	0,88

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Reintervention aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	
5.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[9]	
5.1.1.1	ID: O_58001 O/N (observed, beobachtet)	4,24 % 6.637/156.685
5.1.1.2	ID: E_58001 E/N (expected, erwartet)	4,24 % 6.637,00/156.685
5.1.1.3	**ID: 58001** **O/E**	1,00
5.1.2	ID: 58_22016 Reinterventionen aufgrund von Komplikationen[10]	4,24 % 6.637/156.685
5.1.2.1	ID: 58_22032 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	6,41 % 3.681/57.406
5.1.2.2	ID: 58_22017 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	5,26 % 283/5.385
5.1.2.3	ID: 58_22018 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	2,94 % 3.001/102.011
5.1.2.4	ID: 58_22019 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	8,96 % 2.142/23.915

[9] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[10] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie postoperativ innerhalb von 365 Tagen
O (observed)	Beobachtete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb 365 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb 365 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58005
Referenzbereich	≤ 1,11 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. Gallenwegsobstruktion Alter (linear zwischen 20 und 70) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear) Begleiterkrankung: Hypertonie Begleiterkrankung: Adipositas Begleiterkrankung: Chronische Lungenerkrankungen Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Andere Herzerkrankungen Begleiterkrankung: andere neurologische Erkrankungen Begleiterkrankung: Bösartige solide Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Herzklappenerkrankung Begleiterkrankung: Metastasierende Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

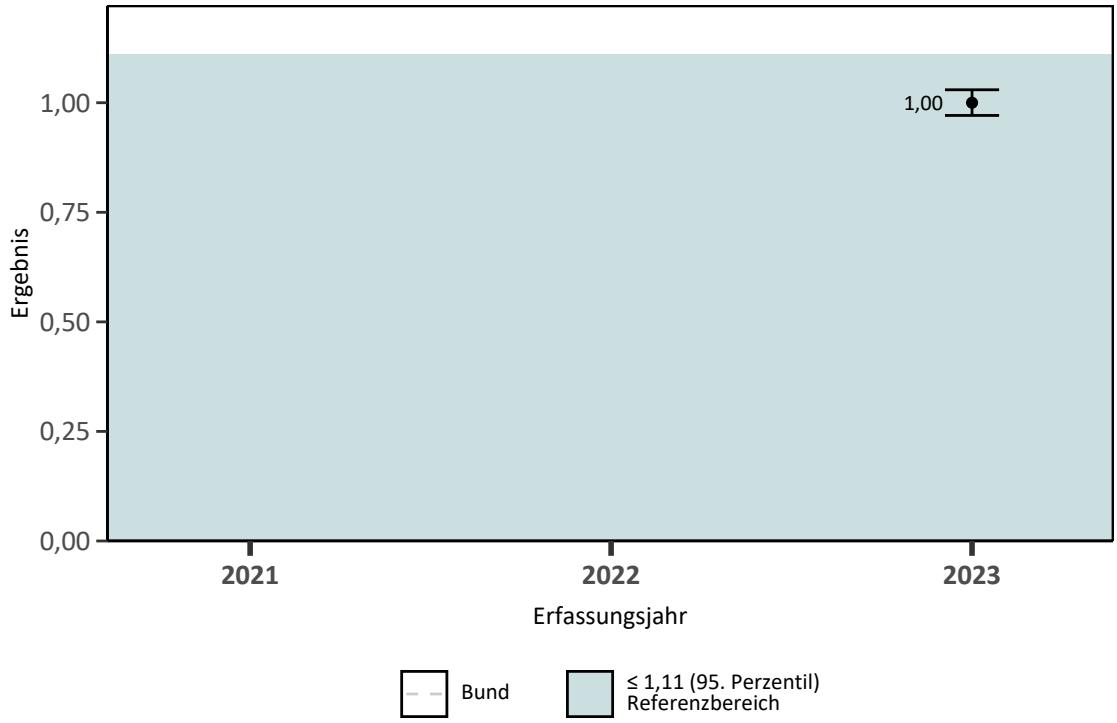
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2021	-	- / -	-	-
	2022	-	- / -	-	-
	2023	156.685	4.484 / 4.484,00	1,00	0,97 - 1,03

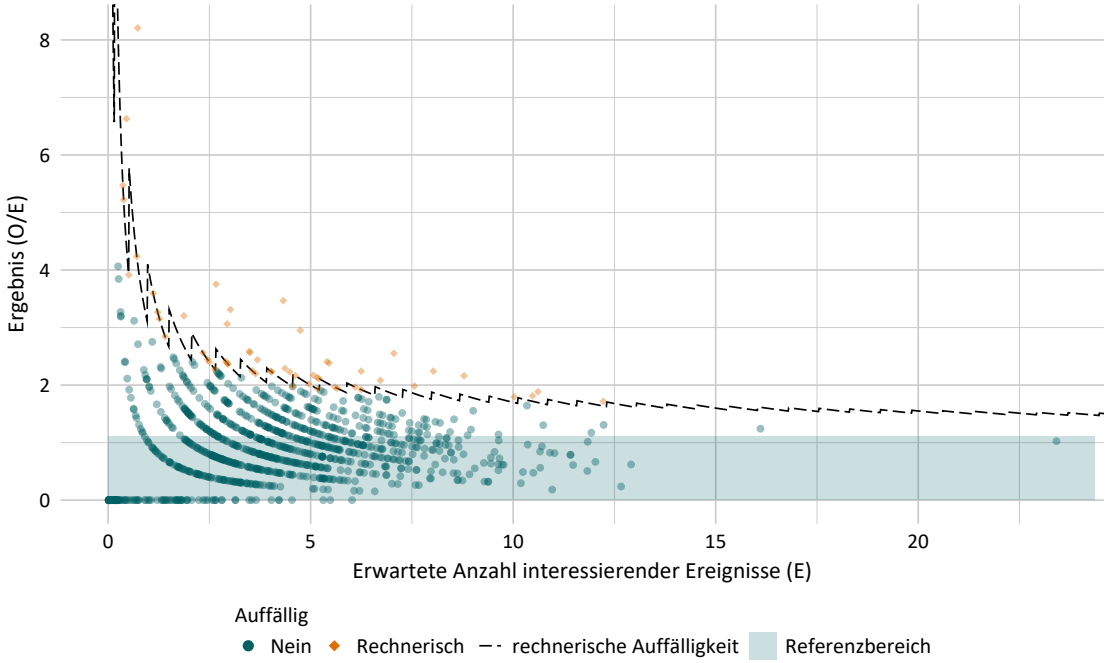
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



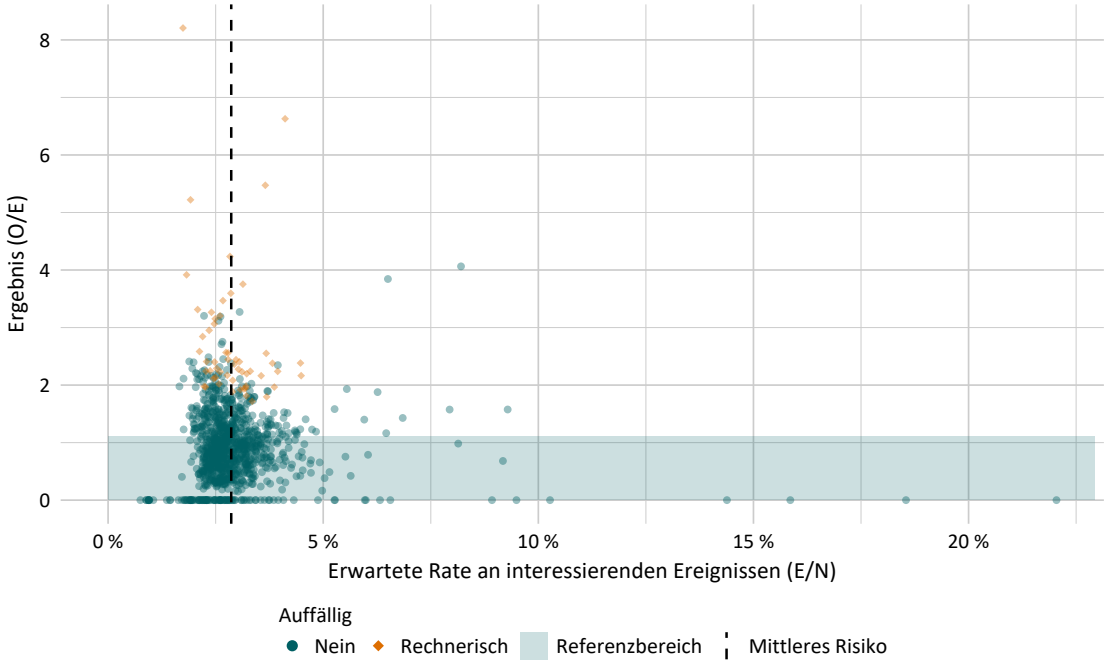
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	1.071	55	0,00	8,21	0,93

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb 365 Tagen nach Cholezystektomie	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[11]	
6.1.1.1	ID: O_58005 O/N (observed, beobachtet)	2,86 % 4.484/156.685
6.1.1.2	ID: E_58005 E/N (expected, erwartet)	2,86 % 4.484,00/156.685
6.1.1.3	**ID: 58005** **O/E**	1,00
6.1.2	ID: 58_22020 Weitere postoperative Komplikationen[12]	2,86 % 4.484/156.685
6.1.2.1	ID: 58_22033 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	3,65 % 2.096/57.406
6.1.2.2	ID: 58_22021 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	3,05 % 164/5.385
6.1.2.3	ID: 58_22022 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	2,45 % 2.495/102.011
6.1.2.4	ID: 58_22023 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	4,58 % 1.095/23.915

[11] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[12] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58006
Referenzbereich	≤ 1,05 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Cholezystitis oder Cholangitis Alter (linear zwischen 40 und 100) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear bis 28) BMI (linear ab 28) Begleiterkrankung: Chronische Lungenerkrankungen Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Alkoholabusus Begleiterkrankung: Andere Herzerkrankungen Begleiterkrankung: andere neurologische Erkrankungen Begleiterkrankung: ARDS Begleiterkrankung: Bösartige solide Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Demenz Begleiterkrankung: Diabetes, ohne Komplikationen Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Hämodialyse Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Herzklappenerkrankung Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Leukämien Begleiterkrankung: Lymphome Begleiterkrankung: Metastasierende Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Niereninsuffizienz Begleiterkrankung: Paralysen Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Polyneuropathie Begleiterkrankung: Psychosen Begleiterkrankung: Rheumatoide Arthritis/Kollagenosen/Entzündliche Polyneuropathien/Entzündliche Spondylopathien/Vaskulitiden Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen Begleiterkrankung: Diabetes, mit Komplikationen

Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

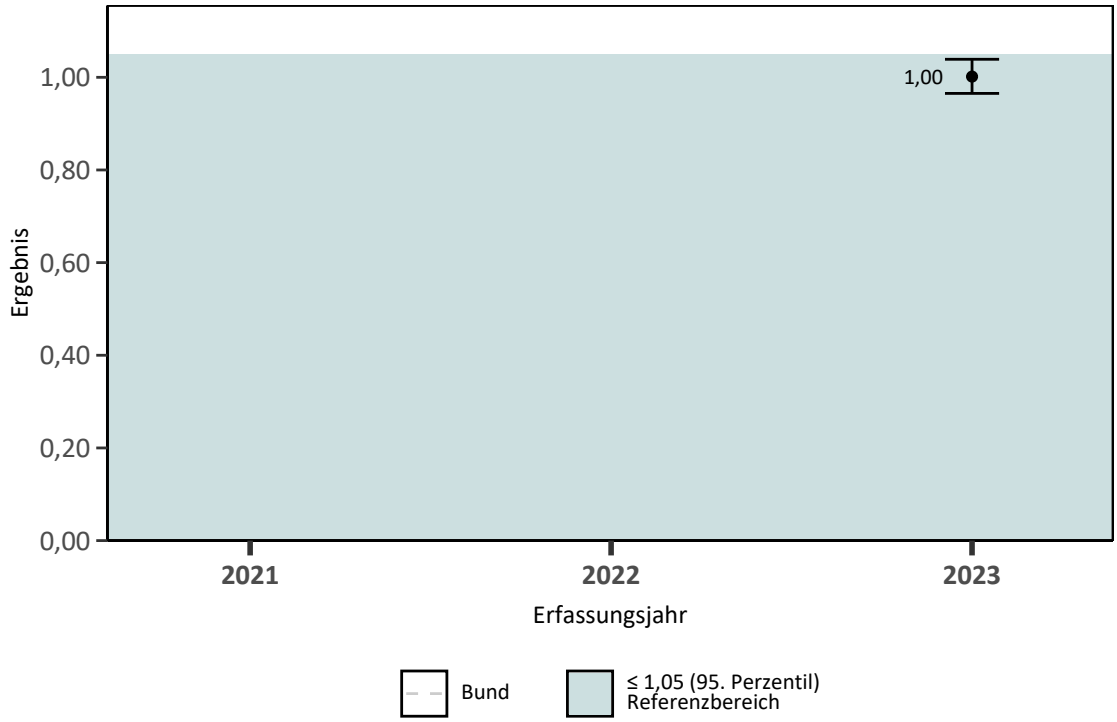
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	-	- / -	-	-
	2022	-	- / -	-	-
	2023	156.685	2.838 / 2.833,57	1,00	0,97 - 1,04

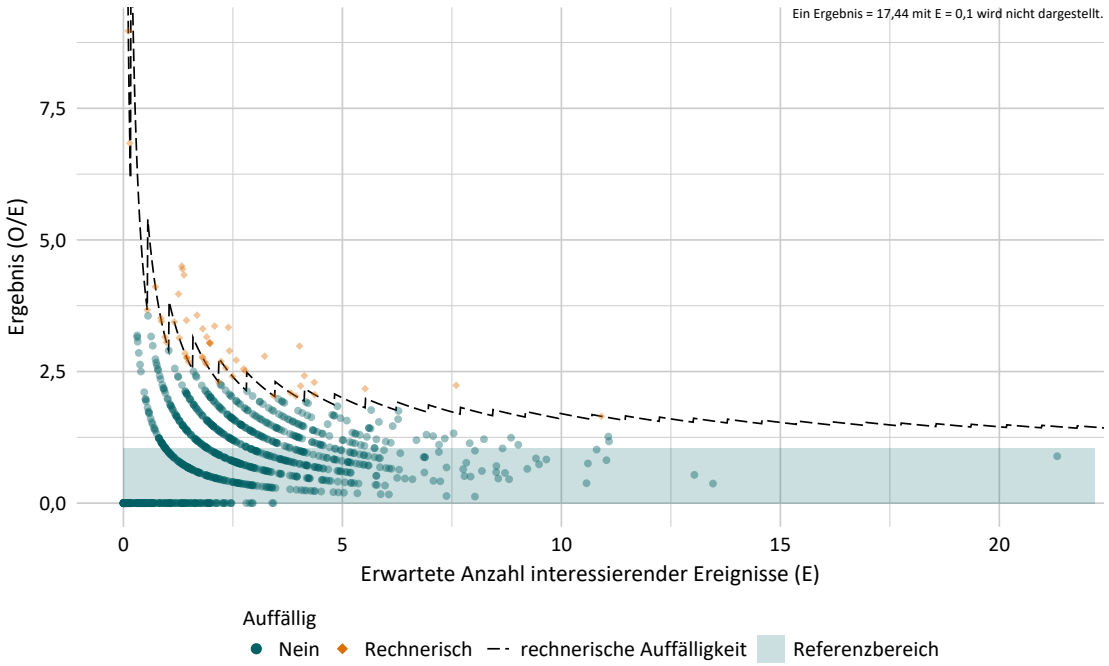
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



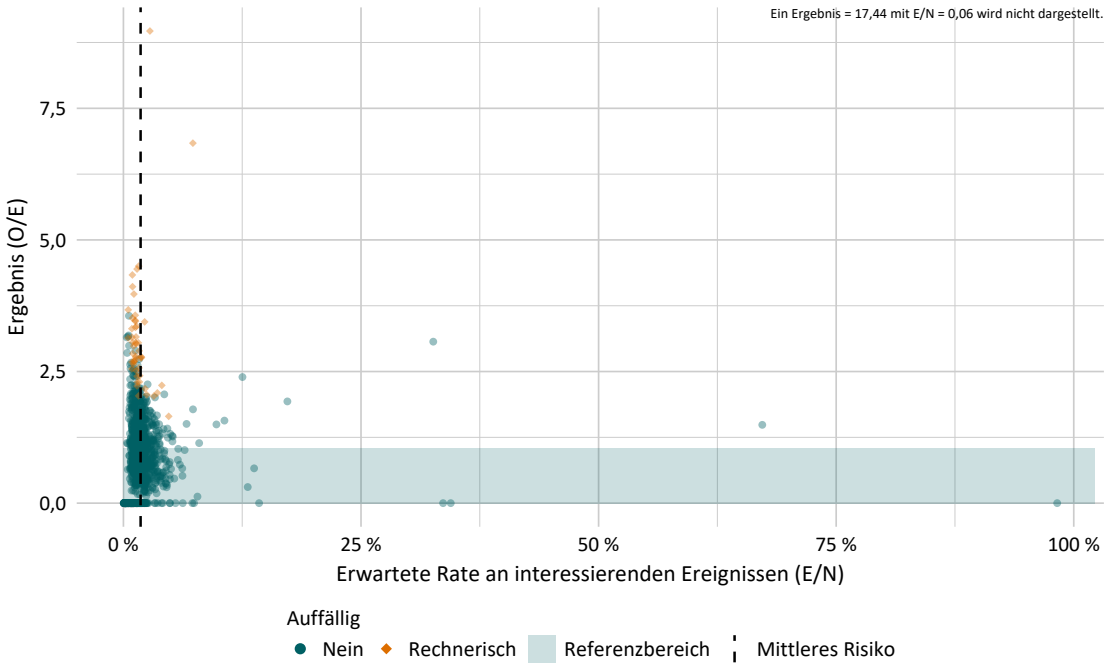
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	1.071	52	0,00	17,44	0,87

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Sterblichkeit bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	
7.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[13]	
7.1.1.1	ID: O_58006 O/N (observed, beobachtet)	1,81 % 2.838/156.685
7.1.1.2	ID: E_58006 E/N (expected, erwartet)	1,81 % 2.833,57/156.685
7.1.1.3	**ID: 58006** **O/E**	1,00
7.1.2	ID: 58_22024 Sterblichkeit[14]	1,81 % 2.838/156.685
7.1.2.1	ID: 58_22034 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	3,78 % 2.172/57.406
7.1.2.2	ID: 58_22025 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	2,15 % 116/5.385
7.1.2.3	ID: 58_22026 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,72 % 732/102.011
7.1.2.4	ID: 58_22027 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	4,01 % 959/23.915

[13] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[14] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

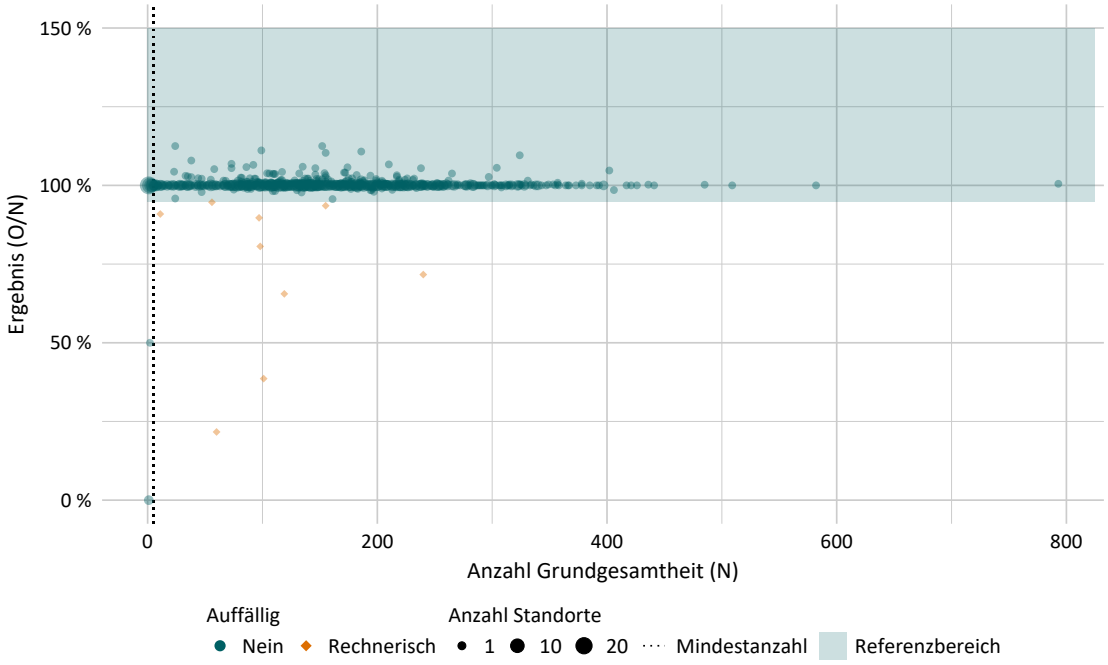
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.092	9	0,00	112,50	100,00

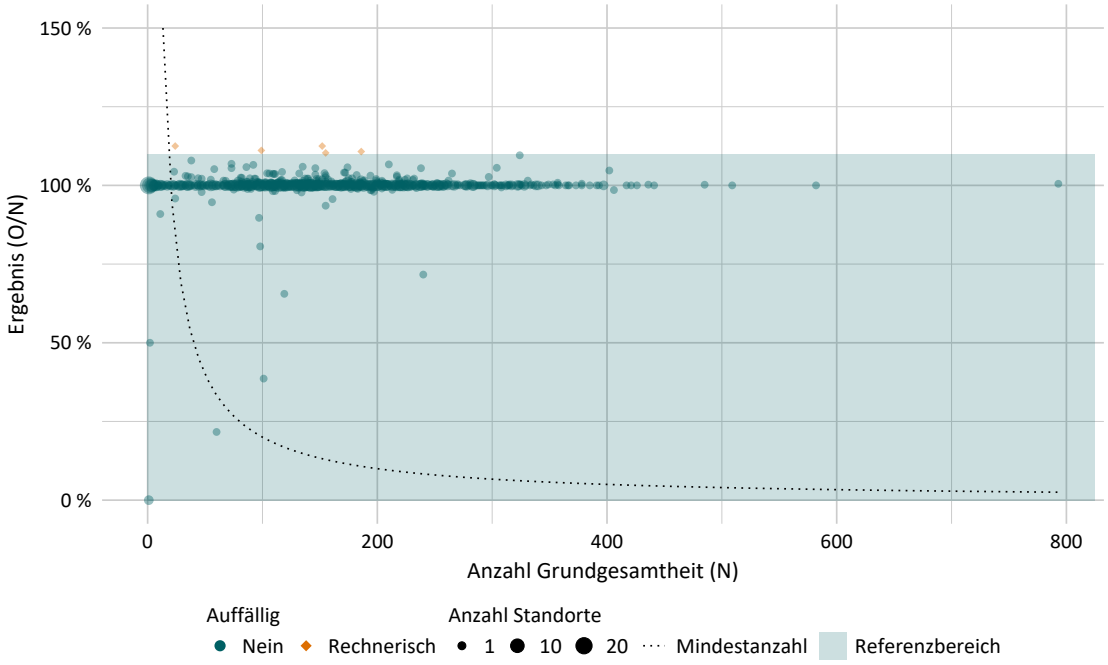
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	164.486 / 163.441	100,64	0,82 % 9 / 1.092

852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.092	5	0,00	112,50	100,00

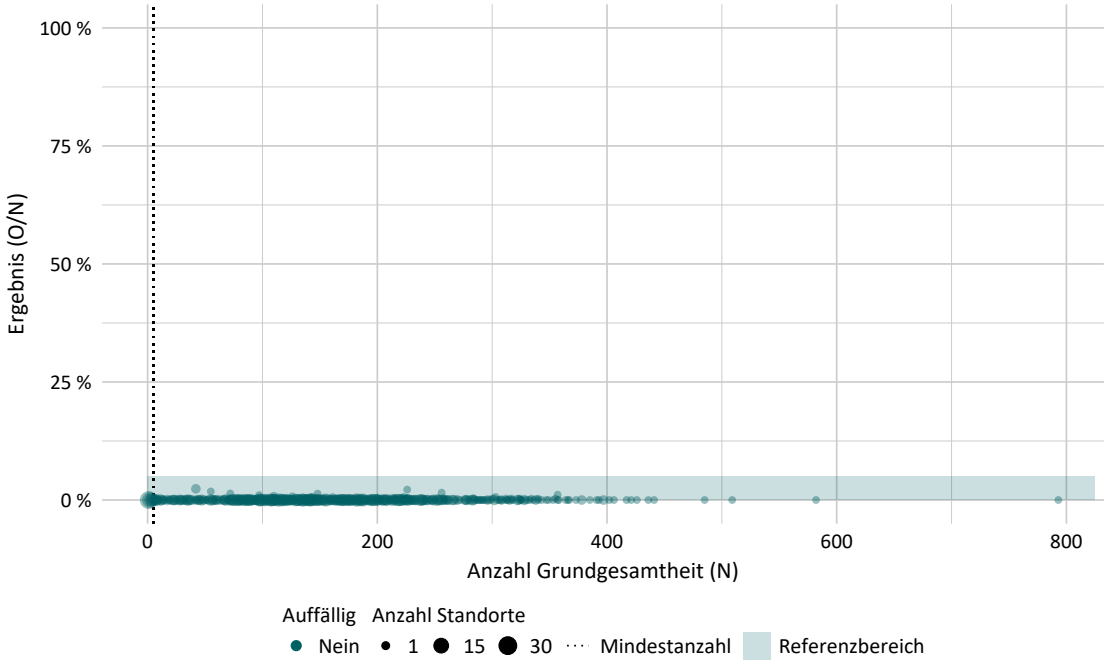
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	164.486 / 163.441	100,64	0,46 % 5 / 1.092

852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.092	0	0,00	2,38	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	40 / 163.441	0,02	0,00 % 0 / 1.092

Basisauswertung

QS Dokumentation

Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Allgemeine Daten zu Operationen		
5-511.01 Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge	3.265	2,05
5-511.02 Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge	402	0,25
5-511.11 Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	150.029	94,36
5-511.12 Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Mit laparoskopischer Revision der Gallengänge	691	0,43
5-511.21 Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge	3.928	2,47
5-511.22 Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge	404	0,25
5-511.3 Cholezystektomie: Erweitert	408	0,26
5-511.x Cholezystektomie: Sonstige	16	0,01
5-511.y Cholezystektomie: N.n.bez.	5	0,00

Aufnahme und Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	1.193	0,75
1. Quartal	42.613	26,80
2. Quartal	40.793	25,66
3. Quartal	38.514	24,22
4. Quartal	35.882	22,57
Entlassungsquartal		
1. Quartal	42.038	26,44
2. Quartal	40.568	25,52
3. Quartal	38.271	24,07
4. Quartal	38.118	23,97

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	130.597	82,14
8 - 14 Tage	15.670	9,86
15 - 21 Tage	5.682	3,57
22 - 28 Tage	3.564	2,24
> 28 Tage	3.482	2,19

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Geschlecht		
(1) männlich	57.428	36,12
(2) weiblich	101.564	63,88
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
< 18 Jahre	793	0,50
18 - 19 Jahre	693	0,44
20 - 29 Jahre	9.916	6,24
30 - 39 Jahre	20.921	13,16
40 - 49 Jahre	23.381	14,71
50 - 59 Jahre	30.509	19,19
60 - 69 Jahre	32.283	20,30
70 - 79 Jahre	23.401	14,72
80 - 89 Jahre	15.498	9,75
≥ 90 Jahre	1.600	1,01

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen ohne Perforation des Gallengangs und ohne Fistel des Gallengangs		
K83.1 Verschluss des Gallenganges	1.096	0,69
T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	415	0,26
K91.81 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	311	0,20
K83.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege	283	0,18
S36.18 Verletzung: Gallengang	190	0,12
K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	151	0,09
K83.9 Krankheit der Gallenwege, nicht näher bezeichnet	45	0,03
K91.84 Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt	5	0,00
Fistel des Gallenganges (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K83.3 Fistel des Gallenganges	164	0,10

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie		
J18.9 Pneumonie, nicht näher bezeichnet	467	0,29
J18.1 Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	401	0,25
K56.0 Paralytischer Ileus	298	0,19
J18.8 Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	218	0,14
I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	184	0,12
I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	171	0,11
K56.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	157	0,10
J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	156	0,10
K56.7 Ileus, nicht näher bezeichnet	129	0,08
J18.2 Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	123	0,08
Leberabszess (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K75.0 Leberabszess	135	0,08
Akute Peritonitis (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K65.0 Akute Peritonitis	463	0,29
Sonstige Peritonitis (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K65.8 Sonstige Peritonitis	294	0,18
K65.9 Peritonitis, nicht näher bezeichnet	66	0,04
Infektionen innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie ohne Streptokokkensepsis, sonstige Sepsis, Erysipel, akute Peritonitis, sonstige Peritonitis und Cholangitis		
T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	538	0,34
T81.3 Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	322	0,20
Streptokokkensepsis (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
A40 Streptokokkensepsis	24	0,02

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Sonstige Sepsis (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
A41 Sonstige Sepsis	250	0,16
Diagnosen nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie ohne akute Blutungsanämie		
T81.1 Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	54	0,03
Akute Blutungsanämie (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
D62 Akute Blutungsanämie	1.295	0,81

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Eingriffe nach operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen		
5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	1.995	1,25
5-516 Andere Rekonstruktion der Gallengänge	400	0,25
5-514 Andere Operationen an den Gallengängen	367	0,23
5-512 Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)	159	0,10
5-515 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge	54	0,03

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Prozeduren nach eingriffsspezifischen intra- und postoperativen Infektionen innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie		
8-176.2 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	848	0,53
8-176.0 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)	596	0,37
5-900.1b Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion	271	0,17
5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	252	0,16
5-916.a3 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	189	0,12
5-896.1b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	178	0,11
8-176.x Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Sonstige	129	0,08
8-192.1b Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Bauchregion	76	0,05
5-541.4 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses	75	0,05
5-896.0b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Bauchregion	66	0,04
Prozeduren nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie		
8-800 Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	1.004	0,63

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Entlassungsgrund (nach §301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	141.158	88,78
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	11.672	7,34
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	149	0,09
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.194	0,75
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.422	0,89
(07) Tod	1.480	0,93
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[15]	55	0,03
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	363	0,23
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	1.230	0,77
(11) Entlassung in ein Hospiz	11	0,01
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	8	0,01
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	74	0,05
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	76	0,05
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[16]	47	0,03
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	16	0,01
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[17]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	24	0,02

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[18]		
(1) ja	16	0,01

[15] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[16] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[17] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[18] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Erfassungsjahr 2023

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 156.685**	
Diagnosen bei Reinterventionen aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie		
K76.3 Leberinfarkt	7	0,00
K76.2 Zentrale hämorrhagische Lebernekrose	≤3	x
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie innerhalb von 365 Tagen		
T81.8 Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	704	0,45
K56.5 Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	136	0,09
T81.5 Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	22	0,01
T81.9 Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes	16	0,01
Narbenhernie mit Einklemmung innerhalb von 365 Tagen, ohne Gangrän		
K43.2 Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	458	0,29
K43.0 Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	151	0,10
K43.1 Narbenhernie mit Gangrän	≤3	x

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 156.685**	
Reinterventionen aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie		
5-549.5 Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	1.561	1,00
5-501.01 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Laparoskopisch	715	0,46
5-541.2 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	665	0,42
5-505 Rekonstruktion der Leber	612	0,39
5-467.0 Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung)	585	0,37
5-541.0 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	447	0,29
5-541.1 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	442	0,28
5-545 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	339	0,22
5-501.2 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision	281	0,18
8-146.0 Therapeutische Drainage von Organen des Bauchraumes: Leber	200	0,13
Reoperation innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie		
5-983 Reoperation	463	0,30
Andere Operationen am Darm (Bridenlösung und Adhäsiolyse) innerhalb von 365 Tagen		
5-469.2 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse	275	0,18
5-469.1 Andere Operationen am Darm: Bridenlösung	27	0,02
Verschluss einer Narbenhernie innerhalb von 365 Tagen		
5-536 Verschluss einer Narbenhernie	51	0,03

Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024

30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024

Diagnosen gemäß ICD-10-GM

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen ohne Perforation des Gallengangs und ohne Fistel des Gallengangs		
K83.1 Verschluss des Gallenganges	346	0,22
K91.81 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	150	0,09
S36.18 Verletzung: Gallengang	81	0,05
K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	72	0,05
K83.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege	71	0,04
T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	42	0,03
K83.9 Krankheit der Gallenwege, nicht näher bezeichnet	11	0,01
K91.84 Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt	4	0,00
Fistel des Gallenganges		
K83.3 Fistel des Gallenganges	72	0,05

Erfassungsjahr 2024

30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024

Diagnosen gemäß ICD-10-GM

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie innerhalb von 30 Tagen		
J18.9 Pneumonie, nicht näher bezeichnet	744	0,47
J18.1 Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	627	0,39
K56.0 Paralytischer Ileus	463	0,29
J18.8 Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	358	0,23
I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	317	0,20
I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	307	0,19
J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	270	0,17
K56.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	267	0,17
J18.2 Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	247	0,16
K56.7 Ileus, nicht näher bezeichnet	207	0,13
Leberabszess		
K75.0 Leberabszess	188	0,12
Akute Peritonitis		
K65.0 Akute Peritonitis	403	0,25
Sonstige Peritonitis		
K65.8 Sonstige Peritonitis	126	0,08
K65.9 Peritonitis, nicht näher bezeichnet	18	0,01
Infektionen nach Cholezystektomie ohne Streptokokkensepsis, sonstige Sepsis, Erysipel, akute Peritonitis, sonstige Peritonitis und Cholangitis		
T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	610	0,38
T81.3 Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	175	0,11

Erfassungsjahr 2024

30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024

Diagnosen gemäß ICD-10-GM

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Streptokokkensepsis		
A40 Streptokokkensepsis	28	0,02
Sonstige Sepsis		
A41 Sonstige Sepsis	147	0,09
Diagnosen nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung bei Cholezystektomie ohne akute Blutungsanämie		
T81.1 Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	4	0,00
Akute Blutungsanämie		
D62 Akute Blutungsanämie	430	0,27

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Eingriffe nach operationsbedingten Gallenwegskomplikationen		
5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	2.706	1,70
5-516 Andere Rekonstruktion der Gallengänge	473	0,30
5-514 Andere Operationen an den Gallengängen	413	0,26
5-512 Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)	231	0,15
5-515 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge	80	0,05

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 158.995**	
Prozeduren nach eingriffsspezifischen intra- und postoperativen Infektionen bei Cholezystektomie		
8-176.2 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	870	0,55
8-176.0 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)	637	0,40
5-900.1b Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion	410	0,26
5-896.1b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	317	0,20
5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	294	0,18
5-916.a3 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	227	0,14
8-176.x Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Sonstige	139	0,09
8-192.1b Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Bauchregion	121	0,08
5-896.0b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Bauchregion	120	0,08
5-541.4 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses	84	0,05
Prozeduren nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung bei Cholezystektomie		
8-800 Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	594	0,37

Erfassungsjahr 2023

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Mortalität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 156.685**	
Quartal des Sterbedatums		
1. Quartal	603	0,38
2. Quartal	807	0,52
3. Quartal	988	0,63
4. Quartal	1.278	0,82

Folgeaufenthalte

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 156.685**	
Folgeaufenthalte		
0	109.747	70,04
1	26.060	16,63
2	10.191	6,50
3	4.720	3,01
> 3	5.967	3,81

90 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2023

Diagnosen gemäß ICD-10-GM

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 156.685**	
Diagnosen bei Reinterventionen aufgrund von Komplikationen nach einer Cholezystektomie		
K76.3 Leberinfarkt	13	0,01
K76.2 Zentrale hämorrhagische Lebernekrose	5	0,00

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 156.685**	
Reinterventionen aufgrund von Komplikationen nach einer Cholezystektomie		
5-549.5 Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	1.859	1,19
5-541.2 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	826	0,53
5-501.01 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Laparoskopisch	735	0,47
5-467.0 Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung)	656	0,42
5-505 Rekonstruktion der Leber	612	0,39
5-541.1 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	486	0,31
5-541.0 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	479	0,31
5-545 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	471	0,30
8-146.0 Therapeutische Drainage von Organen des Bauchraumes: Leber	445	0,28
5-501.2 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision	288	0,18

365 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2023

Diagnosen gemäß ICD-10-GM

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 156.685**	
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie		
T81.8 Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	895	0,57
K56.5 Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	176	0,11
T81.9 Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes	27	0,02
T81.5 Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	13	0,01
Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän		
K43.2 Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	930	0,59
K43.0 Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	274	0,17
K43.1 Narbenhernie mit Gangrän	6	0,00

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 156.685**	
Andere Operationen am Darm (Bridenlösung und Adhäsiolyse)		
5-469.2 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse	1.322	0,84
5-469.1 Andere Operationen am Darm: Bridenlösung	145	0,09
Verschluss einer Narbenhernie		
5-536 Verschluss einer Narbenhernie	1.126	0,72

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

AUFTRAGGEBER

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

HERAUSGEBER

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 9
Vorbemerkung 10
Dialyse 13
1 Hintergrund 14
2 Einordnung der Ergebnisse 20
2.1 Datengrundlage 20
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 25
2.2.1 Überblick 25
2.2.2 Detailergebnisse 33
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 46
2.3.1 Detailergebnisse 46
2.3.2 Sozialdatenvalidierung 46
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 48
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 48
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 50
4 Evaluation 51
5 Ausblick 53
Nierentransplantation 54
1 Hintergrund 55
2 Einordnung der Ergebnisse 59
2.1 Datengrundlage 59
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 60
2.2.1 Überblick 60
2.2.2 Detailergebnisse 67
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 78
2.3.1 Überblick 78
2.3.2 Detailergebnisse 81
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 82

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 82
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 85
4 Evaluation 87
5 Ausblick 88
Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 89
1 Hintergrund 90
2 Einordnung der Ergebnisse 93
2.1 Datengrundlage 93
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 93
2.2.1 Überblick 93
2.2.2 Detailergebnisse 98
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 104
2.3.1 Überblick 104
2.3.2 Detailergebnisse 111
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 115
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 115
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 117
4 Evaluation 119
5 Ausblick 120
Literatur 121

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-DIAL 16
Tabelle 2: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – NET-DIAL 20
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – NET-DIAL 22
Tabelle 4: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2024) – NET-DIAL 24
Tabelle 5: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2023) – NET-DIAL 24
Tabelle 6: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2022) – NET-DIAL 25
Tabelle 7: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2021) – NET-DIAL 25
Tabelle 8: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-DIAL 28
Tabelle 9: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – NET-DIAL 32
Tabelle 10: QI 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt 33
Tabelle 11: TKez 572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 33
Tabelle 12: QI 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration 34
Tabelle 13: TKez 572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 34
Tabelle 14: QI 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration 35
Tabelle 15: TKez 572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 35
Tabelle 16: QI 572005: Dialysefrequenz pro Woche 36
Tabelle 17: TKez 572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 36
Tabelle 18: QI 572006: Dialysedauer pro Woche 37
Tabelle 19: TKez 572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 37
Tabelle 20: TKez 572007: Ernährungsstatus 38
Tabelle 21: TKez 572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 39
Tabelle 22: TKez 572008: Anämiemanagement 40
Tabelle 23: TKez 572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 40
Tabelle 24: QI 572009: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen 41
Tabelle 25: TKez 572056: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 41
Tabelle 26: QI 572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen 41

Tabelle 27: TKez 572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 42
Tabelle 28: TKez 572011: 1-Jahres-Überleben 44
Tabelle 29: TKez 572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 44
Tabelle 30: TKez 572012: 2-Jahres-Überleben 44
Tabelle 31: TKez 572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 45
Tabelle 32: TKez 572013: 3-Jahres-Überleben 45
Tabelle 33: TKez 572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 45
Tabelle 34 Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS NET 46
Tabelle 35: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-DIAL 48
Tabelle 36: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-NTX 56
Tabelle 37: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – NET-NTX 58
Tabelle 38: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – NET-NTX und NET-PNTX 59
Tabelle 39: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-NTX 62
Tabelle 40: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – NET-NTX 65
Tabelle 41: QI 572016: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation 67
Tabelle 42: QI 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 67
Tabelle 43: QI 572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 68
Tabelle 44: QI 572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 68
Tabelle 45: QI 572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 69
Tabelle 46: QI 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation 70
Tabelle 47: QI 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 72
Tabelle 48: QI 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 72
Tabelle 49: QI 572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) 73
Tabelle 50: QI 572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) 74
Tabelle 51: TKez 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation . 74
Tabelle 52: TKez 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 74
Tabelle 53: TKez 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation 75
Tabelle 54: TKez 572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 76

Tabelle 55: TKez 572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 76
Tabelle 56: QI 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 77
Tabelle 57: TKez 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 77
Tabelle 58: TKez 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 78
Tabelle 59: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – NET-NTX 79
Tabelle 60: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – NET-NTX 80
Tabelle 61: AK 852210: Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up 81
Tabelle 62: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX 82
Tabelle 63: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – NET-NTX 84
Tabelle 64: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX 85
Tabelle 65: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-PNTX 91
Tabelle 66: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – NET-PNTX-D 92
Tabelle 67: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-PNTX 94
Tabelle 68: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – NET-PNTX 96
Tabelle 69: QI 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 98
Tabelle 70: QI 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 98
Tabelle 71: QI 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 99
Tabelle 72: QI 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 99
Tabelle 73: QI 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation 100
Tabelle 74: QI 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 101
Tabelle 75: TKez 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) 101
Tabelle 76: TKez 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) 102
Tabelle 77: TKez 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation) 102
Tabelle 78: QI 572047: Entfernung des Pankreastransplantats 103
Tabelle 79: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – NET-PNTX-D 104
Tabelle 80: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – NET-PNTX-D 105
Tabelle 81: AK 850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 111

Tabelle 82: AK 850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 111
Tabelle 83: AK 850278: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up..... 112
Tabelle 84: AK 850279: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up..... 112
Tabelle 85: AK 850280: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up..... 112
Tabelle 86: AK 852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen..... 114
Tabelle 87: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX..... 115
Tabelle 88: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – NET-PNTX 117
Tabelle 89: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX-D 117
Tabelle 90: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – NET-PNTX-D..... 118

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
BQB	Bundesqualitätsbericht
bspw	beispielsweise
Bzw.	beziehungsweise
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EJ	Erfassungsjahr
ET	Eurotransplant
ID	Identifkationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichen-Nummer
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitwesen
KIS	Krankenhausinformationssystem
MDS	Minimaldatensatz
M&M-Konferenz	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz
n. a.	nicht verfügbar (*not available*)
NTX	Nierentransplantationen
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-Richtlinie	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS NET	QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen
TX	Transplantationsmedizin
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
TKez	Transparenzkennzahl
TX	Transplantationsmedizin

Vorbemerkung

Unter dem QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* (*QS NET*) werden sowohl die Nierentransplantationen (*NET-NTX*), die Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen (*NET-PNTX*) als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren (*NET-DIAL*) zusammengefasst.

Die häufigsten Ursachen für ein chronisches Nierenversagen sind:

- Diabeteserkrankungen
- Bluthochdruck
- entzündliche Erkrankungen der Nierenkörperchen (Glomerulonephritis)
- angeborene Erkrankungen wie z. B. erbliche Zystennieren

Die dauerhafte Dialysetherapie als Ersatztherapie der Nierenfunktion beginnt bei betroffenen Patientinnen oder Patienten mit einer Peritoneal- oder Hämodialyse sowie einer Hämo(dia)filtration. Der Dialysebeginn kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen. Bei einem endgültigen Funktionsverlust beider Nieren, der sogenannten terminalen Niereninsuffizienz, kann eine regelmäßige Dialysebehandlung das Leben der Patientin bzw. des Patienten erhalten. Unter den meist langjährig anhaltenden Bedingungen einer chronischen Dialysebehandlung kann eine weitere Schädigung anderer Organsysteme trotz optimaler Versorgung und Mitwirkung der Patientinnen und Patienten nicht vollständig verhindert werden. Demgegenüber steht als Alternative die Nierentransplantation als ein etabliertes Verfahren für die bestmögliche Behandlung von Patientinnen und Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz. Die Transplantation der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und die kombinierte Transplantation von Pankreas und Niere kommen derzeit nur für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Betracht. Aufgrund des Ausfalls der Insulinproduktion in der Bauchspeicheldrüse verändert sich der Zuckerstoffwechsel, was wiederum zu erheblichen Folgeschäden führen kann (z. B. Schädigung der Nerven, der Augen oder der Nieren).

Im Vergleich zu anderen QS-Verfahren handelt es sich bei den transplantationsmedizinischen Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* um Verfahren mit nur wenigen Fällen pro Jahr. Die DeQS-RL legt daher sowie aufgrund der Unvorhersehbarkeit des Eintritts sowie des Ortes von Ereignissen, besonders des Follow-ups, eine Vollerhebung fest, die auch Minderjährige und privat versicherte Patientinnen und Patienten einschließt.

Implikationen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung im Auswertungsmodul *NET-DIAL*

Aufgrund des Eckpunktebeschlusses des G-BA wurde das Verfahren *QS NET* in den Jahren 2024 und 2025 einer Verfahrensüberprüfung unterzogen. Hierbei sollte unter anderem die Eignung der Indikatoren und Kennzahlen für die Qualitätssicherung überprüft werden. Für eine Reihe von Indikatoren und Kennzahlen wurden hierbei Limitationen in der Eignung festgestellt, aus denen sich

ein Weiter- bzw. Neuentwicklungsbedarf ergibt. Für die aktuelle Berichterstattung bedeutet dies eine eingeschränkte Aussagekraft der QS-Ergebnisse dieser Indikatoren bzw. Kennzahlen.

Für den Indikator (ID 572002) und die Kennzahl (ID 572049) zur Evaluation zur Transplantation von Dialysepatientinnen und -patienten wurden Einschränkungen in der Objektivität und Validität festgestellt. Einschränkungen der Objektivität bestehen aufgrund einer unzureichenden Definition des Begriffs der Evaluation sowie des Zeitpunktes, zu welchem diese als abgeschlossen gilt. Die eingeschränkte Validität ergab sich daraus, dass derzeit nicht gewährleistet ist, dass ausschließlich die relevanten Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden.

Auch für die Kennzahlen (IDs 572007 und 572054) zum Ernährungsstatus zeigten sich Einschränkungen in der Validität, da die derzeit verwendeten Faktoren Albuminwert und Gewichtsverlust laut dem Expertengremium nicht mehr geeignet seien, um von Mangelernährung betroffene Patientinnen und Patienten zu identifizieren.

Für eine Reihe von Indikatoren und Kennzahlen konnte in ihrer derzeitigen inhaltlichen Ausgestaltung und Operationalisierung kein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal belegt werden. Dies betrifft die folgenden Indikatoren und Kennzahlen:

- Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung (Indikator-ID 572003; bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Kennzahl-ID 572050)
- Katheterzugang bei Hämodialyse (Indikator-ID 572004; bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Kennzahl-ID 572051)
- Dialysefrequenz pro Woche (Indikator-ID 572005; bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Kennzahl-ID 572052)
- Dialysedauer pro Woche (Indikator-ID 572006; bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Kennzahl-ID 572053)
- Anämiemanagement (Kennzahl-ID 572008, bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Kennzahl-ID 572055).

Weiterhin wurde im Austausch mit Fachexperten und den Landesarbeitsgemeinschaften umfangreicher technischer Überarbeitungsbedarf z.B. an der Datengrundlage, dem Berichtszeitraum, der Berichterstattung und den Dokumentationsbögen festgestellt. Das IQTIG empfahl daher die Aussetzung des Verfahrens zur Überarbeitung der technischen Bedarfe sowie der genannten Indikatoren und Kennzahlen. Der G-BA folgte dieser Empfehlung mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 (G-BA 2025) in weiten Teilen, weshalb das Auswertungsmodul *NET-DIAL* in den EJ 2026 und 2027 ausgesetzt wird.

Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups

Im letztjährigen BQB wurde bereits über Komplikationen bei der Verknüpfung von QS-Datensätzen des Indexeingriffes mit denen des Follow-up berichtet, sowie über deren Implikationen für die Auswertung der Qualitätsindikatoren, das Stellungnahmeverfahren und mögliche Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Auswertungsjahr 2023. Zum Stellungnahmeverfahren 2024 wurden daraufhin die regulären Anforderungstexte an die Leistungserbringer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bei Indikatoren sowie Auffälligkeitskriterien des Follow-up um diesbezügliche

Prüfbitten ergänzt. Hierbei wurde um Angaben zu unterschiedliche Konstellationen von Verknüpfungsproblemen gebeten, bspw. Wechsel des Versicherungsstatus (gesetzliche Krankenversicherung versus private Krankenversicherung), abweichende Befüllung des Versicherungsstatus, ohne dass tatsächlich ein Wechsel erfolgte, fehlende Zustimmung von privat versicherten Patientinnen oder Patienten zur Übermittlung personenbezogener QS-Daten an das IQTIG, abweichende eGK-Versichertennummer/ET-Nummer zwischen Index- und Follow-up-Bogen oder – im Lebendspendebereich – Angabe der eGK-Versichertennummer der Empfängerin bzw. des Empfängers statt der der Spenderin bzw. des Spenders. Vom IQTIG wurden anschließend Einzelfallanalysen durchgeführt, um die Gründe für die Nichtverknüpfbarkeit der Datensätze systematisch zu erkennen und Lösungsansätze zu identifizieren. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens konnten die Follow-up-Indikatoren zum bekannten Überlebensstatus (*NTX*: IDs 572018, 572019 und 572020; *PNTX*: IDs 572037, 572039 und 572041) trotz dieser Verknüpfungsproblematik fachlich-inhaltlich bewertet werden. Der neu implementierte Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (*NTX*: ID 302300; *PNTX*: ID 312300) wurde aufgrund dieser Problematiken häufig mit einer D-Kategorie (Dokumentationsprobleme) bewertet. In manchen Fällen zeigte sich im Bewertungsprozess des Indikators „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“, dass mindestens ein Vorgang aufgrund der Verknüpfungsproblematik nicht in den entsprechenden Indikator zum bekannten Überlebensstatus integriert wurde. In solchen Fällen forderte das IQTIG eine Stellungnahme für diesen Vorgang im jeweiligen Follow-up-Indikator nach, um die gesamte Qualitätssituation betrachten und bewerten zu können.

Dialyse

1 Hintergrund

Das Auswertungsmodul *Dialyse* (*NET-DIAL*) des QS-Verfahrens *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* (*QS NET*) hat zum Ziel, die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Dialysebehandlung abzubilden. Die dauerhafte Dialysetherapie als Ersatztherapie der Nierenfunktion erfolgt bei betroffenen Patientinnen und Patienten mit einer Peritonealdialyse, einer Hämodialyse oder einer Hämo(dia)filtration. Die Dialyse kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor durchgeführt werden. Von einer chronischen Dialysebehandlung spricht man bei einer Behandlungsdauer von mindestens 90 Tagen.

Zum Beginn der Dialysetherapie soll in der Regel die Anmeldung für die Warteliste zur Nierentransplantation bei Eurotransplant, der Vermittlungsstelle für Organspenden, geprüft werden (§ 13 Abs. 3 Transplantationsgesetz). Im Falle einer erfolgreichen Nierentransplantation findet die nephrologische Nachbehandlung in Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum statt. Auch für die Versorgung während und nach einer Nieren- und/oder Nieren-Pankreas-Transplantation kann eine Dialysebehandlung notwendig sein. Sollte es zu einem Transplantatverlust (Abstoßung, Rekurrenz der Grunderkrankung etc.) kommen, beginnt für die meisten Patientinnen und Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nieren-Retransplantation unter Dialysebehandlung. Laut Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) ist die Förderung der Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren eines der angestrebten Ziele des QS-Verfahrens *QS NET*. Dies soll ermöglichen, individuelle Therapiemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion abzustimmen und u. a. dem Auftreten von Komplikationen oder Folgeerkrankungen entgegenzuwirken. Die Überlebenszeit von Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen ist wesentlich von der Qualität der Behandlung abhängig und kann bei der Kombination verschiedener Dialyseverfahren mit einer Nierentransplantation bei verbesserter Lebensqualität mehrere Jahrzehnte erreichen. Vor diesem Hintergrund liegen die weiteren Ziele des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* in der Förderung der Behandlungsqualität sowie der Verringerung der Komplikationsraten im Rahmen der Dialysebehandlung, der Verringerung von Begleit- und Folgeerkrankungen, der Förderung der Transparenz über die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz sowie der Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten.

Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul *Dialyse* (*NET-DIAL*) wird im Indikator „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt“ (ID 572002) sowie in der Transparenzkennzahl „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren“ (ID 572049) betrachtet, ob eine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde. Aufgrund des zweijährigen Beobachtungszeitraums waren Ergebnisse zu diesem Indikator erst seit dem Erfassungsjahr 2022 verfügbar.

Weitere Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen adressieren die adäquate Durchführung von Dialysebehandlungen bei Patientinnen und Patienten. Hierbei wird die Verzögerung einer Shuntanlage bei absehbarer persistierender chronischer Niereninsuffizienz als ein zu vermeidendes bzw. zu minimierendes Risiko erachtet. Daher werden in der Gruppe „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung" (IDs 572003 und 572050) Patientinnen und Patienten erfasst, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung mit einem arteriovenösen Shunt versorgt wurden. Allerdings ist es nicht in allen Fällen möglich, die Dialyse über einen arteriovenösen Shunt durchzuführen. Dennoch sollen alle Patientinnen und Patienten mit einer Hämodialysebehandlung möglichst nicht über einen Katheter dialysiert werden, da es u. a. vermehrt zu zugangsassoziierten Komplikationen kommen kann (Girndt et al. 2020). Aus diesem Grund werden im Indikator „Katheterzugang bei Hämodialyse" (ID 572004) sowie in der Transparenzkennzahl „Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren" (ID 572051) die Patientinnen und Patienten betrachtet, die bei ihrer Hämodialysebehandlung überwiegend über einen Katheter dialysiert werden. Gleichzeitig ist eine regelmäßige und ausreichende Anwendung der Hämodialysebehandlung von großer Bedeutung für das Outcome und das Nebenwirkungspotenzial bei Dialysepatientinnen und Dialysepatienten. Zum angemessenen Monitoring wird mithilfe der Indikatorgruppe „Dialysefrequenz pro Woche" (IDs 572005 und 572052) sowie „Dialysedauer pro Woche" (IDs 572006 und 572053) geprüft, ob die Patientinnen und Patienten in der Regel dreimal pro Woche eine Dialysebehandlung mit einer optimalen Dialysedauer von 12 Stunden pro Woche erhalten.

Als Prädiktoren für Mangelerscheinungen bei Dialysepatientinnen und Dialysepatienten während der Betreuung gelten insbesondere der Ernährungsstatus sowie das Anämiemanagement. Die Patientinnen und Patienten leiden häufig an einer Mangelernährung, was in einer schlechteren Verträglichkeit der Dialysebehandlung resultieren kann und somit eine erhöhte Gefahr für das Auftreten von Komplikationen darstellt. Dem verminderten Ernährungsstatus kann allerdings durch eine entsprechende Behandlungsqualität (z. B. diabetologische Betreuung, Ernährungsumstellung, Gabe von Phosphatbindern) entgegengewirkt werden. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Anämie und dem Rückgang der Nierenfunktion. Als Konsequenz wird in den Transparenzkennzahlen „Ernährungsstatus" (ID 572007) und „Anämiemanagement" (ID 572008) sowie in den jeweils dazugehörigen Transparenzkennzahlen für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (IDs 572054 und 572055) evaluiert, wie viele Mangelerscheinungen bei Dialysepatientinnen und Dialysepatienten auftreten.

Mit den sozialdatenbasierten Indikatoren „Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse" (ID 572009) und „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Hämodialyse" (ID 572010) sowie den jeweils dazugehörigen Transparenzkennzahlen für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (IDs 572056 und 572057) wird zusätzlich das Ausmaß von schweren Komplikationen, die während der Dialysebehandlung auftreten, betrachtet. Die Indikatoren zur Hospitalisierung wurden zum AJ 2025 erstmalig risikoadjustiert.

Bei einer fortwährenden Dialysebehandlung über mehrere Jahrzehnte besteht eine erhöhte Sterblichkeit, die insbesondere von der Behandlungsqualität sowohl während der Dialysebehandlung als auch vor und nach einer Nierentransplantation erheblich beeinflusst werden kann. Daher werden die Überlebensraten bis zu 10 Jahre betrachtet (Transparenzkennzahlen 572011, 572012, 572013, 572014, 572015, 572058, 572059, 572060, 572061, 572062). Zum Auswertungsjahr 2024 ist für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 jedoch eine Nachverfolgbarkeit nur bis zu 3 Jahren möglich, da die Verknüpfung von Follow-up-Daten durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-RL erst ab dem Erfassungsjahr 2020 erfolgt. Somit wird der Follow-up-Zeitraum jährlich steigen, bis im AJ 2031 der Zeitraum von 10 Jahren betrachtet werden kann.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-DIAL

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt			
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	QS-Dokumentation	2024
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration			
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration	QS-Dokumentation	2024
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration			
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration	QS-Dokumentation	2024
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche			
572005	Dialysefrequenz pro Woche	QS-Dokumentation	2024
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Dialysedauer pro Woche			
572006	Dialysedauer pro Woche	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Ernährungsstatus			
572007	Ernährungsstatus*	QS-Dokumentation	2024
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Anämiemanagement			
572008	Anämiemanagement*	QS-Dokumentation	2024
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen			
572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
572056	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen			
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: 1-Jahres-Überleben			
572011	1-Jahres-Überleben*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: 2-Jahres-Überleben			
572012	2-Jahres-Überleben*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2022

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2022
Gruppe: 3-Jahres-Überleben			
572013	3-Jahres-Überleben*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2021
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2021

* Transparenzkennzahl

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* gibt es drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit:

- 852306: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
- 852307: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
- 852308: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Aufgrund eines Fehlers in der Spezifikation zu Minimaldatensätzen (MDS) können diese für das Auswertungsjahr 2025 genau wie im Vorjahr (AJ2024) jedoch nicht ausgewertet werden. Durch diesen Fehler ist ein Abschluss von Dokumentationsbögen zu MDS, allerdings ohne Angaben des Erfassungsquartals, dennoch möglich. Wenn auch entsprechend spezifizierte MDS in anderen Qualitätssicherungsverfahren problemlos verarbeitet werden können, ist es aufgrund der individuellen Zählweise von Basisbögen und MDS im Auswertungsmodul *NET-DIAL* nicht möglich. Hier kann es vorkommen, dass pro Patientin bzw. Patient, Leistungserbringer und Quartal mehr als ein Basisbogen/MDS vorliegt. Das liegt an den Falldefinitionen bzw. Abrechnungsmodalitäten insbesondere im teilstationären Bereich. Um die dadurch entstandene Verzerrung zwischen gelieferten IST-Bögen (jeder gelieferte Bogen wurde gezählt) und den erwarteten SOLL-Bögen (nur ein Bogen pro Patientin/Patient, Leistungserbringer und Quartal wurde gezählt) zu beheben, wird bei der IST-Zählung seit dem Auswertungsjahr 2024 nur noch ein Basisbogen/MDS pro Patient, Leistungserbringer und Quartal berücksichtigt. Darüber hinaus wurden MDS ohne dokumentiertem Erfassungsquartal dem Erfassungsjahr ohne Zuweisung zu einem Quartal zugeordnet. Daraus können folgende Konsequenzen resultieren:

1. Liegen zu einer Patientin oder einem Patienten mehrere MDS ohne dokumentiertem Erfassungsquartal aus unterschiedlichen Quartalen vor, so wird nur einer dieser MDS gezählt. In der Folge wird dem Leistungserbringer für diesen Fall fälschlicherweise eine Unterdokumentation zurückgemeldet.
2. Liegen zu einer Patientin oder einem Patienten mehrere MDS aus einem Quartal vor und wurde hier nur zum Teil ein Erfassungsquartal dokumentiert, so werden für diesen Leistungserbringer und für dieses Quartal zwei MDS gezählt (statt korrekterweise nur ein MDS). In der Folge wird

dem Leistungserbringer für diesen Fall fälschlicherweise eine Überdokumentation zurückgemeldet.

Aus den beschriebenen Konsequenzen ergibt sich folglich, dass die geplanten Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht korrekt ausgewertet werden können.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der Datensätze auf Bundesebene wird im Modul *NET-DIAL* für das Auswertungsjahr 2025 mit 79,09 % angegeben und hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr scheinbar um 15,72 Prozentpunkte verschlechtert. Ursache der geringen Vollzähligkeitsrate im Auswertungsjahr 2025 ist jedoch die fehlerhafte Berechnung der Anzahl erwarteter Datensätze durch einige Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. So wurde dem IQTIG beispielsweise durch eine Kassenärztliche Vereinigung mitgeteilt, dass die Anzahl der erwarteten Datensätze etwa dreimal so hoch angegeben wurde, als sie tatsächlich ist. In der Konsequenz führen die fehlerhaften Angaben einzelner Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer Vollzähligkeit von 78,00 % bei den Datensätzen zu kollektivvertraglichen Leistungen auf Bundesebene.

Tatsächlich liegt die Anzahl der gelieferten Datensätze zum Erfassungsjahr 2024 bei 338.307 und ist damit im Vergleich zum Vorjahr um 8.958 Datensätze gestiegen. Dieser Anstieg und damit auch die Anzahl der gelieferten Datensätze erscheint plausibel, sodass insgesamt von einer guten Datengrundlage für die Indikatoren- und Kennzahlberechnung auszugehen ist.

Tabelle 2: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – NET-DIAL

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	315.356 308.880 6.476	404.321	78,00
Bund (teilstationäre Leistungen)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	18.017 17.990 27	18.764	96,02
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	4.934 4.678 256	4.664	105,79
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	338.307 331.548 6.759	427.749	79,09
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	692		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	692	744	93,01

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	692	744	93,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	155		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	154	153	100,65
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (teilstationäre Leistungen)	144	144	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	28		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	28	27	103,70
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	28	27	103,70
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	838	890	94,16
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	880		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	848	899	94,33

* Aufgrund einer fehlerhaften Berechnung der Anzahl erwarteter Datensätze durch einige Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Anzahl der erwarteten Datensätze zu hoch und damit die Vollzähligkeit in Prozent zu gering.

** Aufgrund eines Spezifikationsfehlers kann die tatsächliche Anzahl der Minimaldatensätze von der hier dargestellten Anzahl abweichen.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – NET-DIAL

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	307.482 298.120 9.362	329.340	93,36
Bund (teilstationäre Leistungen)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	17.411 17.367 44	18.040	96,51
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	4.456 4.077 379	0	-
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	329.349 319.564 9.785	347.380	94,81
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	697		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	697	682	102,20
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	697	682	102,20
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	153		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	152	150	101,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (teilstationäre Leistungen)	143	141	101,42
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	25		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	25	0	-
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	25	0	-

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	841	823	102,19
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	874		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	850	832	102,16

*Aufgrund einer fehlerhaften Berechnung der Anzahl erwarteter Datensätze durch einige Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Anzahl der erwarteten Datensätze zu hoch und damit die Vollzähligkeit in Prozent zu gering.
** Aufgrund eines Spezifikationsfehlers kann die tatsächliche Anzahl der Minimaldatensätze von der hier dargestellten Anzahl abweichen.

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* wird pro Leistungserbringer und Quartal ein Datensatz pro Patientin bzw. Patient erwartet, was in der Regel einem Behandlungsfall entspricht. Für kollektivvertragliche Leistungen entspricht ein Behandlungsfall wiederum einem Behandlungsquartal, sodass in einem Datensatz alle Dialysen eines Quartals dokumentiert werden. Im teilstationären Bereich kann sich die Definition eines Behandlungsfalls allerdings von Leistungserbringer zu Leistungserbringer unterscheiden, sodass unter Umständen auch mehrere Datensätze pro Quartal übermittelt werden. In diesen Fällen wird unter „geliefert" dennoch nur ein Datensatz pro Quartal, Leistungserbringer und Patientin bzw. Patient gezählt, damit dies mit der Zählweise der „erwarteten" Datensätze übereinstimmt.

Sofern für eine Patientin bzw. einen Patienten mehrere Basisdatensätze pro Jahr übermittelt werden, werden für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen die einzelnen Datensätze zusammengeführt. Des Weiteren bezieht sich die Berechnung der Indikatoren und Kennzahlen auf Patientinnen und Patienten,

- deren Therapiestatus als ständige Dialysebehandlung dokumentiert wurde. („Ständige Dialysebehandlung" meint hier, dass die Patientin bzw. der Patient bei dem jeweils dokumentierenden Leistungserbringer ständig in Dialysebehandlung ist und nicht in kurzzeitiger Dialysebehandlung, beispielsweise im Rahmen einer Gast-/Feriendialyse.)
- die innerhalb des Berichtszeitraums (meist vom 01.10. des Erfassungsjahres -1 bis zum 30.09. des Erfassungsjahres) 13 Wochen in Dialysebehandlung sind.

Für das Auswertungsjahr 2025 entspricht dies 79.363 Patientinnen und Patienten mit 9.504.824 Dialysedatensätzen. Für das Auswertungsjahr 2024 entsprach dies 78.482 Patientinnen und Patienten mit 9.223.923 Dialysedatensätzen.

Die dargestellte Datengrundlage entspricht aufgrund der zuvor beschriebenen Zusammenführung der Datensätze nicht der Datengrundlage, die für die Berechnung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen verwendet wird.

Es zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahren ein sinkender Anteil der Minimaldatensätze an den gesamten Datensätzen (EJ 2024: 2,0 %, EJ 2023: 3,0 %, EJ 2022: 7,1 %). Es ist jedoch zu beachten, dass die tatsächliche Anzahl der Minimaldatensätze aufgrund des im Kapitel 1 bereits beschriebenen Spezifikationsfehlers (Abschluss von Dokumentationsbögen zu MDS ohne Angaben des Erfassungsquartals ist möglich) von der hier dargestellten Anzahl abweichen kann.

Follow-up-Kennzahlen

Die Kennzahlen zum 5-Jahres- und 10-Jahres-Follow-up im Auswertungsmodul *NET-DIAL* können für das Auswertungsjahr 2025 nicht ausgewertet werden. Die Verknüpfung von Follow-up-Daten ist durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-RL erst für Patientinnen und Patienten, die ab dem Erfassungsjahr 2020 mit der Dialysebehandlung begonnen haben, möglich. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Kennzahlen in den Berichten.

Sozialdaten bei den Krankenkassen zu Indexeingriffen aus den Erfassungsjahren 2021 bis 2024

Tabelle 4: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2024) – NET-DIAL

	Erfassungsjahr 2024	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	308.880	98,90 N = 305.482
Bund (teilstationäre Leistungen)	17.990	98,45 N = 17.711
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	4.678	99,98 N = 4.677
Bund (gesamt)	331.548	98,89 N = 327.870

Tabelle 5: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2023) – NET-DIAL

	Erfassungsjahr 2023	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	298.120	99,71 N = 297.250
Bund (teilstationäre Leistungen)	17.367	98,55 N = 17.115
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	4.077	100,00 N = 4.077
Bund (gesamt)	319.564	99,65 N = 318.442

Tabelle 6: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2022) – NET-DIAL

	Erfassungsjahr 2022	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (gesamt)	302.316	99,17 N = 299.796

Tabelle 7: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2021) – NET-DIAL

	Erfassungsjahr 2021	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (gesamt)	241.161	98,76 N = 238.161

Tabelle 4 bis Tabelle 7 stellen die Anzahlen der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den Erfassungsjahren 2021 bis 2024 dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID), mit den für Indexeingriffe des Erfassungsjahres 2021 bis 2024 gelieferten QS-Daten, auf.

In der Spalte „Anzahl übermittelter QS-Daten" wird die Anzahl der gelieferten Datensätze dargestellt. Hierbei erfolgt die Zählung in gleicher Art und Weise wie bei der Datengrundlage zu den QS-Daten, d. h. es wird ein Datensatz pro Quartal, Leistungserbringer und Patientin bzw. Patient gezählt.

Die Verknüpfungsrate liegt für die Erfassungsjahre 2021 bis 2024 zwischen 98,76 % und 99,71 % und damit auf einem guten Niveau.

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse wurde nur ein Teildatensatz übermittelt. Die Auswirkung auf die Qualitätsergebnisse sind insgesamt als gering einzuschätzen. Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass der Datenausfall die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, aufgrund der relativ geringen Abweichungen ist jedoch keine Veränderung der Referenzwerte zu erwarten. Wenn überhaupt sind Abweichungen nur bei einigen wenigen Leistungserbringern und dann nur in einem sehr geringen Ausmaß zu erwarten (siehe Abschnitt 2.3.2 Sozialdatenvalidierung).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* wurde im Rahmen der durchgeführten Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung für die folgenden Indikatoren ein umfassender Überarbeitungsbedarf festgestellt:

- 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

- 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration
- 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration
- 572005: Dialysefrequenz pro Woche
- 572006: Dialysedauer pro Woche

Vor diesem Hintergrund empfahl das IQTIG für diese Indikatoren keine Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 und entsprechend die Aussetzung der jeweiligen Referenzbereiche. Darüber hinaus empfiehlt das IQTIG eine zukünftige inhaltliche Überarbeitung dieser Indikatoren zur Anpassung an den aktuellen Stand der Medizin, sodass sie im Anschluss wieder mit einem Referenzbereich ausgewertet werden können. Der G-BA ist dieser Empfehlung gefolgt.

Infolgedessen wird zum Auswertungsjahr 2025 nur für die beiden Indikatoren „Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen" (ID 572009) und „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen" (ID 572010) die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens empfohlen. Diese Indikatoren messen den Anteil an Patientinnen und Patienten mit chronischer Peritonealdialyse (ID 572010) bzw. Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration (ID 572009), die aufgrund einer am PD-Katheter (ID 572010) bzw. am Zugang aufgetretenen Infektion (ID 572009) mindestens einmal stationär behandelt werden mussten. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde für diese Indikatoren zudem erstmals eine Risikoadjustierung eingeführt. Das Bundesergebnis des Indikators 572009 liegt bei 0,98, demnach sind annähernd so viele stationäre behandelte Infektionen am Zugang aufgetreten, wie erwartet wurde. Das Bundesergebnis des Indikators 572010 liegt bei 0,87, demnach sind 13 % weniger Hospitalisierungen aufgrund von PD-katheter-assoziierten Infektionen aufgetreten als erwartet. Trotz der Risikoadjustierung zeigen sich insbesondere für den Indikator 572009 Unterschiede zwischen den Sektoren (kollektivvertragliche Leistungen: 0,95; teilstationäre Leistungen: 1,68; selektivvertragliche Leistungen: 1,17). Die Ursache dieser Unterschiede zwischen den Sektoren könnte darin liegen, dass bei der Risikoadjustierung noch nicht alle relevanten Risikofaktoren berücksichtigt werden konnten. So wurde vom Expertengremium auf Bundesebene im Frühjahr 2025 beispielsweise angemerkt, dass auch weitere kognitive Störungen (neben der Demenz) ein relevanter Risikofaktor sein könnten. Da einige mögliche Risikofaktoren noch nicht erfasst werden, konnten diese bei der Entwicklung der Risikoadjustierung noch nicht berücksichtigt werden. Eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierung sollte daher zukünftig erfolgen.

Der Indikator „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt" (ID 572002) misst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die zwei Jahre nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde. Für das Auswertungsjahr 2025 liegt das Bundesergebnis bei 82,08 %, für das Auswertungsjahr 2024 bei 69,63 %. Es ist demnach ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, für die seitens der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene oder der Landesarbeitsgemeinschaften bisher noch keine Ursache benannt werden konnte. Auch hinsichtlich der Spezifikation oder den Rechenregeln wurden keine Anpassungen bezüglich dieses Indikators vorgenommen, die den Anstieg erklärt hätten. Bei Betrachtung der

Ergebnisse ist zu beachten, dass die Objektivität dieses Indikators durch eine unzureichende Definition des Begriffes der Evaluation zur Transplantation und des Zeitpunktes, zu welchem diese als abgeschlossen gelten würde, vermindert ist. Darüber hinaus zeigte sich eine verminderte Validität, da derzeit nicht gewährleistet wird, dass ausschließlich die relevanten Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden und keine anderen Behandlungsfälle im Indikator bzw. der Kennzahl eingeschlossen werden. Aufgrund dessen wurde der Referenzbereich des Indikators dieser Gruppe (ID 572002) für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Tabelle 8: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-DIAL

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt				
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	69,63 % O = 7.087 N = 10.178	82,08 % O = 8.449 N = 10.293 (Nicht definiert)	vergleichbar
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	41,67 % O = 5 N = 12	x % O = ≤ 3 N = 15	vergleichbar
Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration				
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration	- O = - N = -	43,52 % O = 6.899 N = 15.854 (Nicht definiert)	vergleichbar
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	64,71 % O = 11 N = 17	vergleichbar
Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration				
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration	- O = - N = -	26,02 % O = 18.568 N = 71.366 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	38,57 % O = 27 N = 70	vergleichbar
Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche				
572005	Dialysefrequenz pro Woche	15,45 % O = 7.594 N = 49.162	14,08 % O = 7.069 N = 50.215 (Nicht definiert)	vergleichbar
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	26,92 % O = 14 N = 52	43,28 % O = 29 N = 67	vergleichbar
Gruppe: Dialysedauer pro Woche				
572006	Dialysedauer pro Woche	- O = - N = -	29,80 % O = 14.965 N = 50.215 (Nicht definiert)	nicht vergleichbar
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	64,18 % O = 43 N = 67	nicht vergleichbar
Gruppe: Ernährungsstatus				
572007	Ernährungsstatus*	4,73 % O = 3.306 N = 69.875	5,62 % O = 4.012 N = 71.376	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	0,00 % O = 0 N = 65	x % O = ≤ 3 N = 83	vergleichbar
Gruppe: Anämiemanagement				
572008	Anämiemanagement*	0,44 % O = 306 N = 69.875	0,42 % O = 299 N = 71.376	vergleichbar
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	0,00 % O = 0 N = 65	0,00 % O = 0 N = 83	vergleichbar
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen				
572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	- O/E = – / - - O/N = – / -	0,98 O/E = 7.213 / 7.380,67 9,06 % O/N = 7.213 / 79.645 (≤ 2,03; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
572056	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	x % O = ≤ 3 N = 8	33,33 % O = 5 N = 15	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen				
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	- O/E = – / - - O/N = – / -	0,88 O/E = 352 / 401,82 16,71 % O/N = 352 / 2.106 (≤ 2,26; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	x % O = ≤ 3 N = 5	x % O = ≤ 3 N = 6	vergleichbar
Gruppe: 1-Jahres-Überleben				
572011	1-Jahres-Überleben*	89,49 % O = 9.223 N = 10.306	89,06 % O = 9.947 N = 11.169	vergleichbar
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	100,00 % O = 4 N = 4	100,00 % O = 21 N = 21	vergleichbar
Gruppe: 2-Jahres-Überleben				
572012	2-Jahres-Überleben*	- O = - N = -	73,43 % O = 7.762 N = 10.571	vergleichbar
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	100,00 % O = 5 N = 5	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: 3-Jahres-Überleben				
572013	3-Jahres-Überleben*	- O = - N = -	61,64 % O = 5.951 N = 9.655	vergleichbar
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	80,00 % O = 4 N = 5	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 9: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – NET-DIAL

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	2023	62 von 826	7,51	-
		2024	51 von 830	6,14	24
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	2023	140 von 447	31,32	-
		2024	77 von 458	16,81	20

2.2.2 Detailergebnisse

Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

Tabelle 10: QI 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	67,12 % O = 6.612 N = 9.851	69,63 % O = 7.087 N = 10.178	**82,08 %** **O = 8.449** **N = 10.293**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 840 0,00 %	0 von 807 0,00 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 840 (0,00 %)	**0 / 807** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 11: TKez 572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = ≤ 3	41,67 % O = 5 N = 12	**x %** **O = ≤ 3** **N = 15**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Gruppe misst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die bis zwei Jahre nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde. Wie bereits weiter oben beschrieben ist für das Auswertungsjahr 2025 bei Patientinnen und Patienten über 18 Jahren im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Zunahme an Fällen, für die keine Evaluation dokumentiert wurde, zu verzeichnen (ID 572002). Im Rahmen der erfolgten Verfahrensüberprüfung wurden Einschränkungen in der Operationalisierung dieses Indikators ermittelt (IQTIG 2025). Zum einen zeigte sich auch aufgrund von Hinweisen von Mitgliedern des Expertengremiums auf Bundesebene, den LAG sowie den Leistungserbringern eine verminderte Objektivität durch eine unzureichende Definition des Begriffes der Evaluation zur Transplantation und des Zeitpunktes, zu welchem diese als abgeschlossen gelten würde. Darüber hinaus zeigte sich eine verminderte Validität, da derzeit nicht gewährleistet wird, dass ausschließlich die relevanten Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden und keine anderen Behandlungsfälle im Indikator bzw. der Kennzahl eingeschlossen werden. Das Expertengremium auf Bundesebene wies auf die

eventuelle Notwendigkeit hin, den Einschluss von Patientinnen und Patienten in diesen Indikator und diese Kennzahl restriktiver zu gestalten. Ebenfalls empfahlen die LAG bei der Konzeption dieses Indikators bzw. der Kennzahl Kontraindikationen oder patientenindividuelle Aspekte (fortgeschrittenes Alter, maligne Erkrankungen, Patientenwillen) stärker zu berücksichtigen. Eine Überarbeitung dieses Indikators ist während der durch den G-BA beschlossenen Aussetzung des Moduls mit Beschluss vom 17. Juli 2025 (G-BA 2025) geplant.

Für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahre zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine verringerte Rate nicht durchgeführter Evaluationen für eine Transplantation innerhalb von 2 Jahren (ID 572049). Allerdings sind die Fallzahlen dieser Kennzahlen sehr gering, sodass hieraus kein eindeutiger Trend zu erkennen ist. Darüber hinaus gilt die zum Indikator 572002 beschriebene verminderte Objektivität sowie die verminderte Validität auch für diese Kennzahl.

Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung und Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse

Tabelle 12: QI 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**43,52 %** **O = 6.899** **N = 15.854**
rechnerische Auffälligkeiten	114 von 749 15,22 %	92 von 779 11,81 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 114 (0,00 %)	**6 / 92** **(6,52 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 749 (0,00 %)	**6 / 779** **(0,77 %)**	n. a.

Tabelle 13: TKez 572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**64,71 %** **O = 11** **N = 17**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 14: QI 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**26,02 %** **O = 18.568** **N = 71.366**
rechnerische Auffälligkeiten	138 von 793 17,40 %	109 von 803 13,57 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 138 (0,72 %)	**3 / 109** **(2,75 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 793 (0,13 %)	**3 / 803** **(0,37 %)**	n. a.

Tabelle 15: TKez 572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**38,57 %** **O = 27** **N = 70**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren und Kennzahlen dieser beiden Gruppen betrachten die Zugangsart bei den durchgeführten Hämodialysen oder Hämo(dia)filtrationen. Patientinnen und Patienten sollen möglichst frühzeitig mit einem Shunt versorgt und über diesen dialysiert werden. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 180 Tagen nicht über einen Shunt dialysiert werden, sollte daher möglichst gering sein. Des Weiteren sollte eine regelhafte Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration über einen Katheterzugang nur in Ausnahmefällen, wenn eine Dialyse über einen Shunt nicht möglich ist, erfolgen.

Die relevante Zugangsart bei Hämo(dia)filtrationen kann erst seit dem EJ 2023 dokumentiert werden. Da die Dokumentation im Kalenderjahr 2022 noch nicht möglich war, die Vorjahresergebnisse zum EJ2023 jedoch den Zeitraum ab Juni 2022 bzw. Oktober 2022 betrachten, können für die Indikatoren und Kennzahlen dieser Gruppen keine Vorjahresergebnisse dargestellt werden.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wiesen sechs Leistungserbringer in einem oder beiden Indikatoren dieser Gruppe rechnerisch auffällige Ergebnisse auf. Im Stellungnahmeverfahren wurden bei drei dieser Leistungserbringer qualitative Mängel bei der Patientenversorgung festgestellt. Zwei der Leistungserbringer haben entweder keine Stellungnahme eingereicht oder die Anonymisierungsvorgaben nicht eingehalten.

Als Besonderheit ist anzumerken, dass die Fachkommission einer LAG sich für das Auswertungsjahr 2024 gegen die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens zu den Indikatoren dieser Gruppe entschied, da zunehmend mehr Patientinnen bzw. Patienten aufgrund von bestimmten Komorbiditäten nicht für einen Shunt bzw. einen Katheter geeignet seien. Im Rahmen der erfolgten Verfahrensüberprüfung konnte im Zuge einer umfangreichen Literaturrecherche für die derzeitige inhaltliche Ausgestaltung und Operationalisierung der Indikatoren 572003 und 572004 ein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt werden (IQTIG 2025). Die Bedeutung der Qualitätsmerkmale an sich wurde durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt. Das IQTIG empfahl in der Folge die Abschaffung beider Indikatoren in ihrer derzeitigen Form und eine Neuentwicklung der Indikatoren mit Ausrichtung an dem aktuellen Stand der Medizin. Eine Prüfung zur Neuentwicklung dieser Indikatoren ist während der durch den G-BA beschlossenen Aussetzung des Moduls mit Beschluss vom 17. Juli 2025 geplant.

Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche und Gruppe: Dialysedauer pro Woche

Tabelle 16: QI 572005: Dialysefrequenz pro Woche

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	18,87 % O = 9.274 N = 49.155	15,45 % O = 7.594 N = 49.162	**14,08 %** **O = 7.069** **N = 50.215**
rechnerische Auffälligkeiten	64 von 844 7,58 %	54 von 821 6,58 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 64 (6,25 %)	**2 / 54** **(3,70 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 844 (0,47 %)	**2 / 821** **(0,24 %)**	n. a.

Tabelle 17: TKez 572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 6	26,92 % O = 14 N = 52	**43,28 %** **O = 29** **N = 67**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 18: QI 572006: Dialysedauer pro Woche

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**29,80 %** **O = 14.965** **N = 50.215**
rechnerische Auffälligkeiten	712 von 813 87,58 %	609 von 821 74,18 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 649 (0,00 %)	**2 / 609** **(0,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 813 (0,00 %)	**2 / 821** **(0,24 %)**	n. a.

Tabelle 19: TKez 572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**64,18 %** **O = 43** **N = 67**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Mit den Indikatoren und den Kennzahlen dieser Gruppen wird der Anteil an Patientinnen und Patienten gemessen, die in mehr als 10 % der Wochen weniger als drei Dialysen pro Woche erhalten haben (ID 572005) bzw. deren mittlere Dialysedauer weniger als 12 Stunden pro Woche betrug (ID 572006).

Hier ist darauf zu achten, dass sofern der Beginn der Dialysetherapie nicht auf einem Montag liegt, erstmals in diesem Jahr jeweils die erste Kalenderwoche der Dialysebehandlung ausgeschlossen wird. In der Vergangenheit führte eine verkürzte erste Woche u. U. zu einer rechnerischen Auffälligkeit in den Indikatoren, da die Dialysefrequenz und -dauer in dieser Woche nicht eingehalten wurde bzw. werden konnte. Des Weiteren werden Quartale, in denen eine Dialysebehandlung beendet wird, bei der Berechnung ausgeschlossen, da es am Ende der Dialysetherapie nachvollziehbare Gründe für die Nichteinhaltung der Frequenz oder Dauer geben kann.

Für den Indikator „Dialysefrequenz pro Woche" (ID 572005) zeigt sich auch weiterhin eine positive Entwicklung. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit ausreichender Frequenz um knapp 5 Prozentpunkte gestiegen.

Für den Indikator und die Kennzahl der Gruppe „Dialysedauer pro Woche" (ID 572006) können keine Vorjahresergebnisse berechnet werden, da die Dauer für Hämo(dia)filtrationen erst seit dem

Erfassungsjahr 2023 dokumentiert wird. Die Vorjahresergebnisse betrachten jedoch den Zeitraum ab Oktober 2022.

Wie bereits beschrieben wurde das Stellungnahmeverfahren zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Indikator „Dialysedauer pro Woche" (ID 572006) zum Auswertungsjahr 2024 in vielen Fällen nicht durchgeführt. Auch bei dem Indikator „Dialysefrequenz pro Woche" (ID 572005) wurde zum Teil auf bestehende Dokumentationsprobleme verwiesen und aus diesem Grund kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Im Zusammenhang mit Anfragen durch Leistungserbringer oder von Landesarbeitsgemeinschaften konnte festgestellt werden, dass bei einer rechnerischen Auffälligkeit im Indikator „Dialysedauer pro Woche" (ID 572006) oftmals eine unzureichende Dialysefrequenz in den betroffenen Wochen – und damit nur indirekt eine unzureichende Dialysedauer – die Ursache ist. Das IQTIG wird daher prüfen, ob im Indikator und in der Kennzahl zur Dialysedauer zukünftig nur noch Wochen mit einer ausreichenden Frequenz berücksichtigt werden sollten. Außerdem muss geprüft werden, wie fachliche Entwicklungen wie bspw. inkrementelle und dekrementelle Dialysen im Verfahren berücksichtigt werden können. Zusätzlich konnte im Rahmen der erfolgten Verfahrensüberprüfung im Zuge einer umfangreichen Literaturrecherche für die derzeitige inhaltliche Ausgestaltung und Operationalisierung der Indikatoren 572005 und 572006 ein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt werden (IQTIG 2025). Die Bedeutung der Qualitätsmerkmale an sich wurde durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt. Das IQTIG empfahl in der Folge die Abschaffung beider Indikatoren in ihrer derzeitigen Form und eine Neuentwicklung der Indikatoren mit Ausrichtung an dem aktuellen Stand der Medizin. Auch die Beseitigung der zuvor beschriebenen Verknüpfung der Dialysefrequenz mit der Dialysedauer ist hierbei zu beachten. Eine Prüfung zur Neuentwicklung dieser Indikatoren ist während der durch den G-BA beschlossenen Aussetzung des Moduls mit Beschluss vom 17. Juli 2025 (G-BA 2025) geplant.

Gruppe Ernährungsstatus

Tabelle 20: TKez 572007: Ernährungsstatus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,37 % O = 2.933 N = 67.137	4,73 % O = 3.306 N = 69.875	**5,62 %** **O = 4.012** **N = 71.376**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 21: TKez 572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 10	0,00 % O = 0 N = 65	**x %** **O = ≤ 3** **N = 83**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Das Ziel dieser Gruppe ist es, den Anteil an Patientinnen und Patienten zu messen, die unter Mangelernährung leiden. Dies wird dadurch operationalisiert, dass gemessen wird, wie viele Patientinnen und Patienten in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen sowohl einen niedrigen Serumalbuminwert als auch einen hohen Gewichtsverlust hatten.

Das Bundesergebnis der Kennzahl zu Patientinnen und Patienten über 18 Jahren zeigt im Vergleich zum Vorjahr eine geringfügige Verschlechterung um ca. 1 Prozentpunkt. Für die Kennzahl zu Patientinnen und Patienten unter 18 zeigen sich – im Gegensatz zu den Auswertungsjahren 2023 und 2024 – wenige aufgetretene Fälle.

Vom Expertengremium auf Bundesebene wurde infrage gestellt, ob mit den genannten Faktoren das Vorliegen einer Mangelernährung überhaupt fachlich adäquat festgestellt werden kann. Dementsprechend zeigten sich im Rahmen der erfolgten Verfahrensüberprüfung Einschränkungen in der Operationalisierung der Transparenzkennzahl 572007 (IQTIG 2025). Das Expertengremium auf Bundesebene bestätigte zwar die Sinnhaftigkeit der Qualitätssicherung zum Management des Ernährungsstatus, die herangezogenen Faktoren Albuminwert und Gewichtsverlust seien allerdings nicht geeignet, um von Mangelernährung betroffene Patientinnen und Patienten zu identifizieren. Daher kann derzeit nicht gewährleistet werden, dass ausschließlich die relevanten Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden und keine anderen Behandlungsfälle in den Kennzahlen eingeschlossen werden, weshalb sich eine geringe Validität der Kennzahl ergibt. Eine Überarbeitung dieser Transparenzkennzahl ist während der durch den G-BA beschlossenen Aussetzung des Moduls mit Beschluss vom 17. Juli 2025 geplant (G-BA 2025). Darüber hinaus gilt die zur Kennzahl 572007 beschriebene verminderte Validität auch für die Kennzahl 572054.

Gruppe: Anämiemanagement

Tabelle 22: TKez 572008: Anämiemanagement

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,37 % O = 251 N = 67.137	0,44 % O = 306 N = 69.875	**0,42 %** **O = 299** **N = 71.376**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 23: TKez 572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 10	0,00 % O = 0 N = 65	**0,00 %** **O = 0** **N = 83**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2025 lagen nur bei 299 von 71.376 Patientinnen und Patienten über 18 Jahren die Werte von Hämoglobin, Ferritin oder der Transferrin-Sättigung und CRP in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen außerhalb der jeweils definierten Grenzwerte, sodass von einer anhaltenden Anämie ausgegangen werden kann. Bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren trat dies – wie auch in den letzten Jahren – nicht auf.

Im Rahmen der erfolgten Verfahrensüberprüfung konnte im Zuge einer umfangreichen Literaturrecherche für die derzeitige inhaltliche Ausgestaltung und Operationalisierung der Transparenzkennzahl 572008 ein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt werden (IQTIG 2025). Die Bedeutung des Qualitätsmerkmals an sich wurde durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt. Eine Prüfung zur Neuentwicklung dieser Transparenzkennzahl mit Ausrichtung an dem aktuellen Stand der Medizin ist während der durch den G-BA beschlossenen Aussetzung des Moduls mit Beschluss vom 17. Juli 2025 geplant (G-BA 2025).

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse und Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

Tabelle 24: QI 572009: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = – / - - O/N = – / -	- O/E = – / - - O/N = – / -	**0,98** **O/E = 7.213 / 7.380,67** **9,06 %** **O/N = 7.213 / 79.645**
rechnerische Auffälligkeiten	56 von 718 7,80 %	62 von 826 7,51 %	**51 von 830** **6,14 %** **(Refbereich: ≤ 2,03; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 56 (0,00 %)	**3 / 62** **(4,84 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 718 (0,00 %)	**3 / 826** **(0,36 %)**	n. a.

Tabelle 25: TKez 572056: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 11	12,50 % O = ≤ 3 N = 8	**33,33 %** **O = 5** **N = 15**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 26: QI 572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = – / - - O/N = – / -	- O/E = – / - - O/N = – / -	**0,88** **O/E = 352 / 401,82** **16,71 %** **O/N = 352 / 2.106**
rechnerische Auffälligkeiten	69 von 285 24,21 %	140 von 447 31,32 %	**77 von 458** **16,81 %** **(Refbereich: ≤ 2,26; 95. Perzentil)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 69 (1,45 %)	**7 / 140 (5,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 285 (0,35 %)	**7 / 447 (1,57 %)**	n. a.

Tabelle 27: TKez 572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = 0 N = 0	x % O = ≤ 3 N = 5	**x %** **O = ≤ 3** **N = 6**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren und Kennzahlen dieser Gruppe messen den Anteil an Patientinnen und Patienten mit chronischer Peritonealdialyse (IDs 572010, 572057) bzw. Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration (IDs 572009, 572056), die aufgrund einer am PD-Katheter (IDs 572010, 572057) bzw. am Zugang aufgetretenen Infektion (IDs 572009, 572056) mindestens einmal stationär behandelt werden mussten.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurde für die beiden Indikatoren dieser Gruppen erstmals eine Risikoadjustierung eingeführt (IDs 572009, 572010). Das hierbei verwendete logistische Regressionsmodell berücksichtigt die folgenden Risikofaktoren:

- Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen (ID 572009)
  - Alter in Jahren
  - Geschlecht
  - Dauer der Dialysetherapie
  - Transplantation
  - Adipositas
  - Blutungskomplikationen
  - Demenz
  - HIV
  - multiresistente Keime
  - psychische Erkrankung
  - Sepsis
  - Verschlusskrankheit
  - Linksherzinsuffizienz Stadium 3 oder 4

- Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen (572010):
  - Alter in Jahren
  - Dauer der Dialysetherapie
  - Transplantation
  - Blutungskomplikationen
  - Malignom
  - Demenz
  - multiresistente Keime
  - Sepsis

Da die Indikatoren und Kennzahlen dieser Gruppe auch auf Basis von Sozialdaten berechnet werden, sind die im Abschnitt 2.3.2 beschriebenen Einschränkungen der zum Auswertungsjahr 2025 vorliegenden Sozialdaten zu beachten.

Die Bundesergebnisse beider Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 zeigen, dass jeweils weniger Fälle aufgetreten sind, als erwartet wurde. Wie bereits unter 2.2.1 beschrieben, zeigen sich trotz erstmalig erfolgter Risikoadjustierung insbesondere für den Indikator 572009 Unterschiede zwischen den Sektoren (kollektivvertragliche Leistungen: 0,95; teilstationäre Leistungen: 1,68; selektivvertragliche Leistungen: 1,17). Eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierung sollte entsprechend den Empfehlungen des Expertengremiums auf Bundesebene zukünftig erfolgen, um weitere relevante Risikofaktoren zu berücksichtigen.

Die Kennzahlen zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden weiterhin ohne Risikoadjustierung ausgewertet. Hier zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine erhöhte Rate, vor dem Hintergrund der geringen Fallzahlen ist jedoch kein eindeutiger Trend erkennbar.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 erhielt das IQTIG über die Landesarbeitsgemeinschaften die Rückmeldung, dass einige Leistungserbringer die Zahlen im Nenner der Indikatoren dieser Gruppe nicht nachvollziehen konnten. Laut Rückmeldungen der Leistungserbringer hätten diese jeweils mehr Patientinnen und Patienten mit Hämodialyse und Häm(dia)filtration bzw. mit Peritonealdialyse behandelt, als in den Grundgesamtheiten dieser Indikatoren dargestellt wurden. Das IQTIG bat Landesarbeitsgemeinschaften bzw. Leistungserbringer um die Nennung konkreter fehlender Fälle (Vorgangsnummern) zur Analyse, erhielt jedoch lediglich allgemein gehaltene Hinweise. Ohne die laut Leistungserbringer fehlenden Fälle zu kennen, ist eine Überprüfung hierzu nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich. Die Evaluation der Sozialdaten zum Auswertungsjahr 2024 deutete nicht auf Probleme hinsichtlich der übermittelten Sozialdaten hin. Das IQTIG kann daher aktuell meist nur darauf hinweisen, dass die Rechenregeln der Indikatoren und Kennzahlen bestimmte Fälle ausschließen, was eine Ursache für die Nichtberücksichtigung im Indikator bzw. in der Kennzahl bedeuten kann. Des Weiteren kann auf Gründe für eine mögliche Nichtverknüpfbarkeit von QS- und Sozialdaten hingewiesen werden, die auch durch Leistungserbringer zur Problembehebung überprüft werden können (z. B. es handelt sich um eine besondere Personengruppe oder es gab Änderungen bezüglich der Abrechnung nach erfolgter MD-Prüfung nach Jahresabschluss). Nichtsdestotrotz wird das IQTIG auch zukünftig mögliche Ursachen prüfen, sofern konkrete Hinweise vorliegen.

Den Ergebnissen der Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 zu den Indikatoren dieser Gruppe ist darüber hinaus zu entnehmen, dass im Zähler berücksichtigte ICD-Kodes zu unspezifisch und nicht dialyseimmanent seien. Durch eine Fachkommission wird vermutet, dass die Kodes nach Krankenhausaufenthalt automatisch durch die Software übernommen wurden, die Art der Komplikationen jedoch ohne Dialysebezug sei und daher für die Dialysepraxis irrelevant wäre. Das IQTIG wird diesen Hinweis mit der Bundesfachkommission beraten und ggf. zukünftig eine Anpassung der Indikatoren und Kennzahlen vornehmen.

1-, 2- und 3-Jahres-Überleben

Tabelle 28: TKez 572011: 1-Jahres-Überleben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	89,97 % O = 8.483 N = 9.429	89,49 % O = 9.223 N = 10.306	**89,06 %** **O = 9.947** **N = 11.169**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 29: TKez 572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,00 % O = 5 N = 5	100,00 % O = 4 N = 4	**100,00 %** **O = 21** **N = 21**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 30: TKez 572012: 2-Jahres-Überleben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**73,43 %** **O = 7.762** **N = 10.571**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 31: TKez 572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**100,00 %** **O = 5** **N = 5**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 32: TKez 572013: 3-Jahres-Überleben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**61,64 %** **O = 5.951** **N = 9.655**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 33: TKez 572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**80,00 %** **O = 4** **N = 5**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen dieser Gruppen adressieren das Überleben von Dialysepatientinnen und Dialysepatienten ein (IDs 572011 und 572058), zwei (IDs 572012 und 572059) bzw. drei (IDs 572013 und 572060) Jahre nach Beginn der Dialyse.

Für die Kennzahlen der Gruppe „1-Jahres-Überleben“ sind die Bundesergebnisse im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibend, bei den Patientinnen und Pateinten unter 18 Jahren trat kein Fall auf.

Für die Kennzahlen zum 2- und 3-Jahres-Überleben können keine Vorjahresergebnisse berechnet werden, da der Betrachtungszeitraum der Vorjahre bis auf das Erfassungsjahr 2019 zurückgehen würde. Da für dieses Auswertungsmodul jedoch erst seit dem Erfassungsjahr 2020 Daten erfasst werden, können die Vorjahresergebnisse nicht dargestellt werden.

Da die Kennzahlen dieser Gruppe auch auf Basis von Sozialdaten berechnet werden, sind die im Abschnitt 2.3.2 beschriebenen Einschränkungen der zum Auswertungsjahr 2025 vorliegenden Sozialdaten zu beachten.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Detailergebnisse

Für das Auswertungsjahr 2025 werden im Auswertungsmodul *NET-DIAL* keine Auffälligkeitskriterien ausgewertet.

2.3.2 Sozialdatenvalidierung

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

In den Modulen *DIALS* und *NTXS* werden in den Erfassungsjahren 2024 bzw. 2020 bis 2024 insgesamt 16 bzw. 14 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.[1] Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 8 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 34 sind die im AJ 2025 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 34 Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS NET

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen		Vollzähligkeit der Daten	
			DIALS (EJ 2024)	NTXS (EJ 2024)	DIALS (EJ 2024)	NTXS (EJ 2024)
30	*Fehlende Datenlieferung*	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,66 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,70 %.

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegt nur ein Teildatensatz vor. Durch die fehlende aktuelle Lieferung wurden die Auffälligkeiten in PK30 „Fehlende Datenlieferung“ (siehe

[1] Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe: G-BA (2024)

Tabelle 34) erzeugt. Hierdurch ist eine Beeinträchtigung aller 10 sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren möglich.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann. Aufgrund der relativ geringen Abweichungen wird keine Veränderung der Referenzwerte erwartet.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 35: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-DIAL

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	0	-	5.304	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	0	100,00	5.304	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	0	0,00	1.066	20,10
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	0	100,00	1.066	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	0	0,00	1.066	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	613	57,50
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	453	42,50
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	453	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	3	0,66
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	2	0,44
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	288	27,02
Bewertung als qualitativ auffällig	0	0,00	23	2,16
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	27	2,53
Sonstiges	0	0,00	113	10,60

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	17	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurde zu 453 der insgesamt 1.066 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Das entspricht einem Anteil von 42,5 %. Zu drei rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen wurde ein Gespräch durchgeführt und zwei Stellungnahmeverfahren waren bei Berichtserstellung noch nicht abgeschlossen.

Der geringe Anteil der durchgeführten Stellungnahmen ist insbesondere auf den Indikator „Dialysedauer pro Woche" (ID 572006) zurückzuführen, für den zu 458 rechnerisch auffälligen Ergebnissen kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde. Als Begründung für die Nicht-Durchführung wird von den Landesarbeitsgemeinschaften meist die Empfehlung des IQTIG, für das Auswertungsjahr 2024 keine Stellungnahmeverfahren durchzuführen, genannt. Hintergrund waren vorliegende Hinweise auf eine Unterdokumentation von „wesentlichen Ereignissen", d. h. begründete Abwesenheiten der Patientin bzw. des Patienten (z. B. aufgrund von Urlaub oder einem stationären Krankenhausaufenthalt). Da während Wochen mit einem wesentlichen Ereignis die im Indikator 572006 geforderte Dialysedauer von mindestens 12 Stunden pro Woche aus nachvollziehbaren Gründen nicht erfüllt kann, werden solche Wochen bei der Berechnung des Indikators ausgeschlossen. Dies erfordert jedoch eine zuverlässige Dokumentation der wesentlichen Ereignisse durch die Leistungserbringer. Aufgrund von Rückmeldungen bzw. Anfragen durch Leistungserbringer selbst bestand jedoch die Vermutung, dass nicht alle wesentlichen Ereignisse durch die Leistungserbringer dokumentiert wurden. Es musste daher davon ausgegangen werden, dass den rechnerisch auffälligen Ergebnissen in vielen Fällen statt eines qualitativen Problems ein Dokumentationsproblem zugrunde liegt.

Weitere Gründe für die Nicht-Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis sind nach Angabe der Landesarbeitsgemeinschaften zum Beispiel entsprechende Empfehlungen der zuständigen Fachkommission, eine erstmalige geringfügige Abweichung vom Referenzbereich, die Schließung der Praxis oder dass es sich um einen Einzelfall handelte.

Weitere indikatorübergreifende Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften im Rahmen der durchgeführten Stellungnahmen waren u. a. die erforderliche Entwicklung einer Risikoadjustierung für die Indikatoren, die nach Ansicht der jeweiligen Fachkommission die rechnerische Auffälligkeit zum Teil begründen würde. Daneben wurde festgestellt, dass einige Leistungserbringer Probleme hätten, die auffälligen Vorgangsnummern zurückzuverfolgen, was bereits in einem

Informationsschreiben des IQTIG an die Softwareanbieter im August 2024 aufgegriffen und um Prüfung und ggf. Optimierung gebeten wurde.

Am Ende des Stellungnahmeverfahrens wurden 23 Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Sieben Ergebnisse bei sechs Leistungserbringern wurden aufgrund einer fehlenden Stellungnahme durch den Leistungserbringer oder aufgrund unzureichender Anonymisierung der Stellungnahme als qualitativ auffällig bewertet. Vier rechnerisch auffällige Ergebnisse wurden mit einer A99 als qualitativ auffällig bewertet, da die Leistungserbringer sich nicht am Stellungnahmeverfahren beteiligt hätten. Eigentlich sollte jedoch eine Bewertung mit A72 erfolgen, wenn keine bzw. keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt wurden. Bei den übrigen 16 qualitativ auffällig bewerteten Indikatorergebnissen handelte es sich gemäß den Qualitätssicherungsergebnisberichten um jeweils unterschiedliche Ursachen. Beispielsweise wurde bei einem Leistungserbringer die fehlende Anlage eines Shunts innerhalb von 180 Tagen (ID 572003) in den im Stellungnahmeverfahren adressierten Fällen als qualitativer Mangel bewertet. Die Praxisleitung hatte dieses Problem bereits erkannt und die Behebung eingeleitet. In zwei Fällen zur Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen (ID 572010) wurde die qualitative Auffälligkeit mit dem öffentlichen Hinweis erläutert, dass Patientinnen oder Patienten sich bei den betroffenen Vorgängen gegen die passende Behandlungsempfehlung entschieden hätten. Sofern es keine zusätzlichen Begründungen für die qualitativ auffällige Bewertung gibt, scheint diese Begründung nicht plausibel. In jeweils einem Fall zu den Indikatoren „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung" (ID 572003) und „Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration" (ID 572004) soll im Rahmen einer Maßnahme nach Maßnahmenstufe 1 eine Optimierung der Vorbereitung von Patientinnen und Patienten auf die Hämodialyse erfolgen.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Für das Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul *NET-DIAL* keine Auffälligkeitskriterien ausgewertet. Es wurden daher keine Stellungnahmeverfahren zu Auffälligkeitskriterien durchgeführt.

4 Evaluation

Durch eine LAG wurde angeführt, dass die Identifikation von rechnerisch auffälligen Vorgängen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu den Indikatoren „Dialysefrequenz pro Woche“ (ID 572005) und „Dialysedauer pro Woche“ (ID 572006) für Leistungserbringer schwierig sei. Je nach den Abrechnungsmodalitäten der Leistungserbringer kann je Quartal mindestens ein Basisbogen und somit eine Vorgangsnummer angelegt werden. Da diese Indikatorergebnisse als Durchschnitt aus relevanten Dialysen gebildet werden, erhalten Leistungserbringer somit zum Stellungnahmeverfahren Listen auffälliger Vorgänge korrekterweise mit mindestens vier Vorgangsnummern pro Patientin bzw. Patient. Es ist für die Leistungserbringer teilweise schwierig zu identifizieren, hinter welcher Vorgangsnummer sich die tatsächlichen Abweichungen verbergen. Ebenfalls wurde bezüglich des Indikators „Dialysedauer pro Woche“ (ID 572006) kritisiert, dass nicht plausible Daten wie z. B. sehr lange Dialysezeiträume dokumentiert werden könnten. Die Aufnahme einer Fehlermeldung wurde für solche Fälle empfohlen. Darüber hinaus scheinen laut LAG-Rückmeldung einige Leistungserbringer die tatsächlich erbrachte Dialysedauer zu dokumentieren, während andere nur die verordnete Dialysedauer automatisch übernehmen. Da im Indikator (ID 572005) natürlich die tatsächlich erbrachte Dialysedauer von Relevanz ist, bedürfe es einer Spezifizierung der Anforderungen.

Eine weitere LAG informierte über den Verdacht, dass trotz 100%iger Vollzähligkeit der Basisbögen unter Umständen nicht alle Dialyseleistungen dokumentiert werden. Ursächlich hierfür ist, dass in der Regel pro Basisbogen mehrere Dialysebögen übermittelt werden, der SOLL-IST-Abgleich jedoch ausschließlich auf Ebene der Basisbögen erfolgt. Die LAG empfiehlt entsprechend eine Umstellung des IST-SOLL-Abgleichs in der Datengrundlage des Auswertungsmoduls *NET-DIAL*. Aus Sicht des IQTIG ist dies jedoch nicht möglich, da in der Regel keine Abrechnung einzelner Dialyseleistungen, sondern eine quartalsweise Abrechnung erfolgt. Somit kann das SOLL für einzelne Dialyseleistungen nicht ermittelt werden. Zusätzlich wäre eine verpflichtende Einführung eines QS-Monitors über die Softwarehersteller laut dieser LAG für die Leistungserbringer hilfreich, um ihre Dokumentationsraten auf Dialyseebene besser überblicken und somit die QS-Ergebnisse über das Jahr besser im Blick behalten zu können. Laut weiterer LAG gäbe es generell Schwierigkeiten mit der QS-Dokumentation im Bereich der Dialyse, da zum einen durch das IQTIG spezifizierte Ausfüllhinweise den Leistungserbringern gar nicht bekannt seien oder Unklarheiten bei der Dokumentation wesentlicher Ereignisse oder der erstmaligen Dokumentationspflicht bestünden. Dies liegt teilweise an der nicht spezifikationskonformen Umsetzung der Softwareanbieter. Teilweise könnten wesentliche Ereignisse aber auch nicht korrekt dokumentiert werden, da zum Dokumentationszeitpunkt der weitere Verlauf der Behandlung (bspw. stationäre Aufnahme der Patientin bzw. des Patienten) noch nicht bekannt sei.

Weiterhin verweisen einige LAG auf den Bedarf einer Risikoadjustierung bei allen Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Auswertungsmoduls *NET-DIAL*. Eine LAG teilte mit, dass die zuständige Fachkommission für die Indikatoren „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung“ (ID 572003) und „Katheterzugang bei Hämodialyse“ (ID 572004)

eine Berücksichtigung des Patientenalters sowie von Komorbiditäten bei einer zukünftigen Risikoadjustierung empfiehlt.

Ebenfalls wies eine LAG hinsichtlich des Indikators „Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen" (ID 572009) auf den Verdacht eines Anpassungsbedarfs der Komplikationen hin, die zum Einschluss in den Indikator führen. Demnach sollten die berücksichtigten Komplikationen eine stärkere Fokussierung auf ursächliche Zusammenhänge mit der Dialyse erhalten sowie ein deutlicherer Ausschluss von Komplikationen aufgrund anderer Erkrankungen bzw. Interventionen erfolgen. Auch sei die Risikoadjustierung noch nicht ausgereift genug. Letzteres entspricht insofern der Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene, als weitere Faktoren auf Relevanz für eine Risikoadjustierung geprüft werden sollen. Die zuvor beschriebenen Rückmeldungen der LAG bestätigte sich zu weiten Teilen auch in der erfolgten Verfahrensüberprüfung des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* bzw. wurde durch die Verfahrensüberprüfung erweitert (IQTIG 2025), in der für die folgenden Indikatoren ein umfassender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde:

- 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt
- 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration
- 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration
- 572005: Dialysefrequenz pro Woche
- 572006: Dialysedauer pro Woche

Zusätzlich besteht umfangreicher Überarbeitungsbedarf am QS-Dokumentationsbogen und den zugehörigen Ausfüllhinweisen, auf den auch einige LAG im Rahmen der Verfahrensüberprüfung und der oben beschriebenen Evaluation hingewiesen haben. Ebenfalls bestehen weiterhin verfahrenstechnische Optimierungsbedarfe an der Darstellung der Datengrundlage, an den Listen auffälliger Vorgänge, welche gemeinsam mit den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer versendet werden, sowie an der Definition des adressierten Berichtszeitraums (die Quartalsverschiebung in *NET-DIAL* führt zu einer erhöhten Komplexität des Auswertungsmoduls). Die notwendige Anpassung bzw. Überarbeitung all dieser Faktoren wurde in der Vergangenheit auch vom Expertengremium auf Bundesebene, den LAG, den Leistungserbringern und von medizinischen Fachgesellschaften bekräftigt, da dies maßgeblich die Qualität und Aussagekraft der Daten sowie die Akzeptanz bei den Leistungserbringern verbessern würde. Das IQTIG empfahl daher die Aussetzung des Verfahrens zur Überarbeitung der technischen Bedarfe sowie der Überarbeitung bzw. Neuentwicklung der genannten Indikatoren. Der G-BA kam dieser Empfehlung mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 (G-BA 2025) in weiten Teilen nach, wonach das Auswertungsmodul *NET-DIAL* in den EJ 2026 und 2027 ausgesetzt werden soll.

5 Ausblick

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* (*QS NET*). Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 28. Mai 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Wie in dem Beschluss des G-BA vom 17. Juli 2025 (G-BA 2025) festgehalten, wird das Auswertungsmodul *NET-DIAL* in den EJ 2026 und 2027 zur Überarbeitung ausgesetzt. Während dieses Zeitraums soll eine Überarbeitung bzw. Neuentwicklung der Indikatoren „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt" (ID 572002), „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration" (ID 572003), „Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration" (ID 572004), „Dialysefrequenz pro Woche" (ID 572005) und „Dialysedauer pro Woche" (ID 572006) geprüft werden. Ebenfalls soll eine umfangreiche Überarbeitung des QS-Dokumentationsbogens und der zugehörigen Ausfüllhinweise erfolgen. Weitere Ziele sind die Bearbeitung zusätzlicher verfahrenstechnischer Optimierungsbedarfe an der Darstellung der Datengrundlage, an den Listen auffälliger Vorgänge, welche gemeinsam mit den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer versendet werden, sowie an der Definition des adressierten Berichtszeitraums (die Quartalsverschiebung in *NET-DIAL* führt zu einer erhöhten Komplexität des Auswertungsmoduls).

Nierentransplantation

1 Hintergrund

Das Auswertungsmodul *NET-NTX* bezieht sich ausschließlich auf Organempfängerinnen und -empfänger. Bei Patientinnen und Patienten, die eine Nierentransplantation erhalten, handelt es sich um Menschen mit bereits bestehenden schweren Vorerkrankungen, deren anspruchsvolle Behandlung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich macht. Der Indexeingriff der Transplantation sowie die Nachsorge der Patientinnen und Patienten sind mit klinischen Risiken verbunden (bspw. eine Organabstoßung, Infektionen bis hin zum Versterben der Patientin oder des Patienten), denen entgegengewirkt werden muss. Durch eine bestmögliche Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen sowie eine Kooperation mit den ambulanten Einrichtungen können diese Risiken erheblich reduziert werden.

Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, dem Überleben sowie dem Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation, intra- und postoperativen Komplikationen, der Transplantatfunktion, Abstoßungsreaktionen sowie einem potenziellen Transplantatversagen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Transplantationen sowie die Verringerung der Komplikationsraten nach der Transplantation und von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Transplantation. Hierbei spielt nicht zuletzt die Evaluationsqualität bei Empfängerpatientinnen und Empfängerpatienten bei der Betrachtung der Gesamtqualität eine Rolle.

Qualitätsindikatoren

Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 527017) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Anschluss an die Operation und noch während des stationären Aufenthalts versterben. Da auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, mit der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen kann, wird das Überleben auch in den fünf Jahren nach der Operation betrachtet (IDs 572018, 572019, 572020 und 572021). Die Qualität der Nachsorgestruktur und Durchführung der Nachsorge wird im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 302300) abgebildet.

Das Organüberleben als entscheidendes Kriterium für die Bewertung des Erfolgs einer Transplantation soll in Form der Rate an behandlungsbedürftigen Abstoßungen des transplantierten Organs überprüft werden (IDs 572100 und 572101). Die Kennzahlen zur Rate an behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollen zukünftig jedoch überabreitet werden. Durch den perzentilbasierten Referenzbereich resultierten in der Vergangenheit, als diese Kennzahlen noch als Qualitätsindikatoren geführt wurden, Referenzbereiche, die im Vergleich deutlich über der internationalen Norm lagen und somit nicht funktional waren. Zudem wird das Transplantatversagen innerhalb des ersten Jahres betrachtet (ID 572032) sowie als Kennzahl das Transplantatversagen innerhalb des zweiten, dritten und fünften Jahres nach einer Nierentransplantation ausgewertet (IDs 572033, 572034 und 572035).

In der Indikatorengruppe „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats“ werden potenzielle Abstoßungsreaktionen, operative Komplikation oder anderweitige Prozessprobleme betrachtet, die zu einer postoperativ eingeschränkten Transplantatfunktion führen können. Hier erfolgt eine getrennte Auswertung für Patientinnen und Patienten nach Lebendorganspende (ID 572023) und Patientinnen und Patienten nach postmortaler Spende (ID 572022) aufgrund der besseren Planbarkeit der Operation sowie der im Regelfall besseren medizinischen und gesundheitlichen Vorbedingungen bei Lebendspenderinnen bzw. Lebendspendern als bei einer Nierenspende von verstorbenen Personen.

Die Qualität der Transplantatfunktion hat sowohl Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit des Transplantats als auch die Notwendigkeit einer Re-Transplantation. Dieser Zusammenhang wird durch die Indikatorengruppe „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation“ abgebildet, wobei ebenfalls zwischen Lebendorganspende (ID 572025) und postmortaler Spende (ID 572024) unterschieden wird. Zusätzlich wird die Qualität der Transplantatfunktion in den ersten fünf Jahren nach der Transplantation betrachtet und als Kennzahlen dargestellt (IDs 572026, 572027, 572028 und 572029). Das 5-Jahres-Überleben kann jedoch erst ab dem AJ 2026 mit Blick auf das EJ 2025 für das Follow-up und Indexeingriffe im EJ 2020 dargestellt werden, da in Folge der Umstellung auf die DeQS-RL eine Verknüpfung mit Indexeingriffen aus dem EJ 2019 nicht möglich ist.

Mit dem Indikator „Intra- oder postoperative Komplikationen“ (ID 572016) werden behandlungsbedürftige (schwere) Komplikationen nach einer isolierten Nierentransplantation betrachtet, die während des Eingriffs oder des anschließenden stationären Aufenthalts auftreten.

Tabelle 36: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-NTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	QS-Dokumentation	2024
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2024
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2024
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2024
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung			
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation			
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	QS-Dokumentation	2024
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	QS-Dokumentation	2024
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2024
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2024
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen			
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation	2024
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation	2024
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QS-Dokumentation	2024
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2024
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* gibt es ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit. Die weiteren Auffälligkeitskriterien werden für die beiden Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* gemeinsam berechnet und im Berichtsteil zu Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation dargestellt.

Das Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterium zur zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up (ID 852210) prüft, ob das Follow-up zum zielführenden Zeitraum erhoben wurde.

Tabelle 37: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – NET-NTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	QS-Dokumentation

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul *PNTX* dokumentiert. Aus diesem Grund gibt es eine gemeinsame Datengrundlage für diese beiden Auswertungsmodule. Die Zuordnung eines Datensatzes zum Auswertungsmodul *NET-PNTX* bzw. *NET-NTX* erfolgt anhand eines Datenfeldes im Dokumentationsbogen, weshalb die Anzahl der übermittelten Datensätze von der tatsächlichen Anzahl der zur Auswertung genutzten Datensätze des jeweiligen Auswertungsmoduls abweichen kann.

Für die Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* wurden insgesamt acht Datensätze mehr übermittelt als erwartet wurden. Die Vollzähligkeit liegt somit bei 100,38 % und ist identisch zum Vorjahr. Auch die Anzahl der Leistungserbringer, die QS-Datensätze übermittelt haben, entspricht mit 39 exakt der Anzahl des Vorjahres.

Für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen der Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* ist somit von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

Tabelle 38: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – NET-NTX und NET-PNTX

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	2.101 2.101 0	2.093	100,38
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	39		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	39	39	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	37	37	100,00

Follow-up-Indikatoren

Die Qualitätsindikatoren zum 5-Jahres-Follow-up im Auswertungsmodul *NET-NTX* können für das Erfassungsjahr 2024 nicht ausgewertet werden, da die ET-Nummer in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Bezug zum Indexeingriff aus dem Jahr 2019 nicht hergestellt werden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten. Die Darstellung ist ab dem Auswertungsjahr 2026 möglich.

Das 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up hingegen kann ausgewertet und dargestellt werden, da für den Bezug zu Indexeingriffen seit dem Erfassungsjahr 2020 mit Wechsel der transplantationsmedizinischen Verfahren in die DeQS-RL die eGK-Versichertennummer zur Generierung eines patientenidentifizierenden Pseudonyms genutzt und dem IQTIG übermittelt wird.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* liegen die Ergebnisse aller Indikatoren auf Bundesebene innerhalb des jeweils definierten Referenzbereichs. Es zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine gleichbleibende Versorgungsqualität.

Aufgrund der Überarbeitung der Erfassung von Komplikationen ist das Bundesergebnis des Indikators, der Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach einer Nierentransplantation betrachtet (ID 572016), im Auswertungsjahr 2025 nicht mit dem Vorjahr vergleichbar. Das Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2025 liegt bei 13,21 %, fünf Leistungserbringer weisen ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf. Im Vorjahr gab es keine Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wird zu klären sein, ob den rechnerisch auffälligen Ergebnissen qualitative Versorgungsdefizite zugrunde liegen.

Im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation“ (ID 302300) war der Follow-up-Status im Auswertungsjahr 2025 bei 42,62 % weniger Fällen unbekannt als im Vorjahr (AJ 2024: 237; AJ 2025: 136). Die Anzahl der Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesem Indikator blieb jedoch nahezu gleich (AJ 2024: 23; AJ 2025: 24).

Der Indikator „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)“ (ID 572025) betrachtet, wie viele Empfänger eines Nierentransplantats durch eine Lebendspende 90 Tage später eine ausreichende Transplantatfunktion aufweisen. Als Referenzbereich ist das 5. Perzentil festgelegt, der für das Auswertungsjahr 2025 bei ≥ 85,19 % liegt. Im Vergleich zum Vorjahr fällt auf, dass der Referenzbereich deutlich niedriger ausfällt (AJ 2024: ≥ 95,45 %). In der Folge weisen im Auswertungsjahr 2025 auch weniger Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aus (AJ 2025: 4 Leistungserbringer; AJ 2024: 10 Leistungserbringer), obwohl das Bundesergebnis im Vergleich zum Vorjahr nahezu gleich geblieben ist. Die Ursache für den im Auswertungsjahr 2025 niedrigeren Referenzbereich liegt in der Methode zur Ermittlung von perzentilbasierten Referenzbereichen. Es werden hierbei nur Leistungserbringer mit mehr als 20 Fällen in der Grundgesamtheit des jeweiligen Indikators berücksichtigt (IQTIG 2024b). Da im Modul *NET-NTX* ein Großteil der Leistungserbringer weniger als 20 Fälle im Indikator „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)“ (ID 572025) hat (AJ 2025: 25 von 37), hängt der perzentilbasierte Referenzbereich somit vom Ergebnis

nur einzelner weniger Leistungserbringer ab. In der Folge kann es im Jahresvergleich und im Vergleich zu Indikatoren mit einer hohen Anzahl an Leistungserbringern mit mehr als 20 Fällen in der Grundgesamtheit häufiger zu deutlichen Veränderungen kommen.

Tabelle 39: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-NTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	- O = - N = -	13,21 % O = 266 N = 2.013 (≤ 25,00 %)	nicht vergleichbar
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,79 % O = 16 N = 2.038	0,94 % O = 19 N = 2.013 (≤ 5,00 %)	vergleichbar
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	97,62 % O = 1.723 N = 1.765	97,11 % O = 1.912 N = 1.969 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	94,72 % O = 1.613 N = 1.703	95,75 % O = 1.757 N = 1.835 (≥ 85,00 %)	vergleichbar
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	91,77 % O = 1.126 N = 1.227	92,79 % O = 1.622 N = 1.748 (≥ 80,00 %)	vergleichbar
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation	O = 237 N = 4.932	O = 136 N = 5.681 (≤ 1,00 Fall)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung				
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	78,93 % O = 1.120 N = 1.419	78,51 % O = 1.067 N = 1.359 (≥ 60,00 %)	vergleichbar
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	95,69 % O = 577 N = 603	95,75 % O = 608 N = 635 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation				
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	83,35 % O = 1.006 N = 1.207	81,89 % O = 963 N = 1.176 (≥ 64,67 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	96,86 % O = 494 N = 510	95,01 % O = 552 N = 581 (≥ 85,19 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation*	89,83 % O = 1.458 N = 1.623	88,53 % O = 1.605 N = 1.813	vergleichbar
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation*	87,59 % O = 1.292 N = 1.475	88,41 % O = 1.427 N = 1.614	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation*	85,19 % O = 874 N = 1.026	85,93 % O = 1.264 N = 1.471	vergleichbar
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen				
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	3,29 % O = 59 N = 1.794	3,78 % O = 70 N = 1.850	vergleichbar
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	3,29 % O = 59 N = 1.794	3,78 % O = 70 N = 1.850	vergleichbar
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	4,22 % O = 73 N = 1.729	4,53 % O = 87 N = 1.921 (≤ 9,99 %; 90. Perzentil)	vergleichbar
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation*	6,06 % O = 99 N = 1.634	5,32 % O = 94 N = 1.767	vergleichbar
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation*	8,10 % O = 93 N = 1.148	6,93 % O = 114 N = 1.644	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 40: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – NET-NTX

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	2023	0 von 39	0,00	-
		2024	5 von 39	12,82	0
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	1 von 39	2,56	0
		2024	0 von 39	0,00	-
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	1 von 38	2,63	-
		2024	3 von 39	7,69	0
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	3 von 39	7,69	-
		2024	2 von 38	5,26	1
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	5 von 38	13,16	-
		2024	2 von 39	5,13	1
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation	2023	23 von 39	58,97	-
		2024	24 von 39	61,54	20

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung					
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	2023	3 von 39	7,69	0
		2024	2 von 39	5,13	1
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	2023	6 von 37	16,22	2
		2024	5 von 38	13,16	2
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation					
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	2023	2 von 38	5,26	-
		2024	2 von 39	5,13	1
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	2023	10 von 36	27,78	-
		2024	4 von 37	10,81	2
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	2023	3 von 38	7,89	-
		2024	3 von 39	7,69	0

2.2.2 Detailergebnisse

Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation

Tabelle 41: QI 572016: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**13,21 %** **O = 266** **N = 2.013**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 39 2,56 %	0 von 39 0,00 %	**5 von 39** **12,82 %** **(Refbereich: ≤ 25,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 39 (2,56 %)	**0 / 39** **(0,00 %)**	n. a.

Die Ergebnisse des Indikators „Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation“ (ID 572016), der Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach einer Nierentransplantation betrachtet, sind für das Auswertungsjahres 2025 nicht mit den Ergebnissen der Vorjahre vergleichbar. Hintergrund ist eine Überarbeitung des Datenfeldes zur Erfassung der Komplikationen. Festzustellen ist, dass das Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2025 bei 13,21 % liegt und 5 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in diesem Indikator aufweisen, während im Auswertungsjahr 2024 kein Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufwies. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wird zu klären sein, ob den rechnerisch auffälligen Ergebnissen qualitative Versorgungsdefizite zugrunde liegen.

Sterblichkeit im Krankenhaus

Tabelle 42: QI 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,83 % O = 16 N = 1.921	0,79 % O = 16 N = 2.038	**0,94 %** **O = 19** **N = 2.013**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 39 2,56 %	1 von 39 2,56 %	**0 von 39** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 (0,00 %)	**0 / 1 (0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 39 (0,00 %)	**0 / 39 (0,00 %)**	n. a.

Für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572017) zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahren ein nahezu gleichbleibendes Ergebnis.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 stand bei dem einen rechnerisch auffälligen Ergebnis zu diesem Zeitpunkt aufgrund eines ausstehenden kollegialen Gesprächs keine finale qualitative Bewertung fest. Daher konnte diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 43: QI 572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	97,62 % O = 1.723 N = 1.765	**97,11 % O = 1.912 N = 1.969**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	1 von 38 2,63 %	**3 von 39 7,69 % (Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 1 (100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 38 (2,63 %)**	n. a.

Tabelle 44: QI 572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	94,72 % O = 1.613 N = 1.703	**95,75 % O = 1.757 N = 1.835**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	3 von 39 7,69 %	**2 von 38 5,26 % (Refbereich: ≥ 85,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 3 (33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 39 (2,56 %)**	n. a.

Tabelle 45: QI 572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	91,77 % O = 1.126 N = 1.227	**92,79 %** **O = 1.622** **N = 1.748**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	5 von 38 13,16 %	**2 von 39** **5,13 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**3 / 5 (60,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**3 / 38 (7,89 %)**	n. a.

Die Follow-up-Indikatoren zum Überleben bei bekanntem Status messen die Rate an Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus dem transplantierenden Leistungserbringer bekannt ist und die zum Zeitpunkt des jeweils durchgeführten Follow-up leben. In allen Indikatoren kann im Vergleich zum Vorjahresergebnis ein nahezu gleichbleibendes Bundesergebnis festgestellt werden.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe IQTIG (2024a)).

Fünf rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse im Follow-up wurden nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 als qualitativ auffällig (A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel) bewertet. Gründe hierfür waren z. B. unzureichende bzw. fachlich nicht sachgerechte präoperative Diagnostiken zur konkreten Einschätzung bzw. einen Ausschluss von Faktoren, die dann zu postoperativen und teilweise gravierenden Komplikationen führten. Hierbei sind u. a. die kardiale Diagnostik zur Einschätzung des kardio-(vaskulären) Risikoprofils oder auch die psychologische Evaluation und hierauf aufbauende Betreuungsprozesse bei Compliance-Problemen zu nennen. Evaluationsstandards fehlten oder blieben unklar. Fehleinschätzungen und Unterdiagnostik von präoperativen Risiken führten dann bspw. auch zu einem mangelnden Monitoring postoperativ. Die Anbindung an das Transplantationszentrum

wurde in einigen Fällen als unzureichend eingeschätzt. Aufgrund nicht ausreichender fachlicher Angaben durch einige Leistungserbringer wurden einige für den Behandlungsprozess und das resultierende Outcome relevanten Aspekte nicht ausreichend bei der eigenen Problemanalyse berücksichtigt. Eine mangelnde kritische bzw. interdisziplinäre Aufarbeitung bspw. in M&M-Konferenzen zeigten bei einigen Leistungserbringern Strukturdefizite in diesem Bereich auf.

Auch wurden in einem Fall die Vorgaben zur Anonymisierung nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringern jedoch Unterstützung durch das IQTIG und es wird ihm eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Zwei rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse erhielten im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 die Bewertung „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)", da die auffälligen Vorgänge bereits im Vorjahr zu einem früheren Follow-up-Zeitpunkt vorlagen und dementsprechend im letztjährigen Stellungnahmeverfahren ausgewertet wurden. Vereinzelt neu hinzugekommene Vorgänge rechtfertigten in diesen Fällen kein qualitativ auffälliges Ergebnis.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 stand bei einem rechnerisch auffälligen Ergebnis zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch nicht abgeschlossenen Beratungen mit der Bundesfachkommission noch keine finale qualitative Bewertung fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation

Tabelle 46: QI 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,05 O = 237 N = 4.932	**O = 136** **N = 5.681**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	23 von 39 58,97 %	**24 von 39** **61,54 %** **(Refbereich: ≤ 1,00 Fall)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**3 / 23 (13,04 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**3 / 39 (7,69 %)**	n. a.

Der Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation“ (ID 302300) wurde erstmal zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Patientinnen und Patienten betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus – trotz steigender Grundgesamtheit – seltener unbekannt, sodass eine positive Entwicklung festzustellen ist.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden drei rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse aufgrund deutlicher Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel in der Nachsorge als qualitativ auffällig (A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel) bewertet. So kam es u. a. zum Versäumnis der Kontaktaufnahme zum Patienten im Follow-up, was sehr kritisch zu sehen ist. Bei einem dieser auffälligen Ergebnisse war zusätzlich die Stellungnahmen inhaltlich ungenügend. Dies resultierte aus der Fehlinterpretation des Indikators bzw. des Indikator-Ziels seitens des Leistungserbringers, die leider trotz Hilfsangebot des IQTIG zum Stellungnahmeverfahren von dem Leistungserbringer nicht adressiert wurde.

Zwölf rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse wurden u. a. aufgrund der in der Vorbemerkung beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups in Kombination mit einem tatsächlich unbekannten Follow-up-Status, Fehldokumentationen, Dokumentationsproblemen oder Softwareproblemen als „D80 – Unvollzählige oder falsche Dokumentation“ bzw. „D99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ bewertet.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei acht rechnerisch auffällige Ergebnissen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch nicht abgeschlossenen Analysen noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung

Tabelle 47: QI 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	79,33 % O = 1.090 N = 1.374	78,93 % O = 1.120 N = 1.419	**78,51 %** **O = 1.067** **N = 1.359**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 39 2,56 %	3 von 39 7,69 %	**2 von 39** **5,13 %** **(Refbereich: ≥ 60,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	**3 / 3** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 39 (2,56 %)	**3 / 39** **(7,69 %)**	n. a.

Tabelle 48: QI 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	96,23 % O = 511 N = 531	95,69 % O = 577 N = 603	**95,75 %** **O = 608** **N = 635**
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 36 16,67 %	6 von 37 16,22 %	**5 von 38** **13,16 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 6 (50,00 %)	**2 / 6** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 36 (8,33 %)	**2 / 37** **(5,41 %)**	n. a.

Die Indikatoren dieser Gruppe adressieren den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer postmortalen Organspende bzw. nach einer Lebendorganspende, sodass bis zur Funktionsaufnahme maximal eine kontinuierliche Dialyse mit einer Dauer von höchstens 23 Stunden bzw. maximal eine postoperative intermittierende Dialyse stattfindet. Die Bundesergebnisse zeigen für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zu den Vorjahren nur geringfügige Veränderungen.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden fünf Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Gründe hierfür waren sowohl hohe eingegangene spender- als auch empfängerseitige Risiken für einen späteren Funktionsverlust oder eine verzögerte Funktionsaufnahme sowie unzureichende präoperative Evaluationen. Zudem wurden teilweise (schwerwiegende) operative Probleme festgestellt. Auch im postoperativen Monitoring

der Immunsuppression mussten Verbesserungspotenziale festgestellt werden. In einigen Fällen blieben selbstkritische Ursachenanalysen zu den Auffälligkeiten aus, wodurch auch keine Verbesserungspotenziale, bspw. bezogen auf den Behandlungsverlauf, abgeleitet wurden. Teilweise wurden die fachlichen Anforderungen an die Stellungnahme nicht erfüllt, sodass keine ausreichend qualitätsorientierte Aufarbeitung nachvollzogen werden konnte.

Hohe Empfänger- und Spenderrisiken wurden auch bei einem weiteren Leistungserbringer eingegangen, jedoch gut gemanagt. Hier resultierte bei grundsätzlich unkritischem Behandlungsprozess eine Bewertung mit „U 62 – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle".

Da es sich bei einem Leistungserbringer in zwei Fällen um ein Dokumentationsproblem handelt, welches zur rechnerischen Auffälligkeit beträgt, erfolgte eine Bewertung mit „D99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)". Zusätzlich wurden Hinweise zu möglichem fachlichen Verbesserungspotenzial mitgeteilt.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei zwei rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von ausstehenden kollegialen Gesprächen noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Im Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2023 lagen bei der letztjährigen Berichterstellung zwei Indikatorergebnisse zur „Sofortige[n] Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung" nicht final abgeschlossen vor. In beiden Fällen fand nach abschließender Beratung eine finale Bewertung mit „U99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)" statt. Das IQTIG hat dem Leistungserbringer Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen gegeben.

Qualität der Transplantatfunktion

Tabelle 49: QI 572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	83,35 % O = 1.006 N = 1.207	**81,89 %** **O = 963** **N = 1.176**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	2 von 38 5,26 %	**2 von 39** **5,13 %** **(Refbereich: ≥ 64,67 %; 5. Perzentil)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 2 (50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 38 (2,63 %)**	n. a.

Tabelle 50: QI 572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	96,86 % O = 494 N = 510	**95,01 %** **O = 552** **N = 581**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	10 von 36 27,78 %	**4 von 37** **10,81 %** **(Refbereich: ≥ 85,19 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**2 / 10 (20,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**2 / 36 (5,56 %)**	n. a.

Tabelle 51: TKez 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	89,83 % O = 1.458 N = 1.623	**88,53 %** **O = 1.605** **N = 1.813**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 52: TKez 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	87,59 % O = 1.292 N = 1.475	**88,41 %** **O = 1.427** **N = 1.614**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 53: TKez 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	85,19 % O = 874 N = 1.026	**85,93 %** **O = 1.264** **N = 1.471**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren bzw. Kennzahlen adressieren die Patientinnen und Patienten mit ausreichender Nierenfunktion nach postmortaler Spende oder Nierenlebendspende 90 Tage bzw. ein, zwei oder drei Jahre nach Nierentransplantation. Für das Auswertungsjahr 2025 zeigen sich bezüglich des Bundesergebnisses im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 für alle diese Indikatoren und Kennzahlen nur geringfügige Veränderungen.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (IQTIG 2024a).

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden insgesamt drei rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgrund von fachlich-inhaltlich nicht ausreichend begründeten Stellungnahmen als qualitativ auffällig bewertet. So wurde teilweise gar kein Bezug auf die Ursachen bzw. auf die Tatsache der verminderten Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Transplantation genommen bzw. es fehlten relevante Verlaufsbeschreibungen. Zudem ergaben sich aus den Darstellungen fragliche Aspekte bezüglich der ausreichenden präoperativen Evaluation oder der Reflexion bzw. Prüfung relevanter Behandlungsschritte. Auch operative Mängel konnten in einigen Fällen nicht ausgeschlossen werden.

In zwei Fällen wurde das rechnerisch auffällige Indikatorergebnis nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens mit „U62 – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ bewertet, da kein fehlerhafter oder kritischer Behandlungsprozess erkennbar war. Daneben erhielten drei Leistungserbringer die Bewertung „U99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“, da teilweise hohe Risikofaktoren auf Empfängerseite festgestellt wurden, die allerdings gut beherrscht wurden. Den Krankenhäusern wurden Hinweise zu möglichem Verbesserungspotenzial gegeben. Zudem

wurde ein nicht optimales Immunsuppressionsmanagement beurteilt, welches der Leistungserbringer aber selbst im Rahmen interner Analysen erkannte. Bei einem Leistungserbringer wurde die Empfehlung einer präventiven Kommunikationsstruktur ausgesprochen, um eine stringente und niedrigschwellige Kommunikation bei Auftreten von Komplikationen zu gewährleisten.

Bei einem der rechnerisch auffälligen Ergebnisse war der auffällige Vorgang auch in einem anderen Indikator auffällig und wurde dort qualitativ bewertet. Für den Indikator zur Qualität der Transplantatfunktion resultierte eine Bewertung mit „S99 – Sonstiges" und entsprechender Kommentierung.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei drei rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von ausstehenden kollegialen Gesprächen oder noch nicht abgeschlossener Beratungen mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

Tabelle 54: TKez 572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	- O = - N = -	3,29 % O = 59 N = 1.794	**3,78 %** **O = 70** **N = 1.850**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 55: TKez 572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	- O = - N = -	3,29 % O = 59 N = 1.794	**3,78 %** **O = 70** **N = 1.850**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025 eine geringfügige Zunahme der bundesweiten Rate.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe (IQTIG 2024a)).

Transplantatversagen nach Nierentransplantation

Tabelle 56: QI 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	4,22 % O = 73 N = 1.729	**4,53 %** **O = 87** **N = 1.921**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	3 von 38 7,89 %	**3 von 39** **7,69 %** **(Refbereich: ≤ 9,99 %; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 3** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 38** **(2,63 %)**	n. a.

Tabelle 57: TKez 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	6,06 % O = 99 N = 1.634	**5,32 %** **O = 94** **N = 1.767**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 58: TKez 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	8,10 % O = 93 N = 1.148	**6,93 %** **O = 114** **N = 1.644**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der Indikator und die Kennzahlen zum Transplantatversagen adressieren den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb des ersten, zweiten bzw. dritten Jahres ein Transplantatversagen aufgetreten ist.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (IQTIG 2024a)

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurde ein rechnerisch auffälliges Ergebnis im Indikator „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation" (ID 572032) aufgrund festgestellter struktureller und prozessualer Mängel als qualitativ auffällig (A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel) bewertet. Zu einem weiteren rechnerisch auffälligen Indikatorergebnis wurde dem betreffenden Krankenhaus zwar ein Hinweis zu möglichem Verbesserungspotenzial gegeben, aber dennoch erfolgte die Bewertung als qualitativ unauffällig.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 stand bei einem rechnerisch auffälligen Ergebnis zu diesem Zeitpunkt aufgrund eines ausstehenden kollegialen Gesprächs keine finale qualitative Bewertung fest. Daher konnte diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* wird im Auswertungsjahr 2025 ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet. Dieses Auffälligkeitskriterium betrachtet die zeitgerechte Durchführung des 90-Tages-Follow-up, das zwischen 83 und 97 Tagen nach dem OP-Datum erfolgen soll. Es weisen von insgesamt 39 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in dem Auffälligkeitskriterium 14 Leistungserbringer eine rechnerische Auffälligkeit auf, was im Vergleich zum Vorjahr 4 Leistungserbringer weniger sind.

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul *PNTX* dokumentiert. Aus diesem Grund werden die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit und weitere Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gemeinsam im Modul *PNTX-D* ausgewertet. Die Beschreibung der Ergebnisse erfolgt zum Modul Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (siehe Abschnitt Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, 2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens).

Tabelle 59: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – NET-NTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	92,40 % 1.847/1.999 (≥ 95,00 %)

Tabelle 60: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – NET-NTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierentransplantation (NET-NTX).	2024	14 von 39	35,90	9

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage-Follow-up

Tabelle 61: AK 852210: Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	90,41 % O = 1.801 N = 1.992	**92,40 %** **O = 1.847** **N = 1.999**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	18 von 39 46,15 %	**14 von 39** **35,90 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**13 / 18 (72,22 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**13 / 39 (33,33 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium betrachtet die zeitgerechte Durchführung des 90-Tages-Follow-up, das zwischen 83 und 97 Tagen nach dem OP-Datum erfolgen soll. Mit 14 Leistungserbringern wiesen im AJ2024 vier Leistungserbringer weniger eine rechnerische Auffälligkeit auf als im Vorjahr.

13 rechnerisch auffällige Ergebnisse zum Auffälligkeitskriterium wurden nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 als qualitativ auffällig bewertet. Gründe hierfür waren u. a. zu spät durchgeführte Follow-up-Erhebungen, das „Übersehen" der Notwendigkeit eines 90-Tages-Follow-up, Dokumentationsfehler, nicht durchgeführte bzw. zu späte Datenexporte, Softwareprobleme oder unzureichend begründete Stellungnahmen.

In einem Fall wurde dem Krankenhaus ein Hinweis zu einem möglichen Verbesserungspotenzial gegeben und das Ergebnis mit „U99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)" bewertet, da keine qualitativen Auffälligkeiten festgestellt werden konnten.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 stand bei einem rechnerisch auffälligen Ergebnis zu diesem Zeitpunkt aufgrund weiteren Analysebedarfs keine finale qualitative Bewertung fest. Daher konnte diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 62: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	153	-	420	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	153	100,00	420	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	9	5,88	57	13,57
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	9	100,00	57	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	9	100,00	57	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	9	100,00	57	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	100,00	57	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	3	33,33	16	28,07
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	11,11	7	12,28
Bewertung als qualitativ auffällig	5	55,56	17	29,82
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	13	22,81
Sonstiges	0	0,00	4	7,02

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 420 Indikatorergebnissen ergaben sich 57 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 31 Leistungserbringer verteilten. Alle Auffälligkeiten wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert, auch die des neu implementierten Qualitätsindikators „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" (ID 302300). Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren gab es 30 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse (inkl. unveröffentlichter Follow-up-Indikatoren), verteilt auf 10 Qualitätsindikatoren und 25 Leistungserbringer.

17 der 57 rechnerisch auffälligen Ergebnisse aus dem AJ 2024 wurden u. a. aufgrund von Mängeln im Evaluationsprozess und unzureichenden bzw. fachlich nicht sachgerechten präoperativen Diagnostiken sowie die Unterschätzung vorliegender Risikofaktoren für das spätere Outcome sowohl auf Empfänger- als auch Spenderseite als qualitativ auffällig bewertet. Zudem wurden teilweise (schwerwiegende) operative Probleme festgestellt. Weiterhin mussten Struktur- und Prozessmängel in der Nachsorge erkannt werden, bspw. hinsichtlich der (rechtzeitigen) Kontaktaufnahme mit der Patientin bzw. dem Patienten zu Follow-up-Untersuchungen. In einigen Fällen waren die Stellungnahmen fachlich nicht ausreichend verfasst, wodurch u. a. Ursachenzusammenhänge und Reaktionen bspw. im Komplikationsmanagement unklar blieben und keine ausreichend qualitätsorientierte Aufarbeitung im Rahmen der Qualitätssicherung erkannt werden konnte. Erneut musste festgestellt werden, dass das Qualitätssicherungs-Tool der M&M-Konferenzen teilweise nicht konsequent (interdisziplinär) für eine nachhaltige und Maßnahmen-orientierte Aufarbeitung genutzt wurde. In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsproblemen sowie Hinweise zu Verbesserungspotenzialen, u. a. zur Konzeption der M&M-Konferenzen nach Leitfaden der Bundesärztekammer sowie einer Nachhaltung durch entsprechend gelenkte Protokollierung. Diese ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können. Mit einem der Krankenhäuser wurden bereits im vorausgehenden Stellungnahmeprozess Maßnahmen zur Verbesserung vereinbart. Zusätzlich hatte das Krankenhaus auch bereits selbst Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Mit drei Leistungserbringern mussten aufgrund von wiederholt festgestellten qualitativen Problemen in einem Indikator in mehreren aufeinander folgenden Auswertungsjahren oder einer festgestellten mehrfachen qualitativen Problematik in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren innerhalb eines Auswertungsjahres zur Unterstützung des Bewertungsprozesses drei kollegiale

Gespräche erfolgen. In je zwei dieser Gespräche wurden die Indikatoren „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“ und „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)“ adressiert und jeweils in einem der Gespräche der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ oder „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation“.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der zuvor beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung sowie den BQB 2024) betroffen. Aufgrund des zuvor beschriebenen gezielten Austauschs mit den Leistungserbringern war eine entsprechende Berücksichtigung bei der qualitativen Auswertung möglich.

In einem Fall wurden die Vorgaben zur Anonymisierung nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringer jedoch Unterstützung durch das IQTIG und ihm wird eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei 16 der 57 rechnerisch auffälligen Ergebnisse standen die qualitativen Bewertungen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch ausstehenden kollegialen Gesprächen oder weiteren Beratungen mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 63: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – NET-NTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
14	10	7	12	1	1

Bei zwei Krankenhäusern mussten mehrere qualitative Auffälligkeiten in einem Auswertungsjahr festgestellt werden. Mit einem dieser Krankenhausstandorte wurden basierend auf drei qualitativ auffälligen Bewertungen im vorausgehenden Stellungnahmeprozess bereits Maßnahmen zur Verbesserung vereinbart. Beim Krankenhaus mit zwei qualitativen Auffälligkeiten handelt es sich u. a. um den neu eingeführten Indikator zum „Unbekannte[n] Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Aus insgesamt 39 Ergebnissen zu dem Auffälligkeitskriterium „Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up“ (ID 852210) resultierten 18 rechnerisch auffällige Ergebnisse. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren gab es insgesamt 22 Ergebnisse (inkl. Follow-up-Auffälligkeitskriterien) zu dem Auffälligkeitskriterium.

Gründe für die 13 qualitativ auffälligen Bewertungen waren u. a. zu spät durchgeführte Follow-up-Erhebungen, das „Übersehen“ der Notwendigkeit eines 90-Tages-Follow-up, Dokumentationsfehler, nicht durchgeführte bzw. zu späte Datenexporte, Softwareprobleme oder unzureichend begründete Stellungnahmen.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die zuvor beschriebene Verknüpfungsproblematik (siehe hierzu die Vorbemerkung sowie den BQB 2024) zwischen Indexeingriffen und Follow-ups berücksichtigt.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für dieses Auffälligkeitskriterium nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe IQTIG (2024a)).

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei vier rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch ausstehendem Analyse- und Beratungsbedarf mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 64: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	84	100,00	39	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	-	-	18	46,15
davon ohne QSEB-Übermittlung	-	-	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	-	-	18	46,15
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	-	-	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	-	-	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	-	-	18	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	18	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	-	-	4	22,22
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	-	-	1	5,55
Bewertung als qualitativ auffällig	-	-	13	72,22
Sonstiges	-	-	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	-	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	-	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *NET-NTX* wurden insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und anschließend in den Expertengremiumssitzungen die im folgenden aufgeführten Themen mit der Bundesfachkommission aufgegriffen.

Als ein Diskussionspunkt wurde die Relevanz der strukturierten Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) mit interdisziplinärer und tiefgreifender Aufarbeitung von Fällen gemäß Leitfaden der Bundesärztekammer intensiv besprochen.

Daneben bildeten auch die langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben von Lebendspenderinnen und Lebendspendern einen Schwerpunkt der Diskussion, an die sich Abwägungen zum Aufbau des Indikatorensets im Follow-up-Bereich anschließen werden. Dementsprechend wird derzeit eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bis zu 10 Jahren nach erfolgter Transplantation diskutiert.

Bezüglich der Verknüpfungsproblematik von Indexeingriffen und den zugehörigen Follow-ups wurden ebenfalls Beratungen mit den Expertinnen und Experten durchgeführt. Die fehlerhafte Verknüpfung ließ sich hauptsächlich auf fehlerhafte Angaben bei patientenidentifizierenden Merkmalen zurückführen, die sowohl manuell als auch softwarebasiert fehlerhaft angegeben wurden sowie auf zu spät übermittelte Datensätze. Hier lässt sich der Bedarf für eine optimierte Datenerfassung patientenidentifizierender Maßnahmen erkennen. Aber z. B. auch der zwischenzeitliche Wechsel des Versicherungstyps zwischen gesetzlicher und privater Versicherung verhindert in wenigen Fällen die Verknüpfbarkeit von Indexeingriffen und zugehörigen Follow-ups. Dies ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierungswege der patientenidentifizierenden Merkmale je nach gesetzlicher oder privater Versicherung systemimmanent.

5 Ausblick

Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln eine überwiegend gute medizinische Versorgung im Bereich der Nieren-Transplantationen wider. Laut den Beratungen mit der Bundesfachkommission wird deutlich, dass sich die Ergebnisqualität trotz der immer komplexeren Situation auf Spender- und Empfängerseite kontinuierlich verbessere und sich im internationalen Vergleich sehr gut darstelle. Trotzdem wird Weiterentwicklungsbedarf am Indikatorenset im Follow-up-Bereich gesehen. Länger werdende Überlebenszeiten bereichern das Leben Transplantierter, geben aber auch Aufschluss über die Behandlungsqualität. Dementsprechend wird eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bis zu 10 Jahren nach erfolgter Transplantation diskutiert.

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* (*QS NET*). Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der G-BA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Auswertungsmoduls *NET NTX* vorerst nicht zu folgen (G-BA 2025). Hierbei hatte das IQTIG die Streichung des Indikators zum unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 302300) und der Indikatoren und Kennzahlen zur Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage bis zu 3 Jahren nach Nierentransplantation (IDs 572024, 572025, 572026, 572027, 572028) sowie die Pausierung und Anpassung der Kennzahlen zur niedrigen bzw. hohen Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen (IDs 572100 und 572101) empfohlen. Darüber hinaus wurde die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern sowie die Umstellung der Datenakquise auf Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim G-BA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern und die Umstellung auf Sozialdaten einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, hier besonders auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z. B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle.

Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

1 Hintergrund

Das Auswertungsmodul *NET-PNTX* betrachtet die Transplantation der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und die kombinierte Transplantation von Pankreas und Niere, die derzeit nur für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Betracht kommen. Das Ziel der Pankreastransplantation ist die Wiederherstellung einer ausreichenden körpereigenen Insulinproduktion, sodass eine zusätzliche Insulintherapie unnötig wird. Da in der Regel die ausgefallene bzw. stark mangelhafte Insulinproduktion des Pankreas medikamentös ersetzt werden kann, ist die Indikation zur alleinigen Pankreastransplantation sehr restriktiv zu stellen. Sie ist nur dann indiziert, wenn trotz intensiver Bemühungen im Rahmen einer medikamentösen Therapie keine stabile Einstellung des Zuckerstoffwechsels erreicht werden kann. Ist zusätzlich bereits eine weit fortgeschrittene Schädigung der Nieren eingetreten, muss eine kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation in Erwägung gezogen werden. Diese Kombinationstransplantation verbessert nicht nur die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, sie stellt auch einen lebenserhaltenden Eingriff dar, da sie eine neuerliche diabetische Nierenschädigung verhindert und das Sterberisiko deutlich verringert. Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können die erheblichen Risiken einer solchen Transplantation zwar nicht gänzlich verhindert, aber zumindest deutlich reduziert werden. Hierbei spielt nicht zuletzt die Evaluationsqualität bei Empfängerpatientinnen und Empfängerpatienten bei der Betrachtung der Gesamtqualität eine Rolle. Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, dem Überleben sowie dem Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation, der Transplantatfunktion sowie einem potenziellen Transplantatversagen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Transplantationen sowie die Verringerung der Komplikationsraten nach der Transplantation und von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Transplantation.

Um bei geringen jährlichen Fallzahlen von Pankreas- bzw. Pankreas-Nieren-Transplantationen die statistische Aussagekraft der Qualitätsindikatoren zu erhöhen und die Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser im Verlauf besser beurteilen zu können, umfasst der Auswertungszeitraum in diesem Auswertungsmodul in der Regel zwei Jahre (Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1). Das Verfahren *QS NET* ist im Erfassungsjahr 2020 gestartet. Erst seit dem Auswertungsjahr 2022 war es daher möglich, zwei Erfassungsjahre in die Auswertung einzubeziehen.

Qualitätsindikatoren

Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572036) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Anschluss an die Operation und noch während des stationären Aufenthalts versterben. Da auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, mit der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen kann, wird das Überleben auch in den drei Jahren nach der Operation betrachtet (IDs

572037, 572039 und 572041). Die Qualität der Nachsorgestruktur und die Durchführung der Nachsorge wird im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 312300) betrachtet.

Der Qualitätsindikator zur Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung aus dem Krankenhaus (ID 572043) erfasst die Patientinnen und Patienten, bei denen das Pankreastransplantat seine Funktion vollständig aufnehmen konnte. Die Qualität der Transplantatfunktion nach einem, zwei und drei Jahren wird jeweils als Kennzahl (IDs 572044, 572045 und 572046) dargestellt. Das Pankreas ist gegenüber einer Minderversorgung während bzw. nach der Entnahme sehr empfindlich und bedarf entsprechend chirurgischer Erfahrung und Können sowohl bei der Entnahme des Organs von der Spenderin / dem Spender als auch bei der Transplantation in die Empfängerin oder den Empfänger. Ebenso ist die Selektion bei der Organakzeptanz, also auch das postoperative Management insbesondere bei kombinierter Pankreas-Nierentransplantation und bei Auftreten von Komplikationen, komplex. Der Qualitätsindikator zur postoperativen Entfernung des Pankreastransplantats (ID 572047) kann auf mögliche Mängel in all diesen Bereichen hinweisen.

Tabelle 65: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-PNTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2024
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2024
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2024
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation	QS-Dokumentation	2024
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QS-Dokumentation	2024
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)*	QS-Dokumentation	2024
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)*	QS-Dokumentation	2024
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)*	QS-Dokumentation	2024
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *NET-PNTX-D* gibt es gemeinsam für die Auswertungsmodule *NET-PNTX* und *NET-NTX* ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen“ (ID 852309) der Kategorie „Plausibilität und Vollständigkeit“ betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ dokumentiert wurde. Die Berechnungsergebnisse des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (*NTX*: ID 572017; *PNTX*: ID 572036), der Follow-up-Indikatoren zur Sterblichkeit (*NTX*: IDs 572018, 572019 und 572020; *PNTX*: IDs 572037, 572039 und 572041) sowie des Indikators zum Follow-up-Status (*NTX*: ID 302300; *PNTX*: ID 312300) beruhen auf der Angabe des Todes als Entlassungsgrund. Dieses Auffälligkeitskriterium wurde eingeführt, da das Ergebnis dieser Indikatoren – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl – verfälscht würde, wenn ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850255) und Überdokumentation (850256) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die Anzahl an Datensätzen übermitteln, die ihrer Sollstatistik entspricht. Mit den Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up (850278, 850279 und 850280) wird geprüft, ob die Follow-ups in den zielführenden Zeiträumen erhoben werden.

Tabelle 66: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – NET-PNTX-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul *PNTX* dokumentiert. Aus diesem Grund wird die Datengrundlage für NET-PNTX gemeinsam mit der Datengrundlage für *NET-NTX* dargestellt (siehe dort Abschnitt 2.1).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *NET-PNTX* liegen die Ergebnisse aller Indikatoren auf Bundesebene innerhalb des jeweils definierten Referenzbereichs. Es zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine gleichbleibende Versorgungsqualität. Um bei geringen jährlichen Fallzahlen von Pankreas- bzw. Pankreas-Nieren-Transplantationen die statistische Aussagekraft der Qualitätsindikatoren zu erhöhen und die Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser im Verlauf besser beurteilen zu können, umfasst der Auswertungszeitraum in diesem Auswertungsmodul in der Regel zwei Jahre. Dieser Abschnitt bezieht sich also im Auswertungsjahr 2025 auf die Erfassungsjahre 2023 und 2024.

Hervorzuheben ist zum Auswertungsjahr 2025 der Indikator „Entfernung des Pankreastransplantats“ (ID 572047), der den Anteil von Aufenthalten von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, bei denen im Anschluss und während des gleichen Aufenthaltes die Entfernung des Transplantats notwendig wurde, betrachtet. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum kann eine deutliche Verbesserung des Bundesergebnisses festgestellt werden, trotz einer Zunahme der Fallzahl im Nenner von 105 auf 129 (Erfassungsjahre 2024/2023: 11,63 %; Erfassungsjahre 2022/2021: 20,95 %). Dies wird auch vom Expertengremium auf Bundesebene als positive Entwicklung bewertet.

Tabelle 67: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – NET-PNTX

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	4,76 % O = 5 N = 105	x % O = ≤ 3 N = 129 (≤ 5,00 %)	vergleichbar
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	94,31 % O = 116 N = 123	96,00 % O = 96 N = 100 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	95,00 % O = 57 N = 60	93,33 % O = 98 N = 105 (≥ 80,00 %)	vergleichbar
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	- O = 0 N = 0	94,02 % O = 110 N = 117 (≥ 75,00 %)	vergleichbar
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation	O = ≤ 3 N = 120	O = 5 N = 163 (Sentinel Event)	vergleichbar
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	80,00 % O = 80 N = 100	84,25 % O = 107 N = 127 (≥ 75,00 %)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)*	81,51 % O = 97 N = 119	84,00 % O = 84 N = 100	vergleichbar
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)*	79,31 % O = 46 N = 58	78,43 % O = 80 N = 102	vergleichbar
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)*	- O = 0 N = 0	79,46 % O = 89 N = 112	vergleichbar
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	20,95 % O = 22 N = 105	11,63 % O = 15 N = 129 (≤ 20,00 %)	vergleichbar

Tabelle 68: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – NET-PNTX

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	2 von 20	10,00	1
		2024	1 von 20	5,00	1
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	1 von 17	5,88	-
		2024	2 von 20	10,00	1
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	2 von 18	11,11	-
		2024	1 von 21	4,76	1
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	1 von 19	5,26	-
		2024	0 von 21	0,00	-
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation	2023	4 von 23	17,39	-
		2024	4 von 22	18,18	2

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	2023	2 von 20	10,00	1
		2024	3 von 20	15,00	0
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	2023	3 von 20	15,00	3
		2024	3 von 20	15,00	1

2.2.2 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus

Tabelle 69: QI 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 77	4,76 % O = 5 N = 105	**x %** **O = ≤ 3** **N = 129**
rechnerische Auffälligkeiten	2 von 21 9,52 %	2 von 20 10,00 %	**1 von 20** **5,00 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 (50,00 %)	**1 / 2** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 21 (4,76 %)	**1 / 20** **(5,00 %)**	n. a.

Im Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572036) zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr eine Ergebnisverbesserung um ca. 3 Prozentpunkte und befindet sich damit etwa auf dem Niveau des Auswertungsjahres 2023.

Bei einem Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2024 wurden im Stellungnahmeverfahren qualitative Probleme festgestellt und mit der Kategorie „A99 – Sonstiges “ bewertet und im öffentlichen Kommentar erläutert. Mit dem Krankenhaus wurden im vorausgehenden Stellungnahmeprozess bereits Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart. Bei einer rechnerischen Auffälligkeit eines anderen Leistungserbringers konnten im Behandlungsverlauf keine Hinweise auf ein Fehlmanagement erkannt werden, weshalb eine Bewertung mit „U62 – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ resultierte.

1-, 2- und 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Tabelle 70: QI 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	94,31 % O = 116 N = 123	**96,00 %** **O = 96** **N = 100**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	1 von 17 5,88 %	**2 von 20** **10,00 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 1 (100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 17 (5,88 %)**	n. a.

Tabelle 71: QI 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	95,00 % O = 57 N = 60	**93,33 %** **O = 98** **N = 105**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	2 von 18 11,11 %	**1 von 21** **4,76 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 2 (0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 18 (0,00 %)**	n. a.

Tabelle 72: QI 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = 0 N = 0	**94,02 %** **O = 110** **N = 117**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	1 von 19 5,26 %	**0 von 21** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 75,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 1 (0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 19 (0,00 %)**	n. a.

Die Follow-up-Indikatoren zum Überleben bei bekanntem Status messen die Rate an Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus dem transplantierenden Leistungserbringer bekannt ist und die zum Zeitpunkt des jeweils durchgeführten Follow-up leben. In allen Indikatoren kann im Vergleich zum Vorjahresergebnis ein nahezu gleichbleibendes Bundesergebnis festgestellt werden.

Da im Auswertungsmodul *NET-PNTX* in der Regel zwei Jahre (Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1) ausgewertet werden, können die Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 sowie Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 für den Indikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status" (ID 572041) nicht dargestellt werden, da hier auf Indexeingriffe vor 2020 Bezug genommen wird. Die Verknüpfung von Follow-up-Daten ist durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-RL jedoch erst für Patientinnen und Patienten möglich, die ab dem Erfassungsjahr 2020 eine Pankreastransplantation erhalten haben, möglich.

Ein Indikatorergebnis wurde mit „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet, da die Stellungnahme nicht ausreichend begründet für eine qualitative Aufarbeitung war – mehrere Sachverhalte im Behandlungsverlauf blieben so unklar.

Drei Indikatorergebnisse wurden mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)" bewertet, da die auffälligen Vorgänge bereits im Vorjahr zu einem früheren Follow-up-Zeitpunkt vorlagen und dementsprechend im letztjährigen Stellungnahmeverfahren ausgewertet wurden.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation

Tabelle 73: QI 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,03 O = ≤ 3 N = 120	**O = 5** **N = 163**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	4 von 23 17,39 %	**4 von 22** **18,18 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 4** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 23** **(0,00 %)**	n. a.

Der Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation" (ID 312300) wurde erstmal zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Patientinnen und Patienten betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2023 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus erneut nur selten unbekannt.

Für ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis wurde im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 eine unzureichendene Stellungnahme eingereicht. Seitens des Leistungserbringers wurde der Indikator bzw. das Indikator-Ziel fehlinterpretiert. Eine Nachfrage hierzu ging

beim IQTIG leider nicht ein. Es resultierte eine Bewertung mit „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt".

In einem Fall handelte es sich um eine vom Leistungserbringer selbst erkannte Fehldokumentation, weshalb eine Bewertung mit „D80 – Unvollzählige oder falsche Dokumentation" erfolgte.

Aufgrund eines vereinzelten Dokumentationsproblems wurde ein Ergebnis mit „U63 – Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)" abgeschlossen. Probleme in der medizinischen Qualität lagen nicht vor.

Die diesem Abschnitt zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei zwei rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch nicht abgeschlossenen Analysen noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Qualität der Transplantatfunktion

Tabelle 74: QI 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	78,95 % O = 60 N = 76	80,00 % O = 80 N = 100	**84,25 %** **O = 107** **N = 127**
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 21 38,10 %	2 von 20 10,00 %	**3 von 20** **15,00 %** **(Refbereich: ≥ 75,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 8 (0,00 %)	**1 / 2** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 21 (0,00 %)	**1 / 20** **(5,00 %)**	n. a.

Tabelle 75: TKez 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	81,51 % O = 97 N = 119	**84,00 %** **O = 84** **N = 100**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 76: TKez 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	79,31 % O = 46 N = 58	**78,43 %** **O = 80** **N = 102**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 77: TKez 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = 0 N = 0	**79,46 %** **O = 89** **N = 112**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren bzw. Kennzahlen adressieren den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas bei Entlassung bzw. ein, zwei oder drei Jahre nach der Transplantation des Pankreas. Betrachtet wird dabei, ob die Patientinnen und Patienten zum jeweiligen Zeitpunkt insulinfrei sind und keine Retransplantation notwendig wurde.

Da im Auswertungsmodul *NET-PNTX* in der Regel zwei Jahre (Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1) ausgewertet werden, können die Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 sowie Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 für den Indikator „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation“ (ID 572046) nicht dargestellt werden, da hier auf Indexeingriffe vor 2020 Bezug genommen wird. Die Verknüpfung von Follow-up-Daten ist durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-RL jedoch erst für Patientinnen und Patienten möglich, die ab dem Erfassungsjahr 2020 eine Pankreastransplantation erhalten haben.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurde darüber hinaus jeweils ein Ergebnis mit „A99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und eines mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ bewertet. Im ersten Fall wurden qualitative Probleme erkannt, die das operative Outcome beeinflussen und dem Leistungserbringer ein Hinweis zum Verbesserungspotenzial mitgeteilt, wohingegen im Letzteren der Fall bereits im Indikator zur „Entfernung des Pankreastransplantats“ (ID 572047) evaluiert wurde, da der Funktionsqualitätsverlust auch zur Entfernung des Pankreas führte.

Entfernung des Pankreastransplantats

Tabelle 78: QI 572047: Entfernung des Pankreastransplantats

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	14,29 % O = 11 N = 77	20,95 % O = 22 N = 105	**11,63 %** **O = 15** **N = 129**
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 21 47,62 %	3 von 20 15,00 %	**3 von 20** **15,00 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 10 (20,00 %)	**2 / 3** **(66,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 21 (9,52 %)	**2 / 20** **(10,00 %)**	n. a.

Der Indikator adressiert den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das Pankreastransplantat während des stationären Aufenthaltes wieder entfernt wurde.

Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum kann eine deutliche Verbesserung des Bundesergebnisses festgestellt werden, trotz einer Zunahme der Fallzahl im Nenner von 105 auf 129 (Erfassungsjahre 2024/2023: 11,63 %; Erfassungsjahre 2022/2021: 20,95 %). Dies wird auch vom Expertengremium auf Bundesebene als positive Entwicklung bewertet.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden zwei rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, da u. a. die Indikationsstellung, die Organakzeptanz oder das postoperative Management kritisch gesehen wurden. Die Fälle wurden durch die Krankenhäuser besprochen, eine noch dezidiertere Aufarbeitung wäre aber wünschenswert.

Ein weiteres rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis wurde nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens mit „U99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ bewertet. Dem Krankenhaus wurden Hinweise zu einem möglichen Verbesserungspotenzial gegeben. Laut Angaben des Leistungserbringers wurde dieser Fall intern aufgearbeitet, das Pankreasprogramm jedoch ohnehin unabhängig davon eingestellt.

Im Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2023 lag bei der letztjährigen Berichterstellung ein Indikatorergebnis zur „Entfernung des Pankreastransplantats“ nicht final abgeschlossen vor. In diesem Fall fand nach abschließender Beratung eine finale Bewertung mit „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ statt, Qualitätsmängel wurden festgestellt. Laut Aussage des Krankenhauses wurde das Pankreastransplantationsprogramm eingestellt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul *PNTX* dokumentiert. Aus diesem Grund werden die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit und weitere Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gemeinsam im Modul *PNTX-D* ausgewertet. Die Beschreibung der Ergebnisse erfolgt zum Modul Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation.

Im Auswertungsmodul *PNTX-D* werden im Auswertungsjahr 2025 ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewertet. Es weisen von insgesamt 40 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem der Auffälligkeitskriterien 16 Leistungserbringer eine rechnerische Auffälligkeit auf, was im Vergleich zum Vorjahr 3 Leistungserbringer weniger sind.

Tabelle 79: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – NET-PNTX-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	0,33 % 7/2.101 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,38 % 2.101/2.093 (≥ 100,00 %)
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,38 % 2.101/2.093 (≤ 110,00 %)
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	97,09 % 2.005/2.065 (≥ 95,00 %)
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	96,82 % 1.829/1.889 (≥ 95,00 %)
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	96,23 % 1.711/1.778 (≥ 95,00 %)

Tabelle 80: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – NET-PNTX-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) 572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	2024	1 von 39	2,56	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation 572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation 572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status				

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)				
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats	2024	1 von 39	2,56	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats	2024	1 von 39	2,56	0
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	6 von 39	15,38	3

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)				
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	2024	11 von 39	28,21	5
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	8 von 39	20,51	5

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)				

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation und Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Tabelle 81: AK 850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,05 % O = 1.983 N = 1.982	100,38 % O = 2.118 N = 2.110	**100,38 %** **O = 2.101** **N = 2.093**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 42 7,14 %	0 von 39 0,00 %	**1 von 39** **2,56 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 3 (66,67 %)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 42 (4,76 %)	**0 / 39** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 82: AK 850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,05 % O = 1.983 N = 1.982	100,38 % O = 2.118 N = 2.110	**100,38 %** **O = 2.101** **N = 2.093**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 42 0,00 %	1 von 39 2,56 %	**1 von 39** **2,56 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 1** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 42 (0,00 %)	**0 / 39** **(0,00 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2025 können hier sehr gute Ergebnisse festgestellt werden, nur für einen Leistungserbringer zeigt sich ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurde das einzige rechnerisch auffällige Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ bewertet. Die Mindestmengenvoraussetzung konnten an diesem Standort nicht erfüllt werden. Das Nierentransplantationsprogramm wurde zwischenzeitlich eingestellt.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up

Tabelle 83: AK 850278: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	93,94 % O = 1.784 N = 1.899	**97,09 %** **O = 2.005** **N = 2.065**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	11 von 39 28,21 %	**6 von 39** **15,38 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**2 / 11** **(18,18 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**2 / 39** **(5,13 %)**	n. a.

Tabelle 84: AK 850279: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	93,44 % O = 1.695 N = 1.814	**96,82 %** **O = 1.829** **N = 1.889**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	13 von 39 33,33 %	**11 von 39** **28,21 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**2 / 13** **(15,38 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**2 / 39** **(5,13 %)**	n. a.

Tabelle 85: AK 850280: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	94,92 % O = 1.234 N = 1.300	**96,23 %** **O = 1.711** **N = 1.778**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	9 von 39 23,08 %	**8 von 39** **20,51 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**3 / 9 (33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**3 / 39 (7,69 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up (ID 850278, 850279 und 850280) betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1, 2 bzw. 3 Jahre nach dem Transplantationsdatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Transplantation und 60 (ID 850278) bzw. 90 (ID 850279 und 850280) Tagen nach dem Jahrestag der Transplantation zulässig. Die Bundesergebnisse liegen jeweils innerhalb des Referenzbereichs, die Follow-up-Daten wurden somit innerhalb des jeweils zulässigen Zeitfensters erhoben. Im Vergleich zum Vorjahr stellt dies eine Verbesserung dar, da die Ergebnisse dieser Auffälligkeitskriterien im letzten Jahr noch jeweils außerhalb des Referenzbereichs lagen.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Auffälligkeitskriterien nicht dargestellt werden, da auch hier die Auswertung der Follow-up-Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (IQTIG 2024a).

Gründe für die im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse umfassen das Überschreiten des für die Erhebung des Follow-up zulässigen Zeitfensters, die Nicht-Durchführung des Follow-up oder Dokumentationsfehler bzw. ein *Lost to follow-up*.

Bei zwölf der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die sich auf neun Leistungserbringer verteilten, war der selbe Vorgang auch im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ rechnerisch auffällig und wurde dort qualitativ bewertet. Um eine mehrfache qualitativ auffällige Bewertung von denselben Vorgängen, die hier das Ziel des Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen, zu vermeiden, erfolgte eine Bewertung mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ mit entsprechender Kommentierung.

Die diesem Abschnitt zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei 14 rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu diesem Zeitpunkt aufgrund weiteren Analysebedarfs noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen

Tabelle 86: AK 852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	0,00 % O = 0 N = 2.111	**0,33 %** **O = 7** **N = 2.101**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 39 0,00 %	**1 von 39** **2,56 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**0 / 39** **(0,00 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen“ (ID 852309) wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, hat dies – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl in diesem Auswertungsmodul – Auswirkungen auf die Grundgesamtheit und damit auf die Berechnungsergebnisse einer ganzen Reihen von Indikatoren und Kennzahlen der Module *TX-PNTX* sowie *TX-NTX*. Für das Auswertungsjahr 2025 wurden insgesamt sieben Fälle im Zähler festgestellt. Alle sieben Fälle wurden von einem Leistungserbringer dokumentiert, sodass im Stellungnahmeverfahren mit diesem Leistungserbringer die Hintergründe der entsprechenden Dokumentation zu klären sind.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 87: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	63	-	137	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	63	100,00	137	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	20	31,75	15	10,95
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	20	100,00	15	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	20	100,00	15	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	20	100,00	15	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	20	100,00	15	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	5,00	2	13,33
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	4	20,00	3	20,00
Bewertung als qualitativ auffällig	3	15,00	5	33,33
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	1	6,67
Sonstiges	12	60,00	4	26,67

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 137 Indikatorergebnissen ergaben sich 15 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 8 Leistungserbringer verteilten. Alle Auffälligkeiten wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert, auch die des neu implementierten Qualitätsindikators „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" (ID 312300). Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren gab es 32 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse (inkl. unveröffentlichter Follow-up-Indikatoren), verteilt auf 7 Qualitätsindikatoren und 13 Leistungserbringer.

Fünf der 15 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden u. a. aufgrund kritisch gesehener Indikationsstellungen und Organakzeptanzen oder postoperativem Management als qualitativ auffällig bewertet. Zudem resultierten weitere qualitativ auffällige Bewertungen aus fachlich unzureichenden Stellungnahmen. Mit einem Krankenhaus wurden bereits Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart. In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsproblemen sowie Hinweise zu Verbesserungspotenzialen, u. a. zur Konzeption der M&M-Konferenzen nach Leitfaden der Bundesärztekammer sowie einer Nachhaltung durch entsprechend gelenkte Protokollierung. Diese ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können. Mit einem der Krankenhäuser wurden bereits im vorausgehenden Stellungnahmeprozess Maßnahmen zur Verbesserung vereinbart. Zusätzlich hatte das Krankenhaus auch bereits selbst Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der zuvor beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung sowie den BQB 2024) betroffen. Aufgrund des zuvor beschriebenen gezielten Austauschs mit den Leistungserbringern war eine entsprechende Berücksichtigung bei der qualitativen Auswertung möglich.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei zwei der 15 rechnerisch auffälligen Ergebnisse standen die qualitativen Bewertungen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von weiterem Analysebedarf noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 88: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – NET-PNTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffäl-ligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffällig-keiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffällig-keiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffäl-ligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffällig-keiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffällig-keiten**
4	3	1	2	0	1

Bei einem Leistungserbringer wurde zu drei Qualitätsindikatoren eine qualitative Auffälligkeit festgestellt. Mit diesem Leistungserbringer wurden im vorausgehenden Stellungnahmeprozess bereits Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeits-kriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 89: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX-D

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	84	100,00	234	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	3	3,57	34	14,53
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	3	100,00	34	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	3	100,00	34	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	100,00	34	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	14	41,18
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	33,33	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewertung als qualitativ auffällig	2	66,67	7	20,59
Sonstiges	0	0,00	13	38,24
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 234 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien ergaben sich 34 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 19 Leistungserbringer verteilten. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren gab es insgesamt 240 Ergebnisse (inkl. Follow-up-Auffälligkeitskriterien) zu Auffälligkeitskriterien.

Bei den qualitativen Auffälligkeiten (n = 7) wurde entweder das für die Erhebung des Follow-up zulässige Zeitfenster nicht getroffen, das Follow-up gar nicht durchgeführt oder es handelte sich um Dokumentationsfehler bzw. ein *Lost to follow-up*.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die zuvor beschriebene Verknüpfungsproblematik (siehe hierzu die Vorbemerkung sowie den BQB 2024) zwischen Indexeingriffen und Follow-ups berücksichtigt.

Tabelle 90: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – NET-PNTX-D

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
9	5	5	3	2	0

Bei zwei Leistungserbringern wurden zu jeweils zwei Auffälligkeitskriterien qualitative Auffälligkeiten festgestellt. Hierbei handelte es sich in einem Fall um eine nicht zeitgerechte Erhebung des Follow-ups. Der Leistungserbringer hat angemerkt, zukünftig den organisatorischen Prozess entsprechend zu optimieren. Bei dem anderen Leistungserbringer handelte es sich um Dokumentationsfehler, die insgesamt strukturelle und prozessuale Defizite bei der Dokumentation und Freigabe der Follow-up-Datensätze verdeutlichten.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *NET-PNTX* wurden insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und anschließend in den Expertengremiumssitzungen die im folgenden aufgeführten Themen mit der Bundesfachkommission diskutiert. Zum einen wurde die Relevanz der strukturierten Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) mit interdisziplinärer und tiefgreifender Aufarbeitung von Fällen gemäß Leitfaden der Bundesärztekammer aufgegriffen und als ein Punkt der Diskussion intensiv besprochen.

Daneben bildeten auch die langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben von Lebendspenderinnen und Lebendspendern einen Schwerpunkt der Diskussion, an die sich Abwägungen zum Aufbau des Indikatorensets im Follow-up-Bereich anschließen werden. Dementsprechend wird derzeit eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bis zu 10 Jahren nach erfolgter Transplantation diskutiert.

Bezüglich der Verknüpfungsproblematik von Indexeingriffen und den zugehörigen Follow-ups wurden ebenfalls Beratungen mit den Expertinnen und Experten durchgeführt. Die fehlerhafte Verknüpfung ließ sich hauptsächlich auf fehlerhafte Angaben bei patientenidentifizierenden Merkmalen zurückführen, die sowohl manuell als auch softwarebasiert fehlerhaft angegeben wurden sowie auf zu spät übermittelte Datensätze. Hier lässt sich der Bedarf für eine optimierte Datenerfassung patientenidentifizierender Maßnahmen erkennen. Aber z. B. auch der zwischenzeitliche Wechsel des Versicherungstyps zwischen gesetzlicher und privater Versicherung verhindert in wenigen Fällen die Verknüpfbarkeit von Indexeingriffen und zugehöriger Follow-ups. Dies ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierungswege der patientenidentifizierenden Merkmale je nach gesetzlicher oder privater Versicherung systemimmanent.

5 Ausblick

Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln eine überwiegend gute medizinische Versorgung im Bereich der Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation wider. Die Beratungen in der Bundesfachkommission sprechen deutlich davon, dass sich die Ergebnisqualität trotz der immer komplexeren Situation auf Spender- und Empfängerseite kontinuierlich verbessere und sich im internationalen Vergleich sehr gut darstelle. Trotzdem wird Weiterentwicklungsbedarf am Indikatorenset im Follow-up-Bereich gesehen. Länger werdende Überlebenszeiten bereichern das Leben Transplantierter, geben aber auch Aufschluss über die Behandlungsqualität. Dementsprechend wird auch hier eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bis zu 10 Jahren nach erfolgter Transplantation diskutiert.

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* (*QS NET*). Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der G-BA den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Auswertungsmoduls *NET PNTX* vorerst nicht zu folgen (G-BA 2025). Hierbei hatte das IQTIG die Streichung des Indikators zum unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 312300) und des Indikators und der Kennzahlen zur Qualität der (Pankreas-)Transplantatfunktion bei Entlassung bis zu 3 Jahren nach Transplantation (IDs 572043, 572044, 572045, 572046) empfohlen. Darüber hinaus wurde die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern sowie die Umstellung der Datenakquise auf Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim G-BA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern und die Umstellung auf Sozialdaten einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, hier besonders auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z.B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle.

Literatur

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung ab 2024 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf (abgerufen am: 09.07.2025).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2025): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET, QS TX, QS PM und QS GYN-OP der DeQS-RL* zur Veröffentlichung und Beauftragung des IQTIG mit der Umsetzung. [Stand:] 17.07.2025. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7364/2025-07-17_DeQS-RL_Freigabe-Veroeffentlichung-IQTIG-Bericht_Weiterentwicklung-QS-Verf.pdf (abgerufen am: 31.07.2025).

Girndt, M; Backus, G; Beige, J; Bruns, S; Herget-Rosenthal, S; Kleophas, W; et al. (2020): Leitlinie zu Infektionsprävention und Hygiene 2019 als Ergänzung zum Dialysestandard. Stand: 27.01.2020. Berlin: DGfN [Deutsche Gesellschaft für Nephrologie] [u. a.]. URL: https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html [DGfN – Hygieneleitlinie > Download] (abgerufen am: 12.08.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Bundesqualitätsbericht 2024. [Stand:] 22.10.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2024_2024-10-22.pdf (abgerufen am: 11.12.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 20.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorenset des QS-Verfahrens *Nierenersatztherapie* (Auswertungsmodul *Dialyse*). Addendum zum Abschlussbericht vom 14. März 2025. [Stand:] 28.05.2025. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2025/IQTIG_WE-datengestuetzte-QS-Verfahren-NET-DIAL_Addendum_2025-05-28.pdf (abgerufen am: 31.07.2025).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

NET-DIAL: Dialyse

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2021, 2022, 2023 und 2024

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Stand: 21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Dialyse. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025

Abgabe 21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 15

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 18

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022 19

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021 20

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 21

Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt 21

572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt 21

572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 25

Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration 29

572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration 29

572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 33

Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration 37

572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration 37

572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 41

Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche 45

572005: Dialysefrequenz pro Woche 45

572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 49

Gruppe: Dialysedauer pro Woche ... 53
572006: Dialysedauer pro Woche ... 53
572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ... 57
Gruppe: Ernährungsstatus ... 61
572007: Ernährungsstatus ... 61
572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ... 65
Gruppe: Anämiemanagement ... 69
572008: Anämiemanagement ... 69
572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ... 73
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen ... 77
572009: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen ... 77
572056: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ... 82
Details zu den Ergebnissen ... 86
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen ... 87
572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen ... 87
572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ... 92
Details zu den Ergebnissen ... 96
Gruppe: 1-Jahres-Überleben ... 97
572011: 1-Jahres-Überleben ... 97
572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ... 101
Gruppe: 2-Jahres-Überleben ... 105
572012: 2-Jahres-Überleben ... 105
572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ... 109
Gruppe: 3-Jahres-Überleben ... 113
572013: 3-Jahres-Überleben ... 113
572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ... 117
Basisauswertung ... 121
Allgemeine Daten ... 122
Anamnese ... 125
Behandlungsverlauf ... 127

Einleitung

Unter dem QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) werden sowohl die Nierentransplantation, die Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst. Letztere gliedern sich in die Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration und Peritonealdialyse und gehören zu den Blutreinigungsverfahren.

Der Notwendigkeit zur Durchführung eines Nierenersatzverfahrens können unterschiedliche Indikationen zugrunde liegen. Neben dem akuten Nierenversagen kann auch das chronische Nierenversagen zu einem Funktionsverlust der Niere führen. Häufige Ursachen für ein chronisches Nierenersatzversagen sind:

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck (vaskuläre Nephropathie)
- Entzündliche Erkrankungen der Nierenkörperchen (Glomerulonephritiden).

In der Mehrzahl der Fälle beginnt die Ersatztherapie der Nierenfunktion bei den betroffenen Patientinnen und Patienten mit der Peritoneal- oder Hämodialyse. Der Dialysebeginn kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen. Gleichzeitig hat die Prüfung zu der Möglichkeit einer Anmeldung für die Warteliste zur Nierentransplantation bei Eurotransplant zu erfolgen. Im Falle einer erfolgreichen Nierentransplantation findet die nephrologische Nachbehandlung in Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum statt. Nach einer möglichen Abstoßung des Transplantats beginnt für die meisten Patientinnen und Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nierentransplantation unter Dialysebehandlung. Aufgrund der eingeschränkten Organverfügbarkeit und des individuellen Hintergrundes der Patientin bzw. des Patienten (z.B. medizinische Kontraindikationen), bleibt die Dialysebehandlung oftmals jedoch die einzige Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion. Die Überlebenszeit von Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen ist dabei wesentlich von der Qualität der Behandlung abhängig und kann bei der Kombination verschiedener Dialyseverfahren mit der Nierentransplantation mehrere Jahrzehnte erreichen.

Bei gegebener Indikation findet die Nierentransplantation in Kombination mit einer Pankreastransplantation statt. Um auch Patientinnen und Patienten mit einer solchen kombinierten Transplantation zu betrachten, werden diese in dem QS-Verfahren QS NET eingeschlossen. Aus Praktikabilitätsgründen werden auch Pankreastransplantationen ohne simultane Nierentransplantation einbezogen. Diese äußerst seltenen Eingriffe wurden bislang in der Qualitätssicherung gemeinsam mit der deutlich häufigeren kombinierten Nieren- und Pankreastransplantation erfasst.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine

Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik
• eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (kollektivvertragliche Leistungen, teilstationäre Leistungen oder selektivvertragliche Leistungen) ausgegeben.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird ebenfalls pro Vergleichsgruppe und zusätzlich auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Dialyse (NET-DIAL) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	315.356 308.880 6.476	404.321	78,00
Bund (teilstationäre Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.017 17.990 27	18.764	96,02
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	4.934 4.678 256	4.664	105,79
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	338.307 331.548 6.759	427.749	79,09

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	692		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	692	744	93,01
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	692	744	93,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	155		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	154	153	100,65
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (teilstationäre Leistungen)	144	144	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	28		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	28	27	103,70
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	28	27	103,70
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	838	890	94,16
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	880		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	848	899	94,33

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	307.482 298.120 9.362	329.340	93,36
Bund (teilstationäre Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	17.411 17.367 44	18.040	96,51
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	4.456 4.077 379	0	-
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	329.349 319.564 9.785	347.380	94,81
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	697		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	697	682	102,20
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	697	682	102,20
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	153		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	152	150	101,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (teilstationäre Leistungen)	143	141	101,42
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	25		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (selektivvertragliche Leistungen)	25	0	-

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	25	0	-
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	841	823	102,19
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	874		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	850	832	102,16

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2021 bis 2024 auf Ebene des Leistungserbringers dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID) mit den für Indexeingriffe des Erfassungsjahres 2021 bis 2024 gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	308.880	98,90 N = 305.482
Bund (teilstationäre Leistungen)	17.990	98,45 N = 17.711
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	4.678	99,98 N = 4.677
Bund (gesamt)	331.548	98,89 N = 327.870

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	298.120	99,71 N = 297.250
Bund (teilstationäre Leistungen)	17.367	98,55 N = 17.115
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	4.077	100,00 N = 4.077
Bund (gesamt)	319.564	99,65 N = 318.442

Erfassungsjahr 2022	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	302.316	99,17 N = 299.796

Erfassungsjahr 2021	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	241.161	98,76 N = 238.161

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses bzw. pro BSNR eines ambulanten Leistungserbringers. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert werden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

- Die Auslösung der QS-Dokumentation für Kinder und Jugendliche erfolgt seit dem 01.01.2023. Da die Kennzahlen zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren auch Zeiträume vor dem 01.01.2023 einschließen, ist dies bei der Betrachtung der entsprechenden Kennzahl-Ergebnisse zu beachten.

- Für die Indikatoren 572002 („Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt“), 572003 („Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration“), 572004 („Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration“), 572005 („Dialysefrequenz pro Woche“) und 572006 („Dialysedauer pro Woche“) wurde der Referenzbereich für das Auswertungsjahr (AJ) 2025 ausgesetzt. Hintergrund ist, dass für diese Indikatoren nach Überprüfung der Eignungskriterien ein grundlegender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt			
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	Nicht definiert	82,08 % O = 8.449 N = 10.293
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 15
Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration			
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration	Nicht definiert	43,52 % O = 6.899 N = 15.854
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	64,71 % O = 11 N = 17
Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration			
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration	Nicht definiert	26,02 % O = 18.568 N = 71.366
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	38,57 % O = 27 N = 70

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche			
572005	Dialysefrequenz pro Woche	Nicht definiert	14,08 % O = 7.069 N = 50.215
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	43,28 % O = 29 N = 67
Gruppe: Dialysedauer pro Woche			
572006	Dialysedauer pro Woche	Nicht definiert	29,80 % O = 14.965 N = 50.215
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	64,18 % O = 43 N = 67
Gruppe: Ernährungsstatus			
572007	Ernährungsstatus	Transparenzkennzahl	5,62 % O = 4.012 N = 71.376
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 83

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Anämiemanagement			
572008	Anämiemanagement	Transparenzkennzahl	0,42 % O = 299 N = 71.376
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 83
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen			
572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	≤ 2,03 (95. Perzentil)	0,98 O/E = 7.213 / 7.380,67 N = 79.645
572056	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	33,33 % O = 5 N = 15
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen			
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	≤ 2,26 (95. Perzentil)	0,88 O/E = 352 / 401,82 N = 2.106
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 6

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: 1-Jahres-Überleben			
572011	1-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	89,06 % O = 9.947 N = 11.169
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	100,00 % O = 21 N = 21

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2022 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: 2-Jahres-Überleben			
572012	2-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	73,43 % O = 7.762 N = 10.571
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	100,00 % O = 5 N = 5

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2021 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: 3-Jahres-Überleben			
572013	3-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	61,64 % O = 5.951 N = 9.655
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	80,00 % O = 4 N = 5

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde

572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2021 bis zum 30.09.2022 mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2021 bis Quartal 3/2024

Detailergebnisse

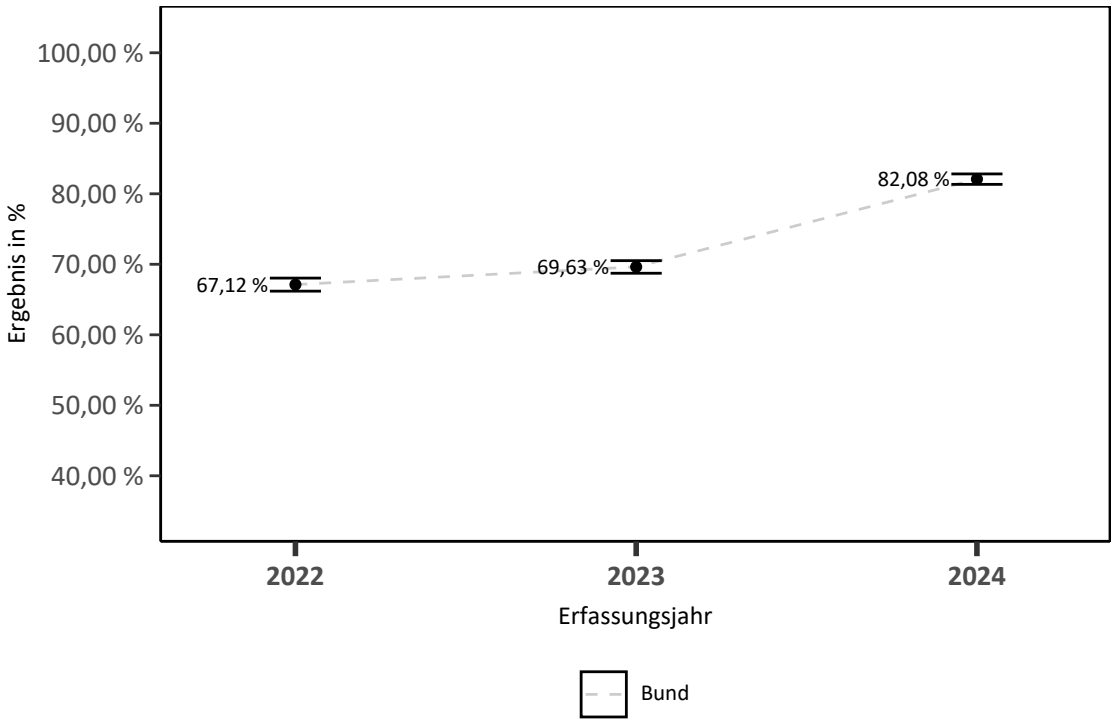
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	6.171 / 9.335	66,11	65,14 - 67,06
		2023	6.602 / 9.656	68,37	67,44 - 69,29
		2024	7.851 / 9.722	80,75	79,96 - 81,53
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	484 / 617	78,44	75,03 - 81,51
		2023	523 / 658	79,48	76,23 - 82,39
		2024	624 / 693	90,04	87,59 - 92,06
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	98 / 128	76,56	68,52 - 83,06
		2023	120 / 155	77,42	70,22 - 83,29
		2024	168 / 176	95,45	91,29 - 97,68

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	6.612 / 9.851	67,12	66,19 - 68,04
	2023	7.087 / 10.178	69,63	68,73 - 70,52
	2024	8.449 / 10.293	82,08	81,33 - 82,81

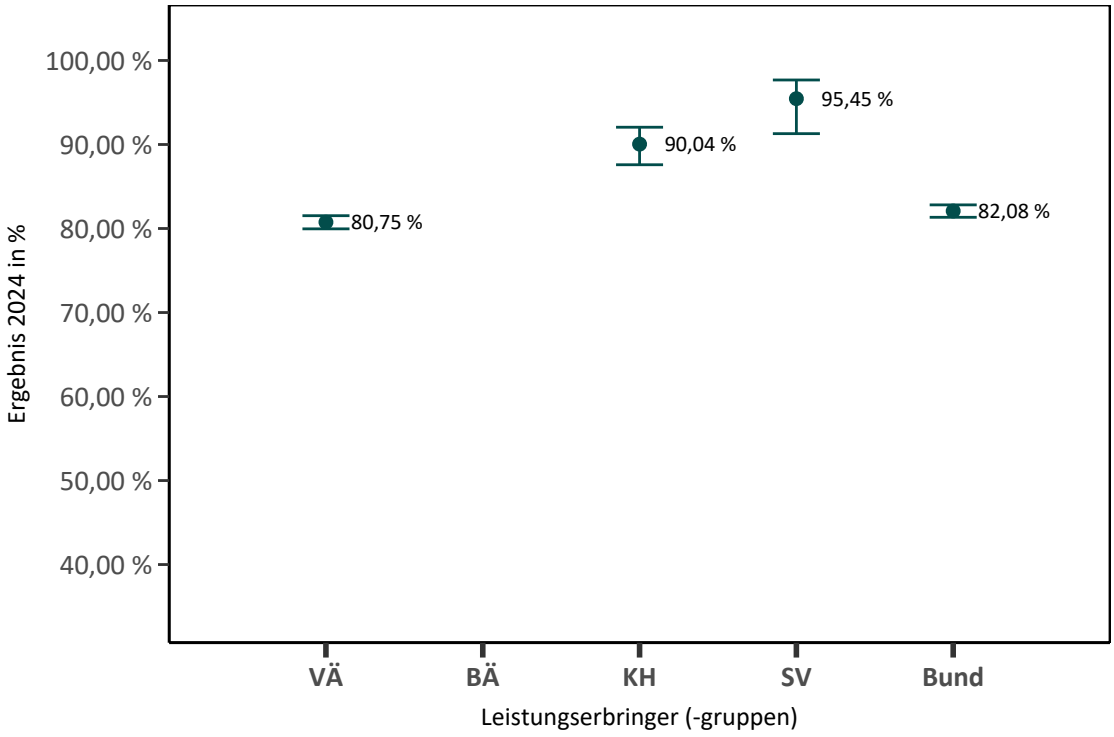
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

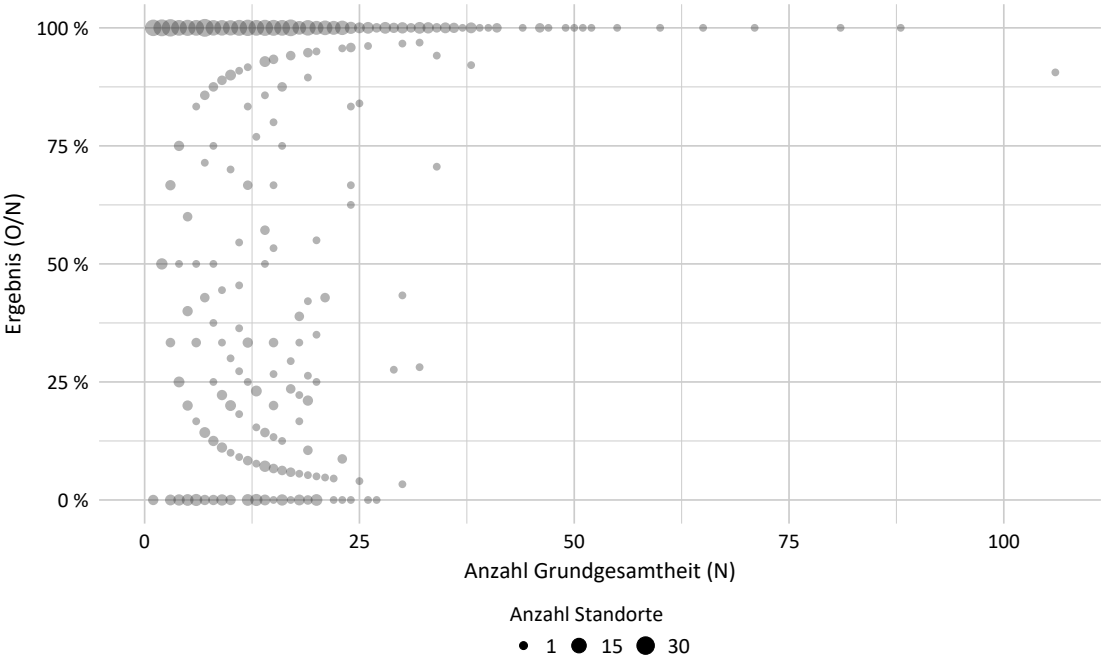


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	827	0	0,00	100,00	100,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2021 bis zum 30.09.2022 mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2021 bis Quartal 3/2024

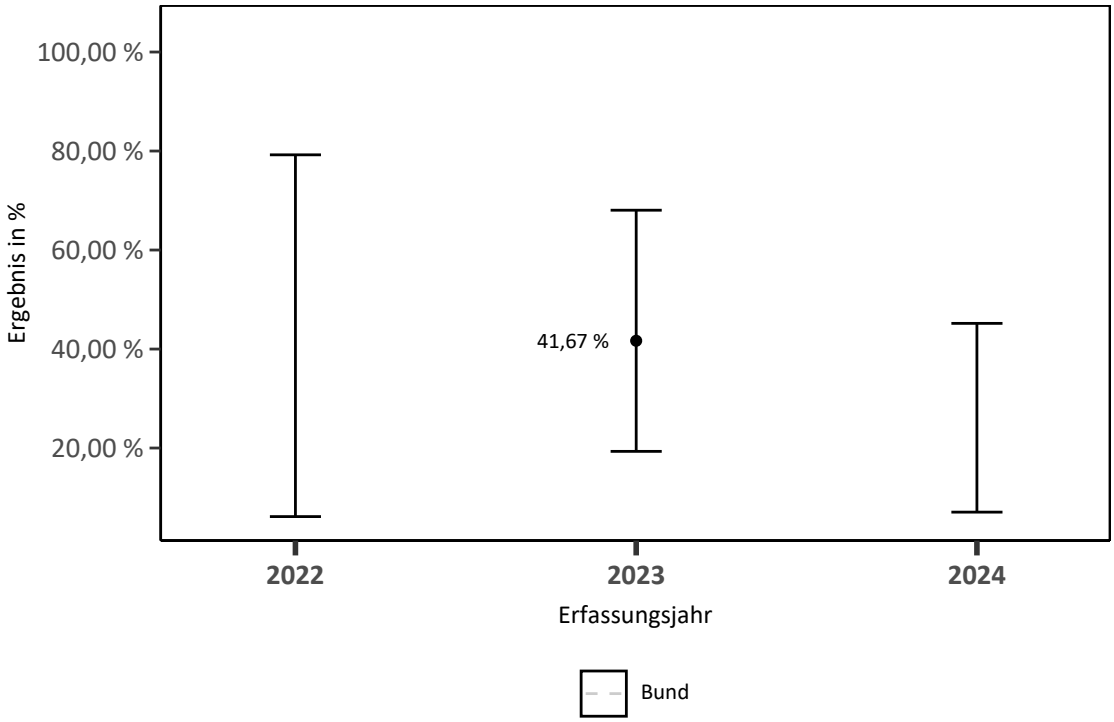
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	≤3	x	6,15 - 79,23
		2023	5 / 12	41,67	19,33 - 68,05
		2024	≤3 / 15	x	7,05 - 45,19
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	≤3	x	6,15 - 79,23
		2023	5 / 12	41,67	19,33 - 68,05
		2024	≤3 / 15	x	7,05 - 45,19

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

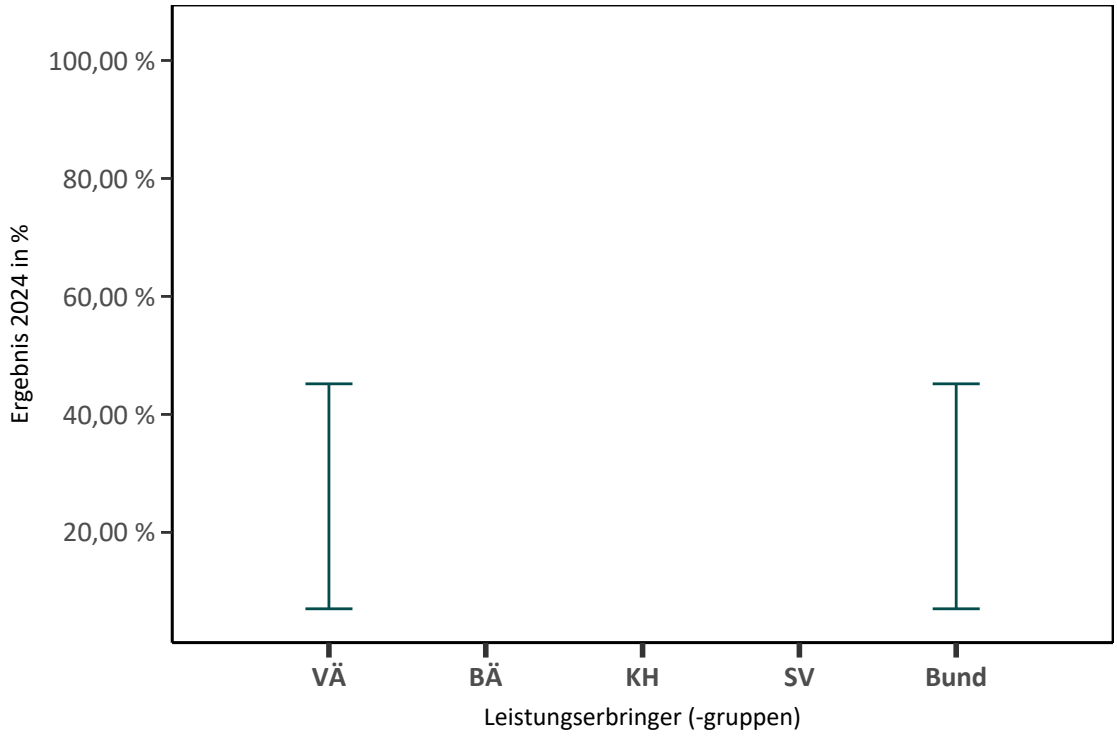
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

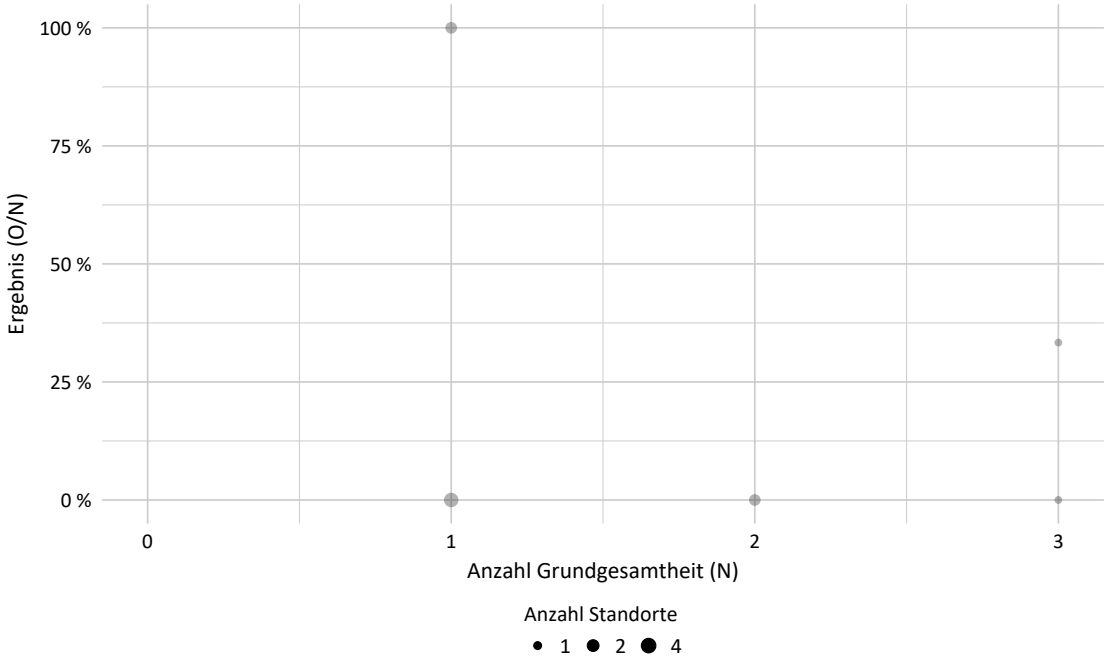


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	10	0	0,00	100,00	0,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind

572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse, eine Hämodiafiltration oder eine Hämofiltration wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten und deren Therapie zwischen dem 01.07.2023 und 30.06.2024 begonnen hat
Zähler	Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung über einen funktionsfähigen Shunt dialysiert werden
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 3/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

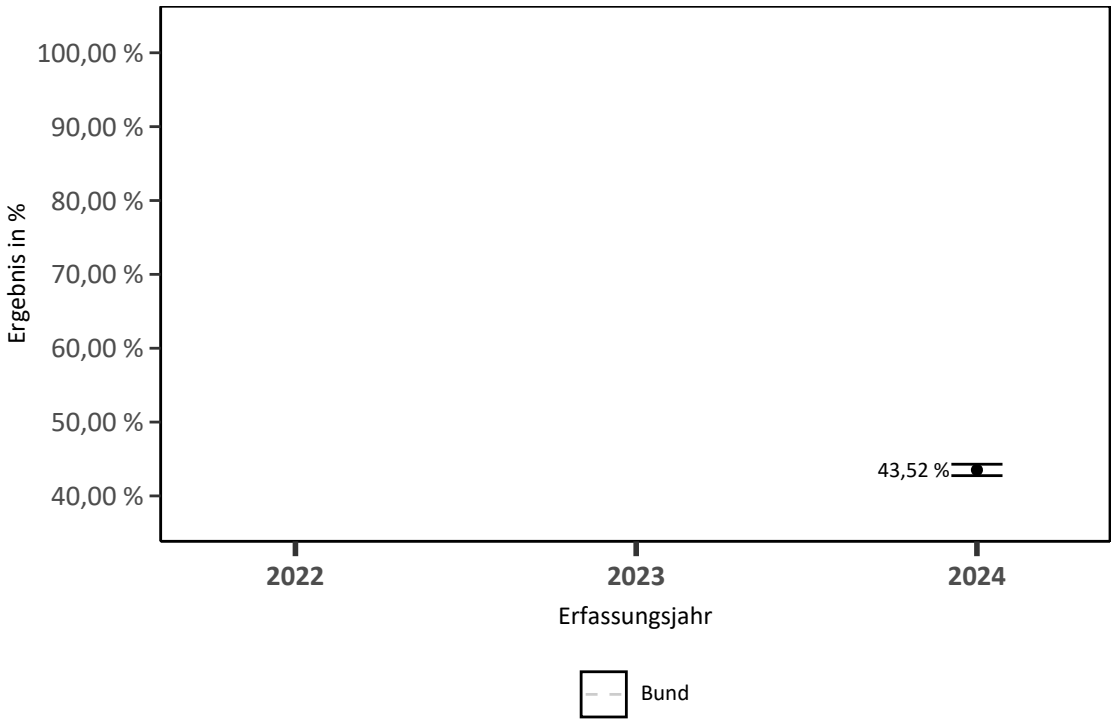
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	6.296 / 14.715	42,79	41,99 - 43,59
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	506 / 913	55,42	52,18 - 58,62
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	119 / 276	43,12	37,41 - 49,01

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	6.899 / 15.854	43,52	42,75 - 44,29

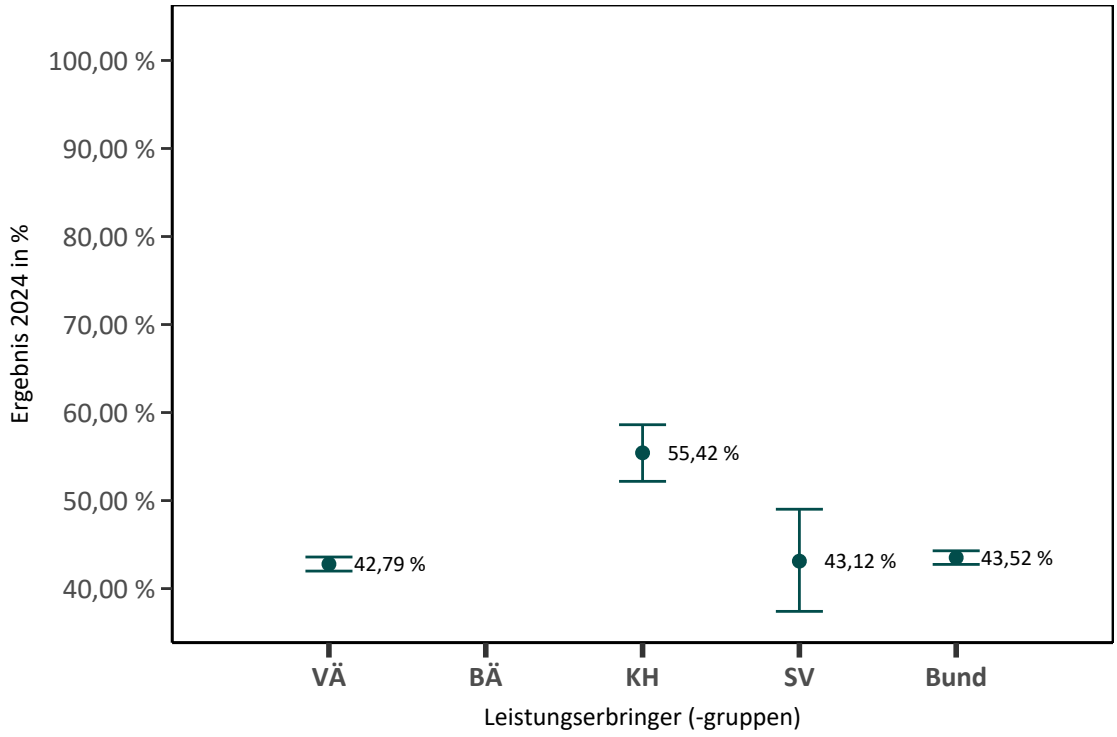
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

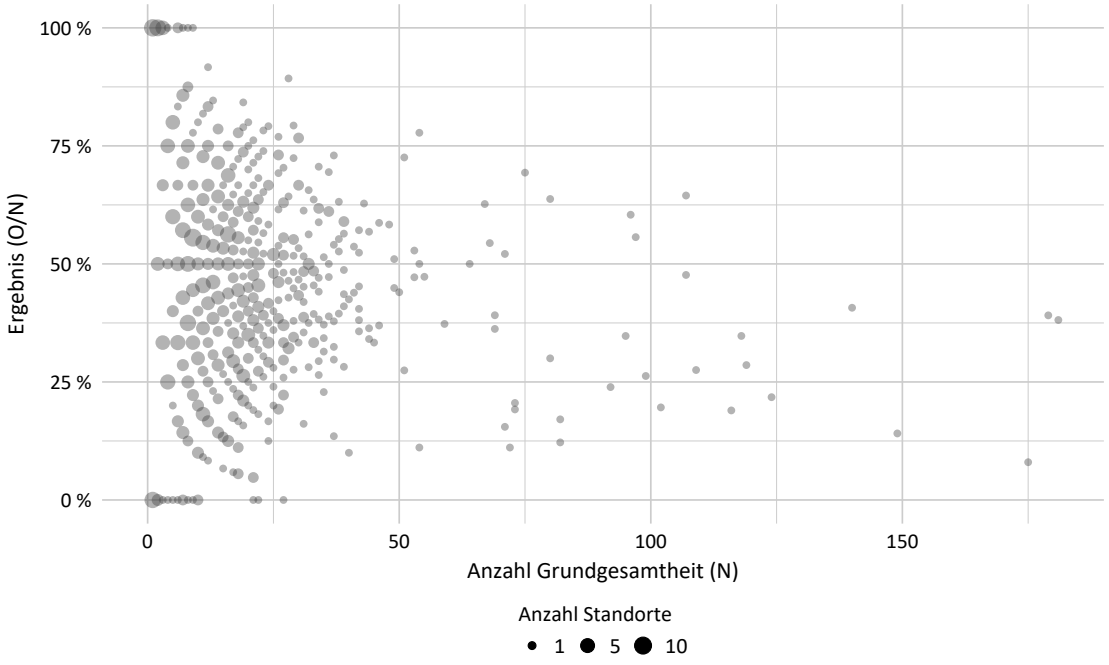


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	778	0	0,00	100,00	46,15

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse, eine Hämodiafiltration oder eine Hämofiltration wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten und deren Therapie zwischen dem 01.07.2023 und 30.06.2024 begonnen hat
Zähler	Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung über einen funktionsfähigen Shunt dialysiert werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 3/2023 bis Quartal 4/2024

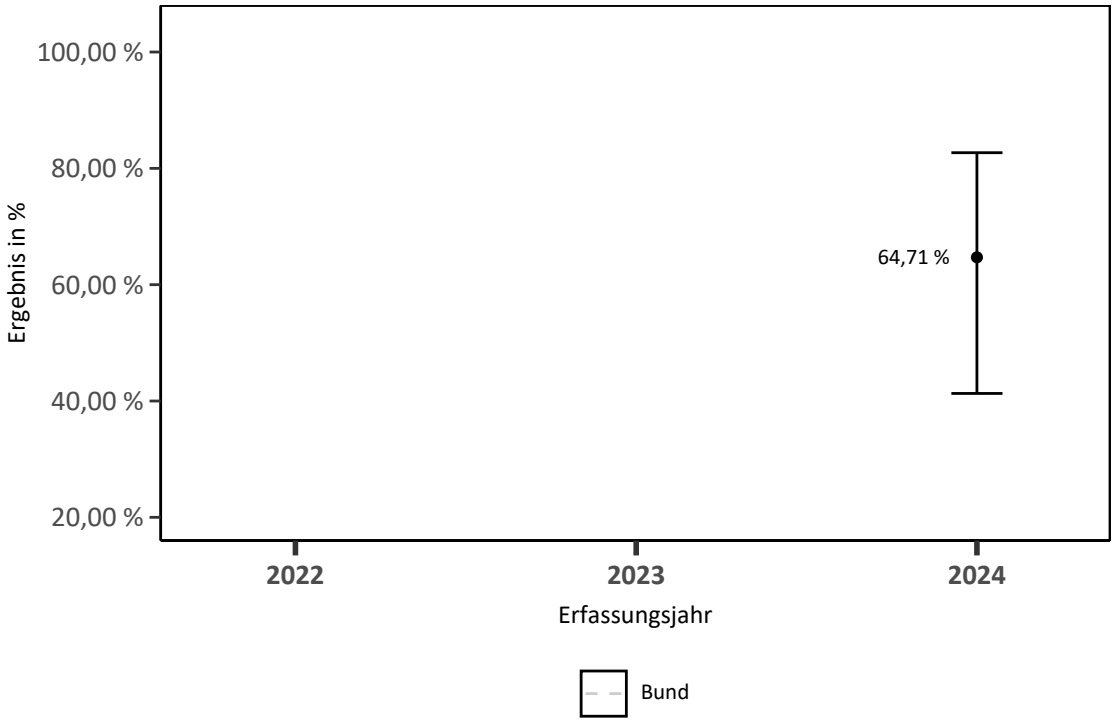
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	10 / 16	62,50	38,64 - 81,52
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	≤3	x	20,65 - 100,00
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	11 / 17	64,71	41,30 - 82,69

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

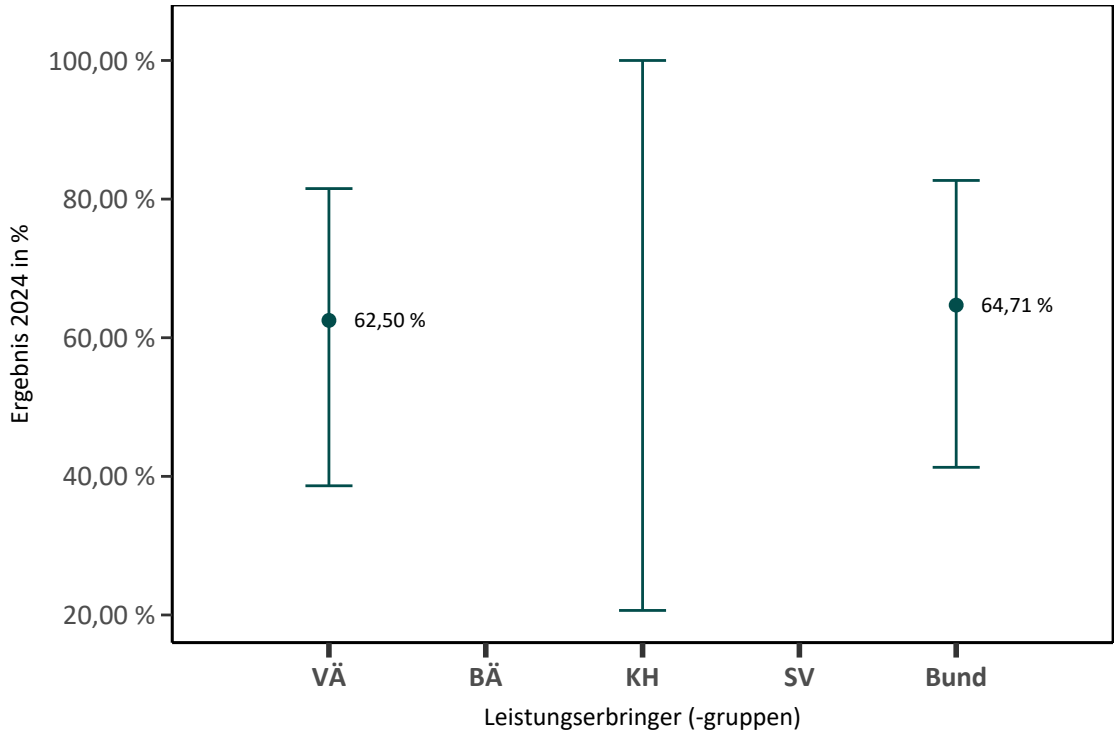
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

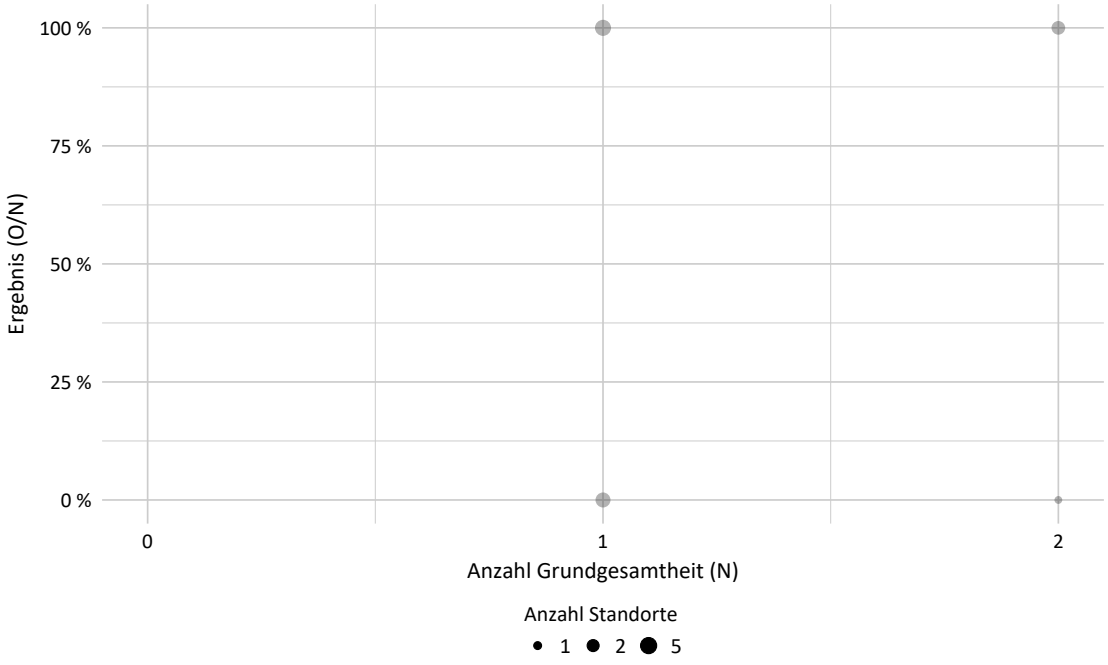


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	13	0	0,00	100,00	100,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden

572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse, eine Hämodiafiltration oder eine Hämofiltration wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, die überwiegend über einen Katheter dialysiert werden
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

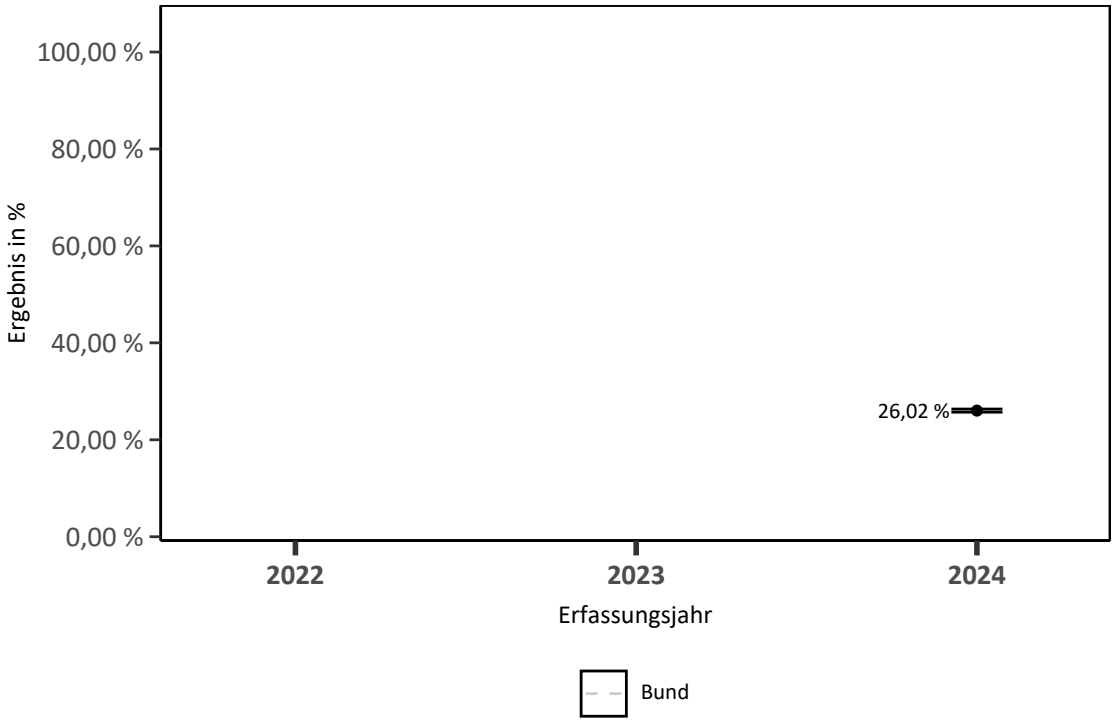
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	16.936 / 67.311	25,16	24,83 - 25,49
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	1.459 / 3.338	43,71	42,03 - 45,40
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	305 / 1.182	25,80	23,39 - 28,37
Bund		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	18.568 / 71.366	26,02	25,70 - 26,34

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

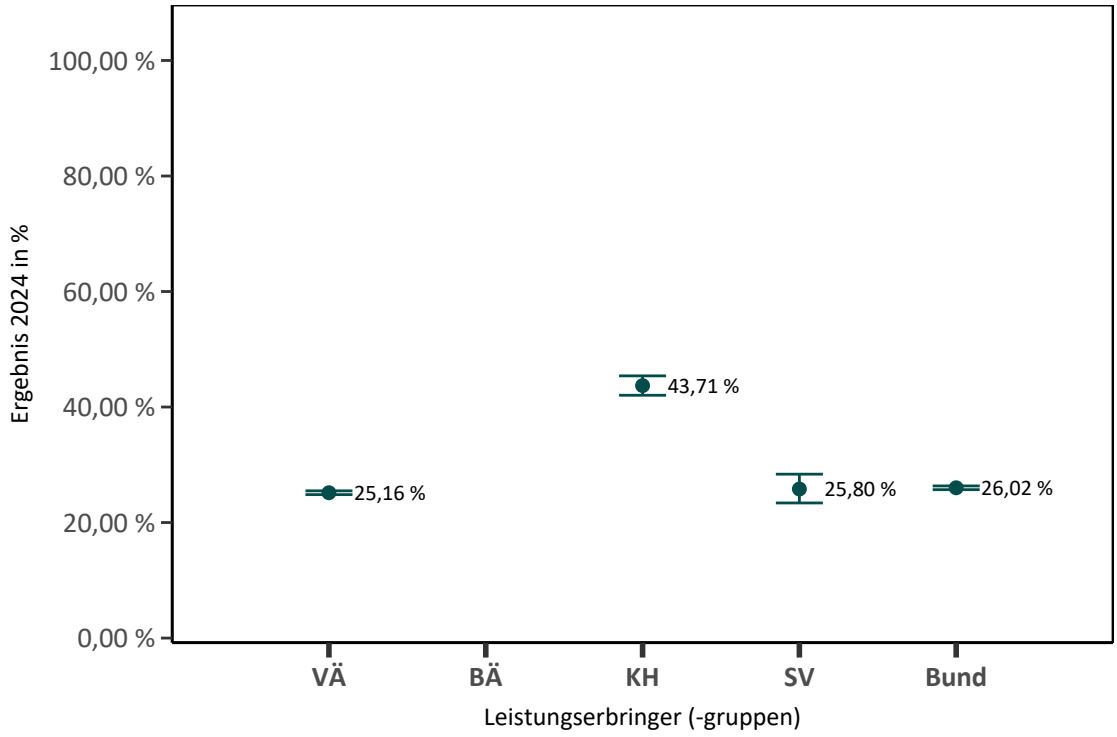
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

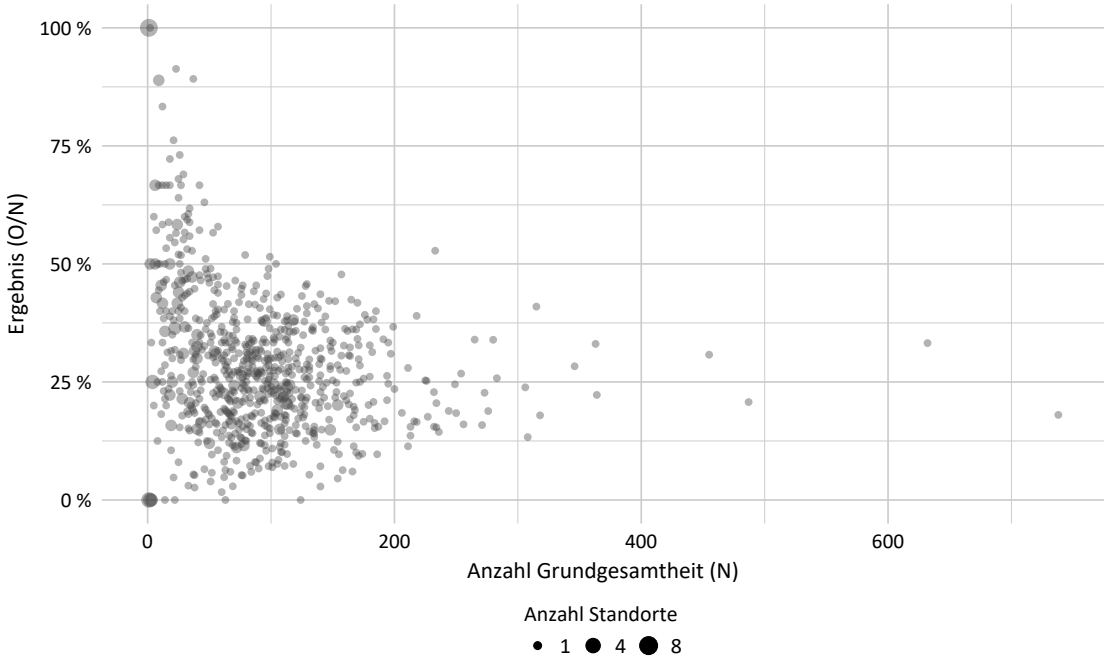


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	811	0	0,00	100,00	26,67

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

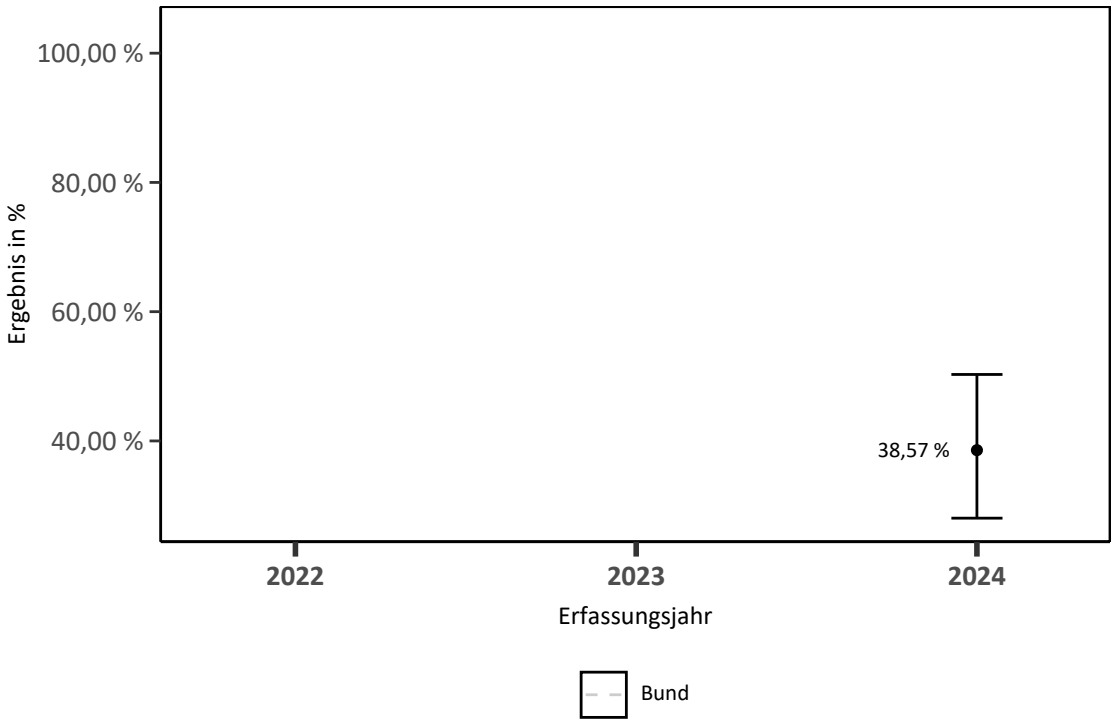
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse, eine Hämodiafiltration oder eine Hämofiltration wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die überwiegend über einen Katheter dialysiert werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	27 / 70	38,57	28,05 - 50,28
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	27 / 70	38,57	28,05 - 50,28

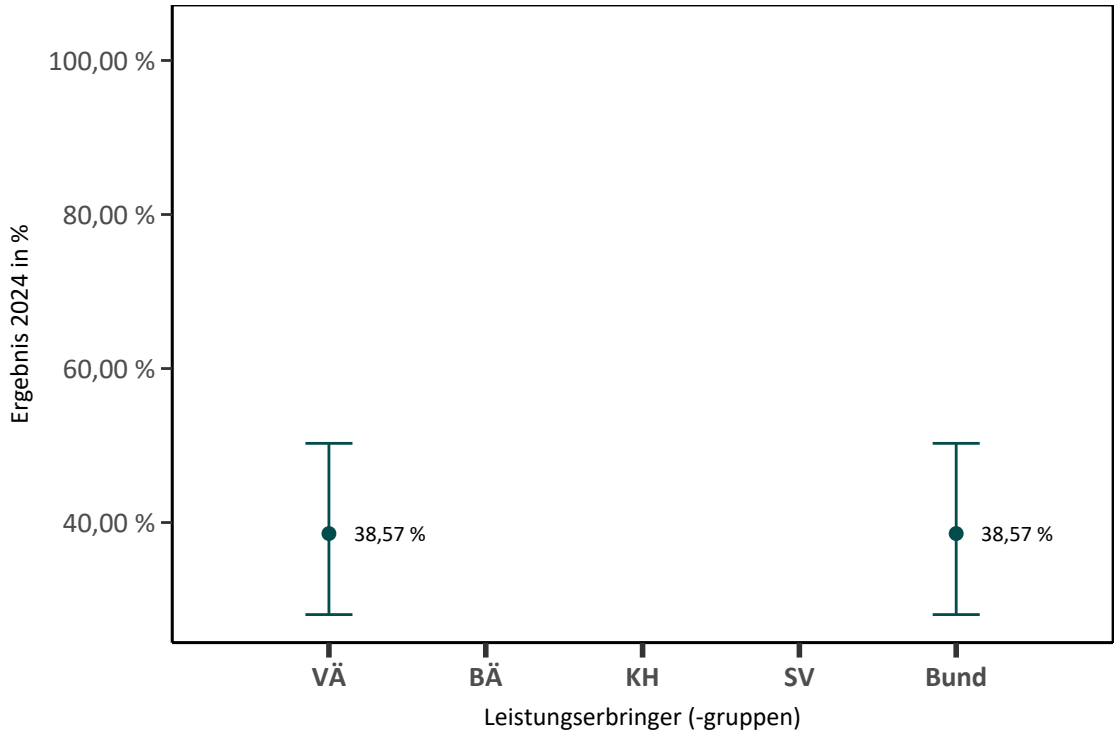
Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

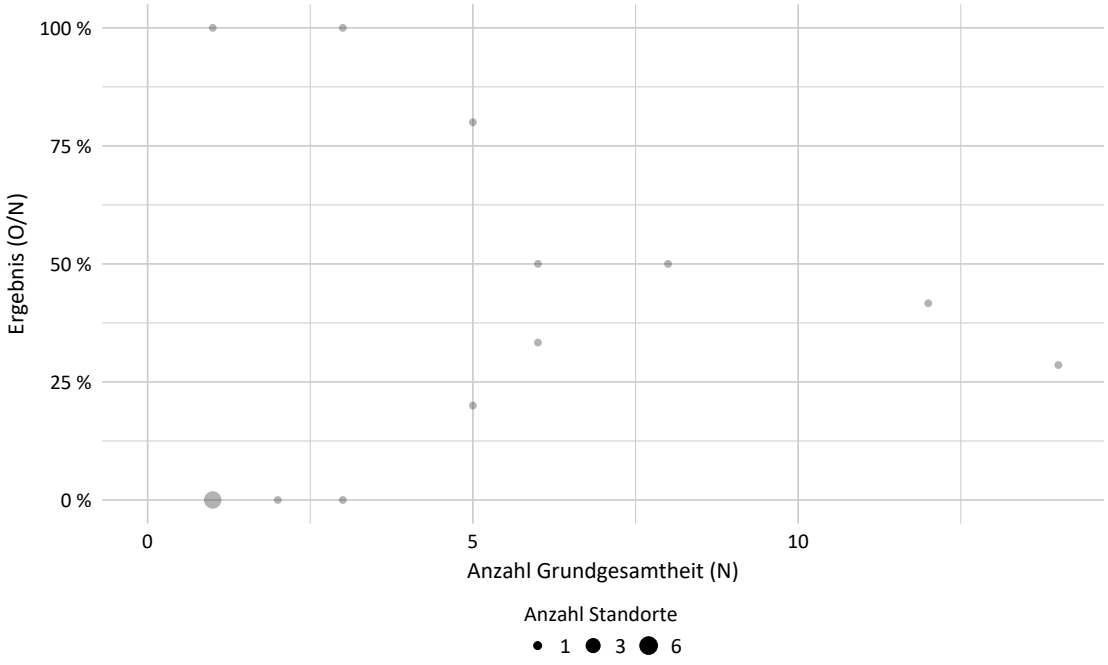


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	17	0	0,00	100,00	20,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten

572005: Dialysefrequenz pro Woche

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die eine chronische Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, die in mehr als 10 % der Wochen weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten haben
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

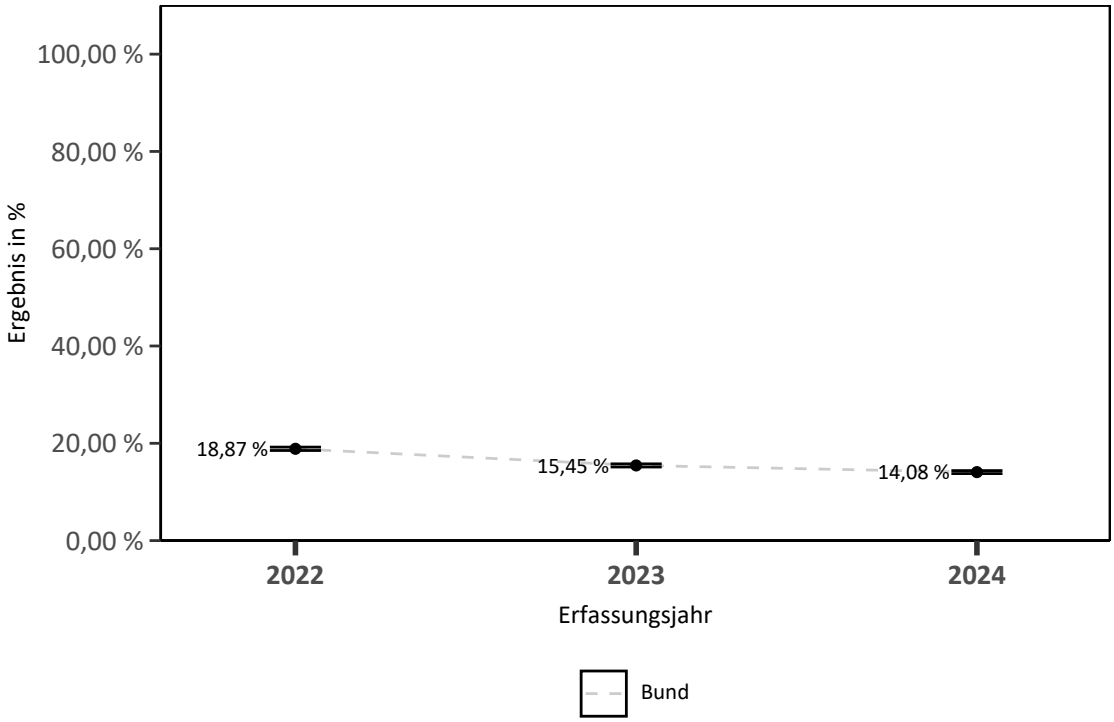
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	7.949 / 45.152	17,60	17,26 - 17,96
		2023	6.339 / 45.253	14,01	13,69 - 14,33
		2024	6.012 / 46.369	12,97	12,66 - 13,27
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	1.305 / 3.708	35,19	33,67 - 36,75
		2023	1.244 / 3.586	34,69	33,15 - 36,26
		2024	1.039 / 3.517	29,54	28,06 - 31,07
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	79 / 688	11,48	9,31 - 14,08
		2023	83 / 794	10,45	8,51 - 12,78
		2024	72 / 822	8,76	7,01 - 10,89
Bund		**2022**	9.274 / 49.155	18,87	18,52 - 19,22
		2023	7.594 / 49.162	15,45	15,13 - 15,77
		2024	7.069 / 50.215	14,08	13,78 - 14,38

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

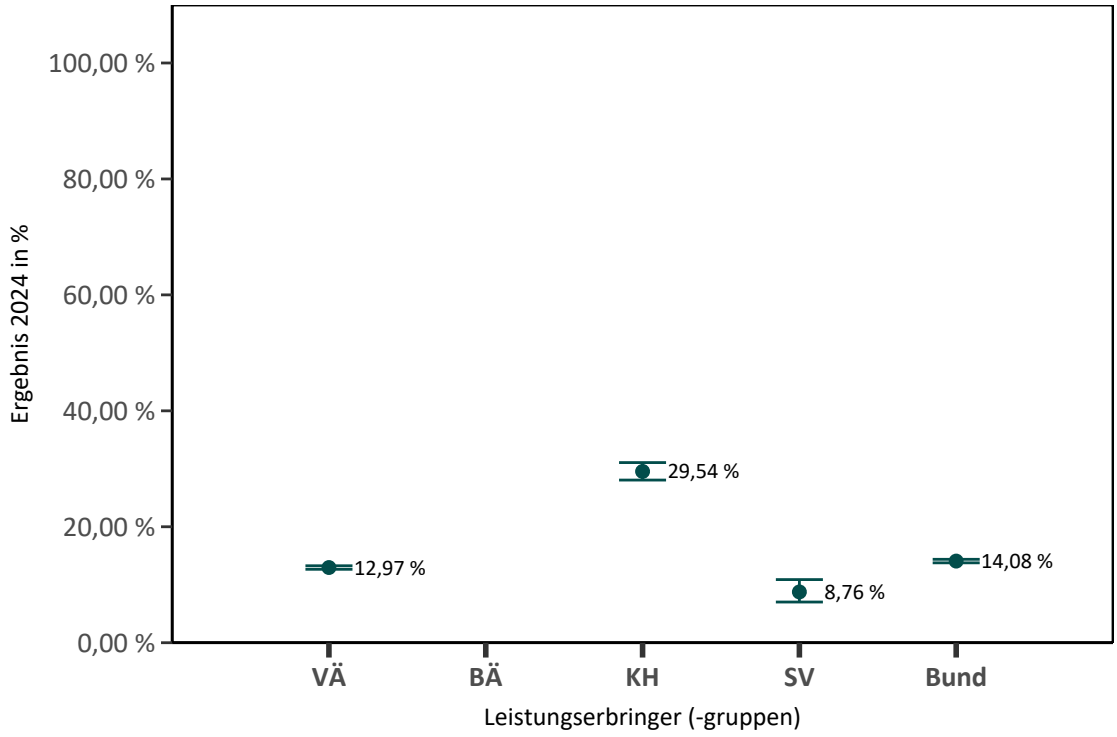
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

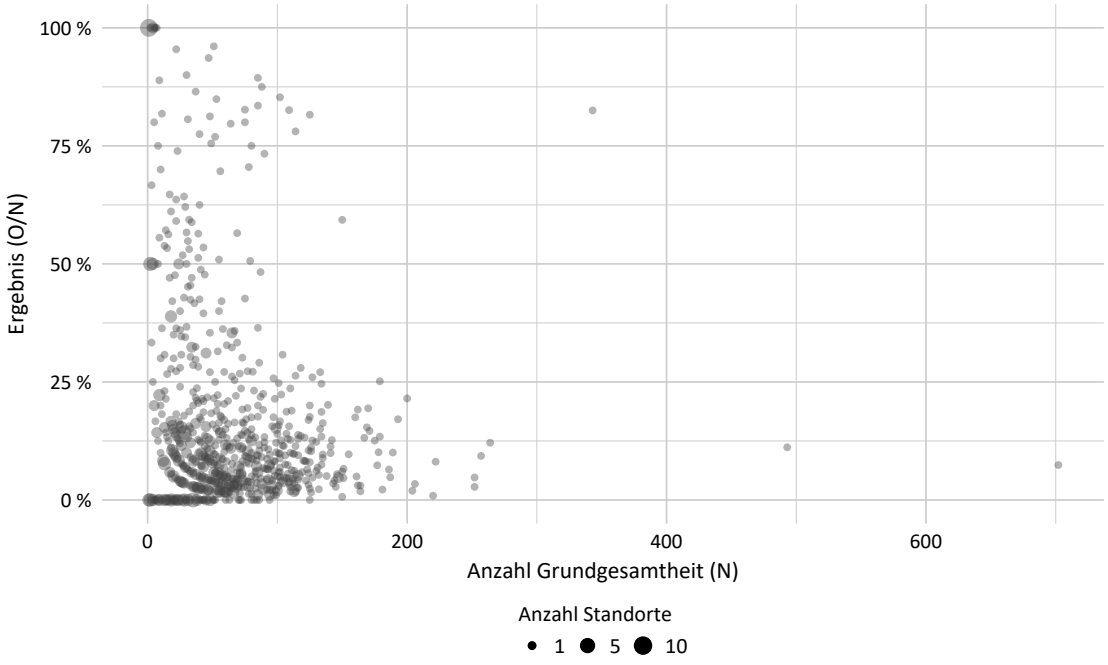


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	825	0	0,00	100,00	9,09

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die eine chronische Hämodialyse Hämodiafiltration oder Hämofiltration erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die in mehr als 10 % der Wochen weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten haben
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

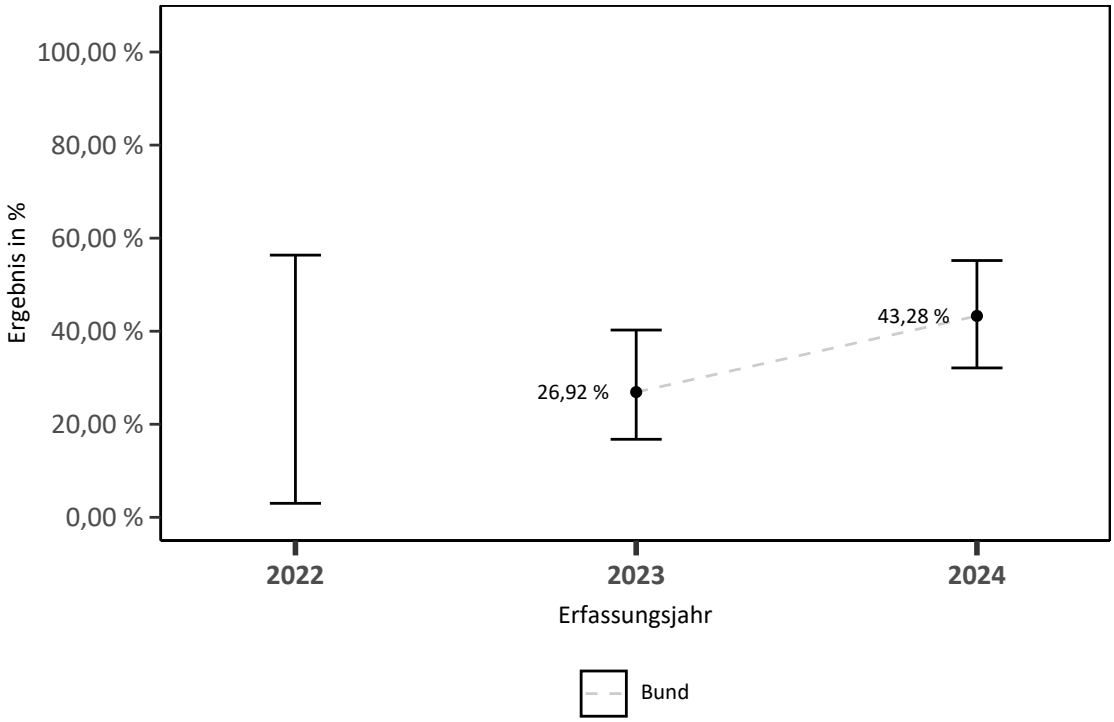
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	0 / 5	0,00	0,00 - 43,45
		2023	14 / 52	26,92	16,77 - 40,25
		2024	27 / 65	41,54	30,36 - 53,66
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	≤3	x	20,65 - 100,00
		2023	0 / 0	-	-
		2024	≤3	x	34,24 - 100,00
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	≤3 / 6	x	3,01 - 56,35
		2023	14 / 52	26,92	16,77 - 40,25
		2024	29 / 67	43,28	32,10 - 55,19

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

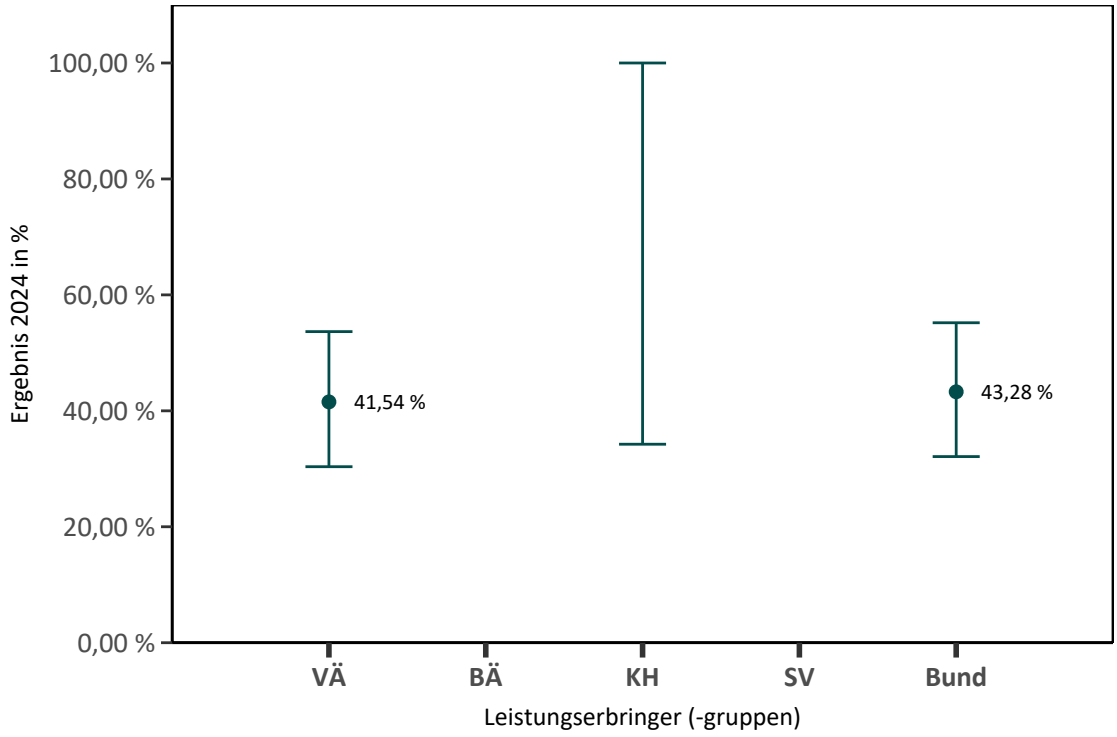
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

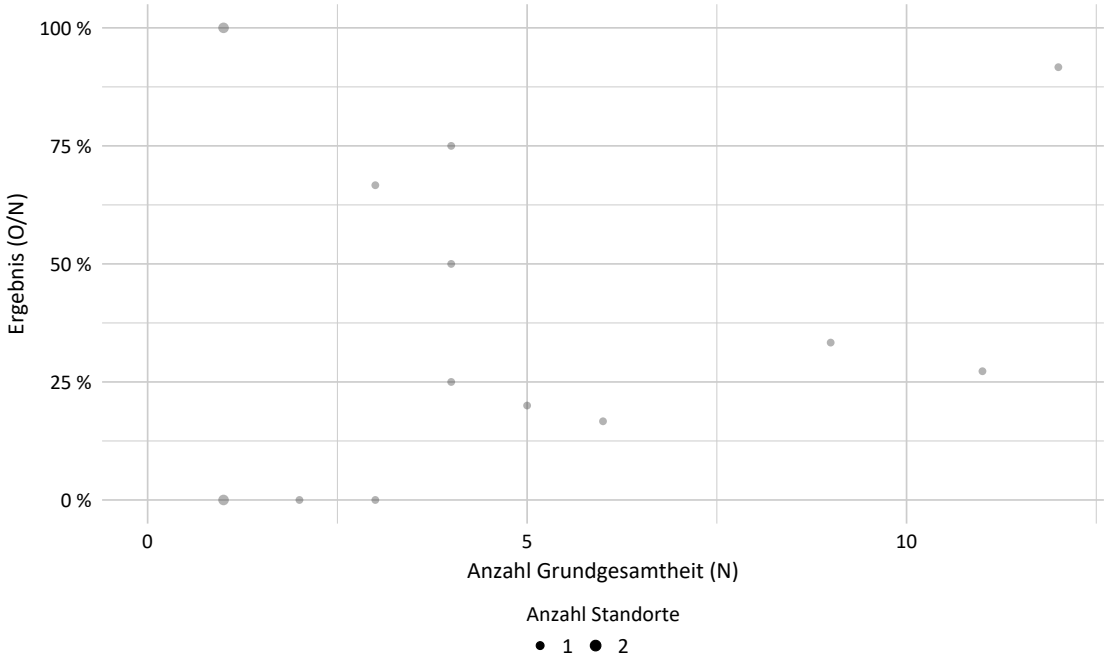


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	15	0	0,00	100,00	27,27

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Gruppe: Dialysedauer pro Woche

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt

572006: Dialysedauer pro Woche

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die eine chronische Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

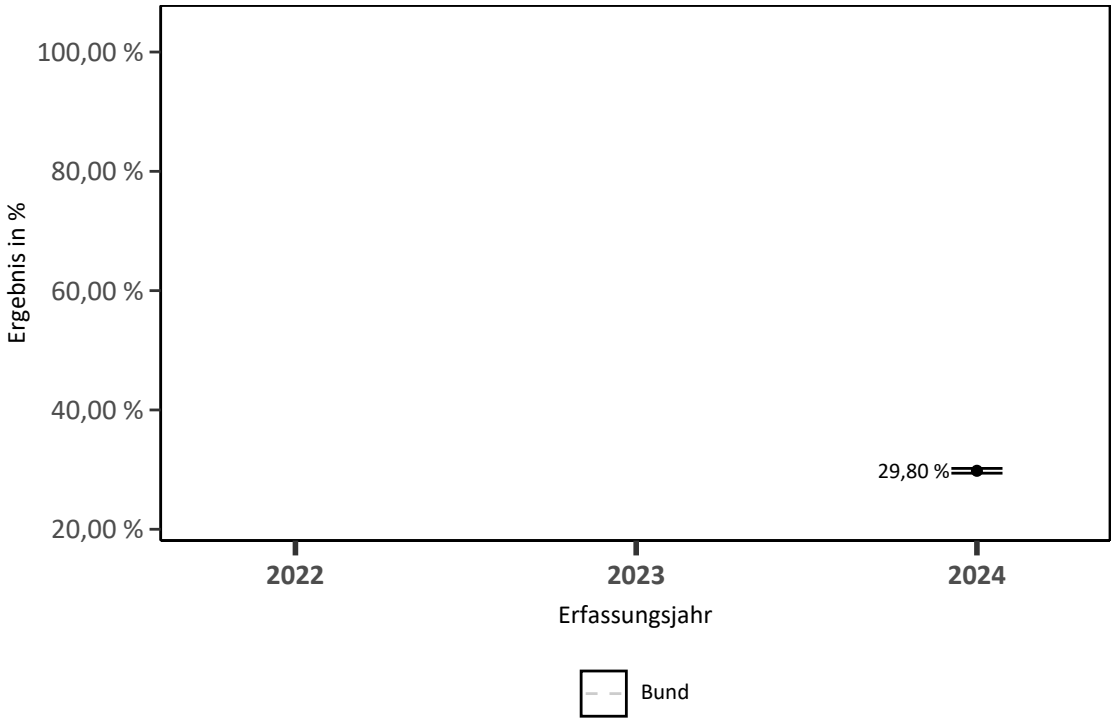
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	13.207 / 46.369	28,48	28,07 - 28,89
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	1.651 / 3.517	46,94	45,30 - 48,60
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	211 / 822	25,67	22,80 - 28,76
Bund		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	14.965 / 50.215	29,80	29,40 - 30,20

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

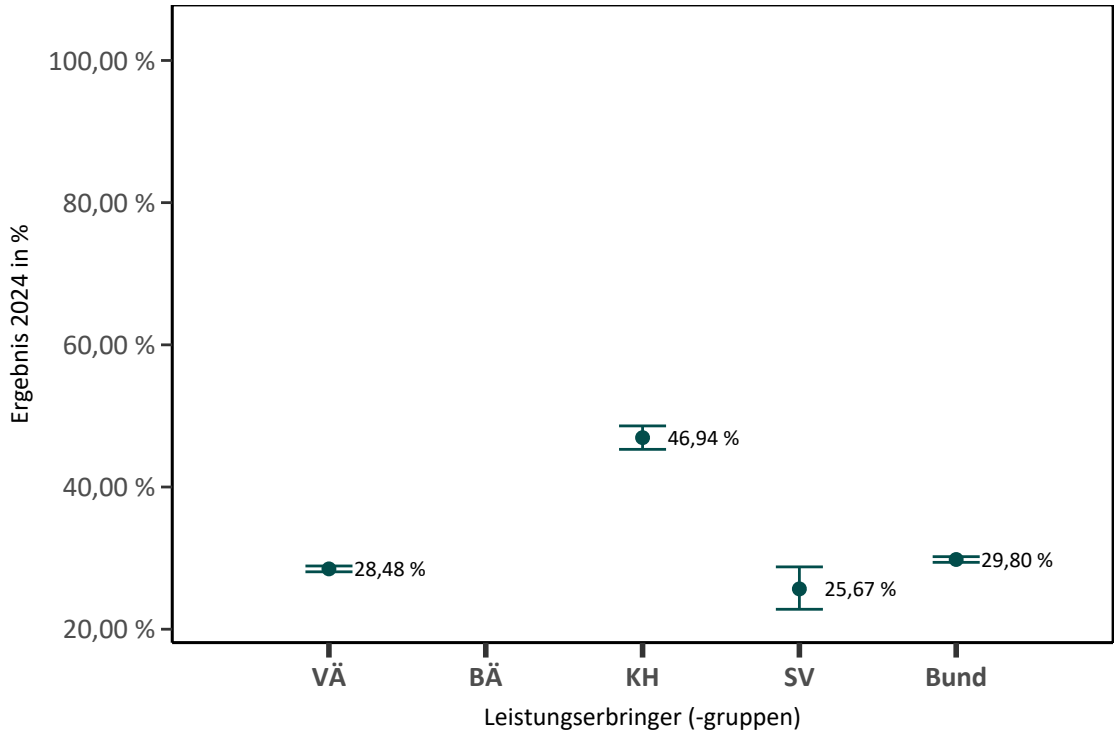
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

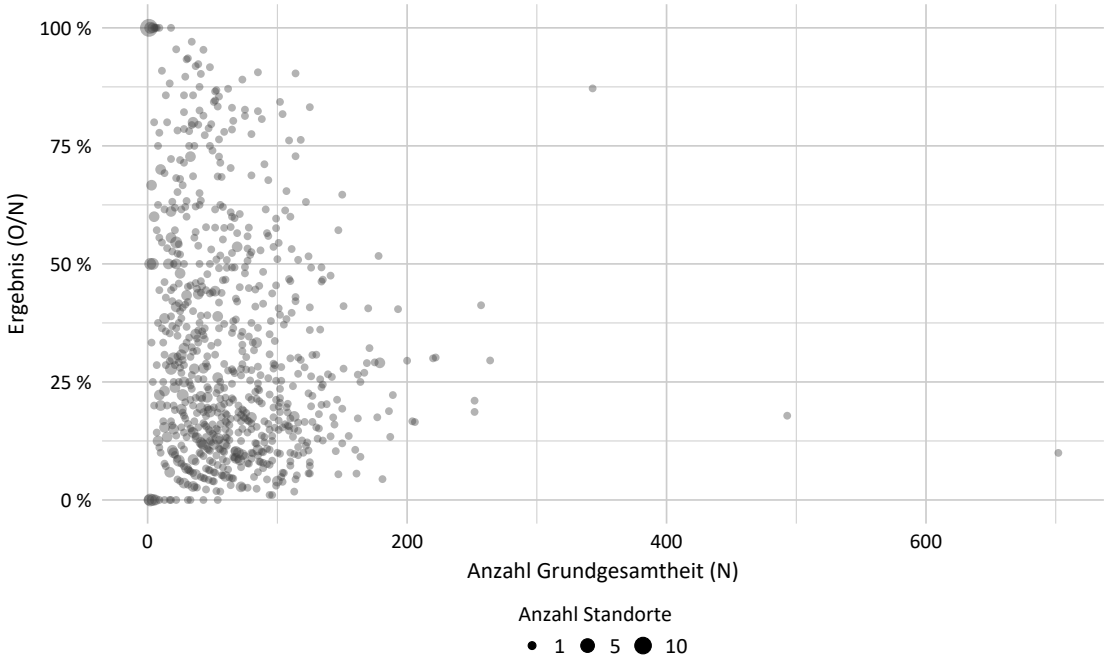


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	825	0	0,00	100,00	25,25

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die eine chronische Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

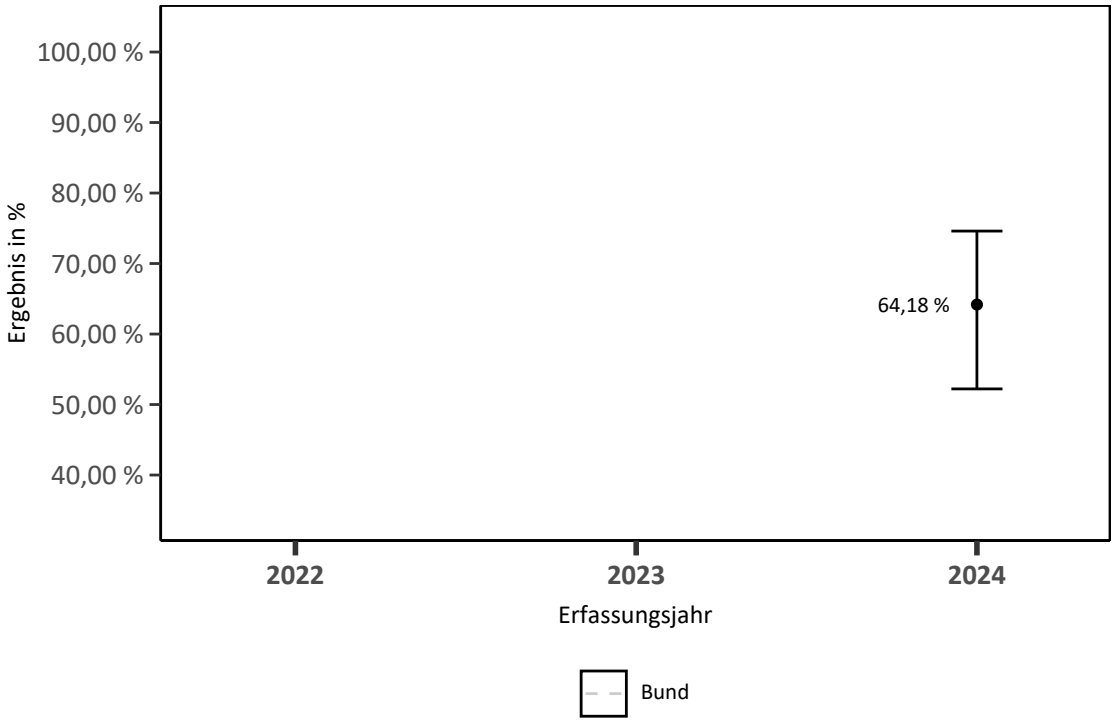
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	41 / 65	63,08	50,92 - 73,77
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	≤3	x	34,24 - 100,00
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	- / -	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	43 / 67	64,18	52,22 - 74,60

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

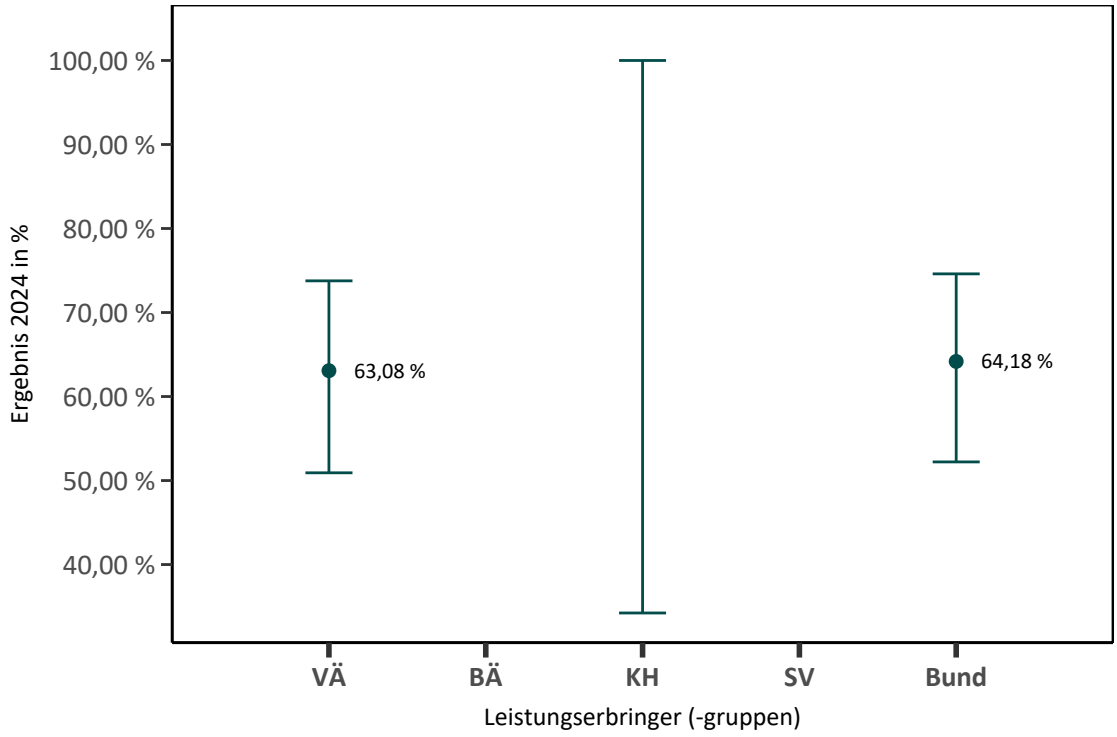
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

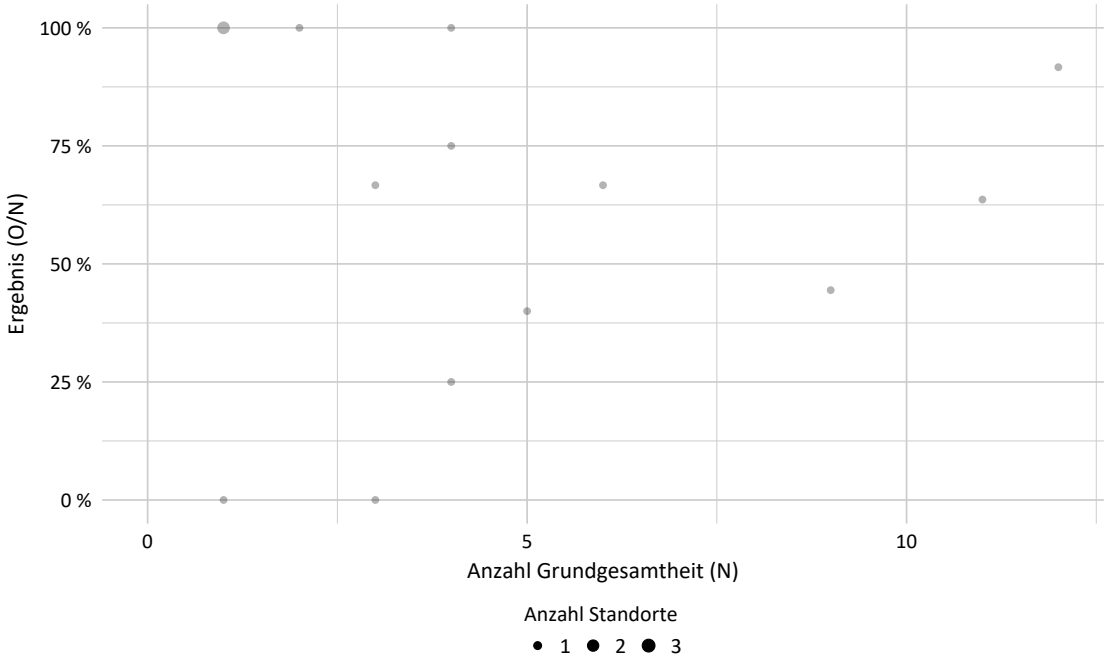


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	15	0	0,00	100,00	66,67

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Gruppe: Ernährungsstatus

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden

572007: Ernährungsstatus

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die eine chronische Dialyse erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen sowohl einen niedrigen Albuminwert als auch einen hohen Gewichtsverlust hatten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

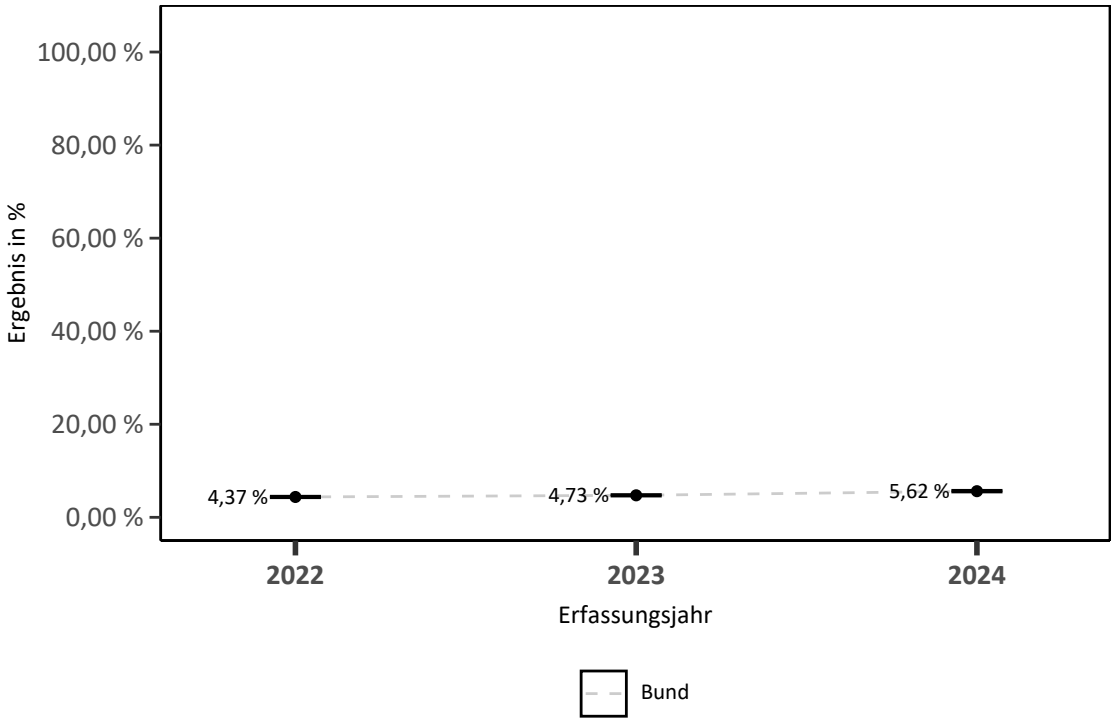
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	2.513 / 63.102	3,98	3,83 - 4,14
		2023	2.930 / 65.835	4,45	4,30 - 4,61
		2024	3.592 / 67.247	5,34	5,17 - 5,51
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	390 / 3.403	11,46	10,43 - 12,57
		2023	336 / 3.426	9,81	8,86 - 10,85
		2024	355 / 3.475	10,22	9,25 - 11,27
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	35 / 1.021	3,43	2,48 - 4,73
		2023	52 / 1.110	4,68	3,59 - 6,09
		2024	86 / 1.182	7,28	5,93 - 8,90
Bund		**2022**	2.933 / 67.137	4,37	4,22 - 4,53
		2023	3.306 / 69.875	4,73	4,58 - 4,89
		2024	4.012 / 71.376	5,62	5,45 - 5,79

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

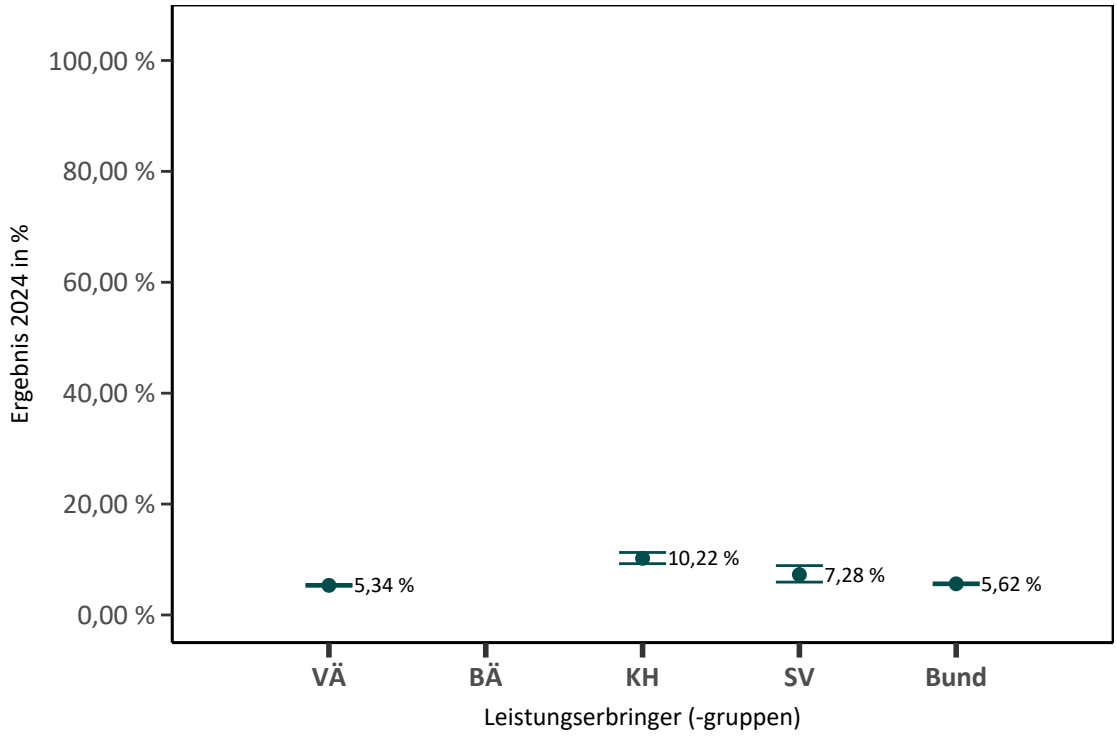
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

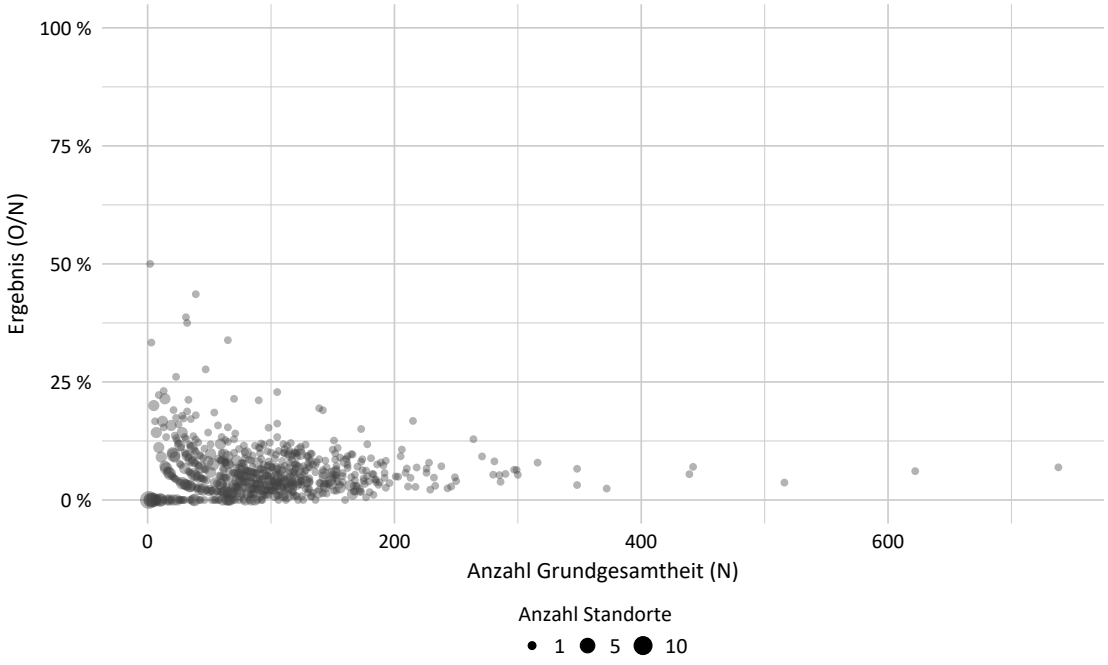


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	793	0	0,00	50,00	4,72

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die eine chronische Dialyse erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen sowohl einen niedrigen Albuminwert als auch einen hohen Gewichtsverlust hatten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

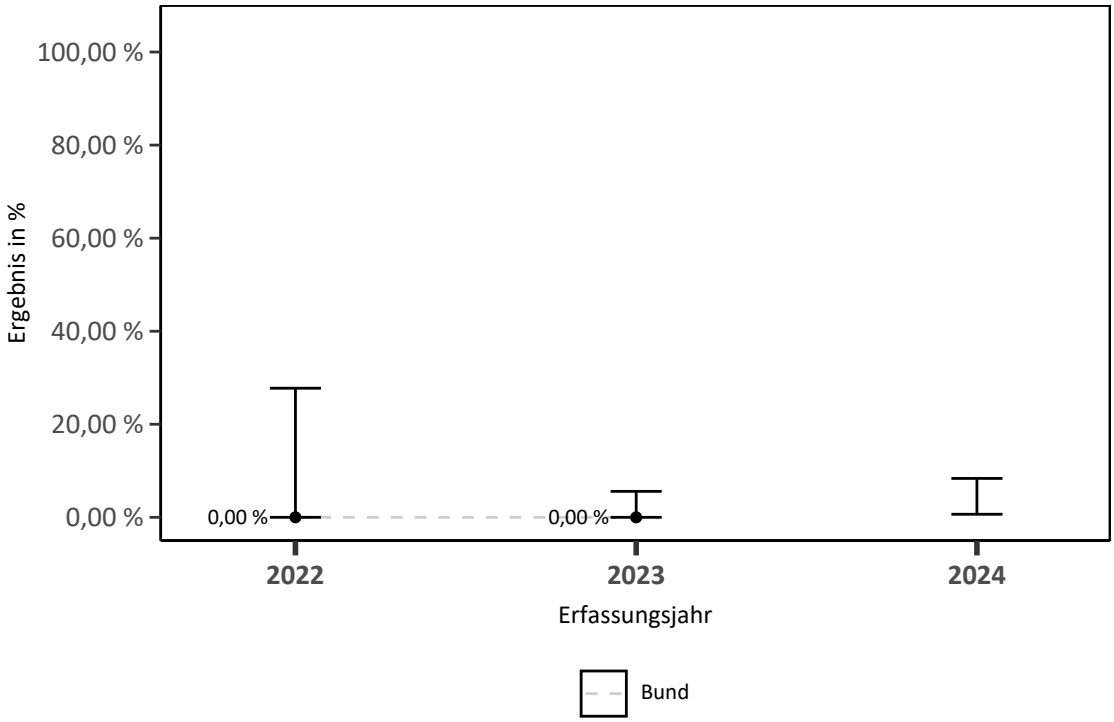
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	0 / 8	0,00	0,00 - 32,44
		2023	0 / 65	0,00	0,00 - 5,58
		2024	≤3 / 82	x	0,67 - 8,46
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	≤3	x	0,00 - 65,76
		2023	0 / 0	-	-
		2024	≤3	x	0,00 - 79,35
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	0 / 10	0,00	0,00 - 27,75
		2023	0 / 65	0,00	0,00 - 5,58
		2024	≤3 / 83	x	0,66 - 8,37

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

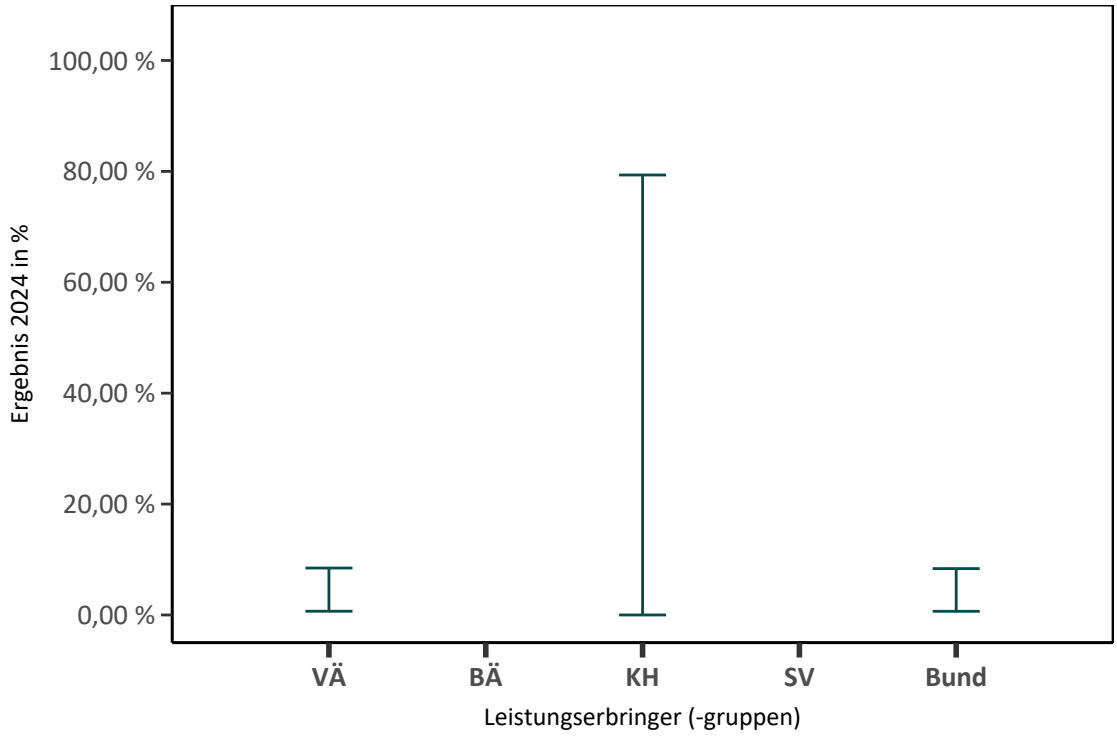
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

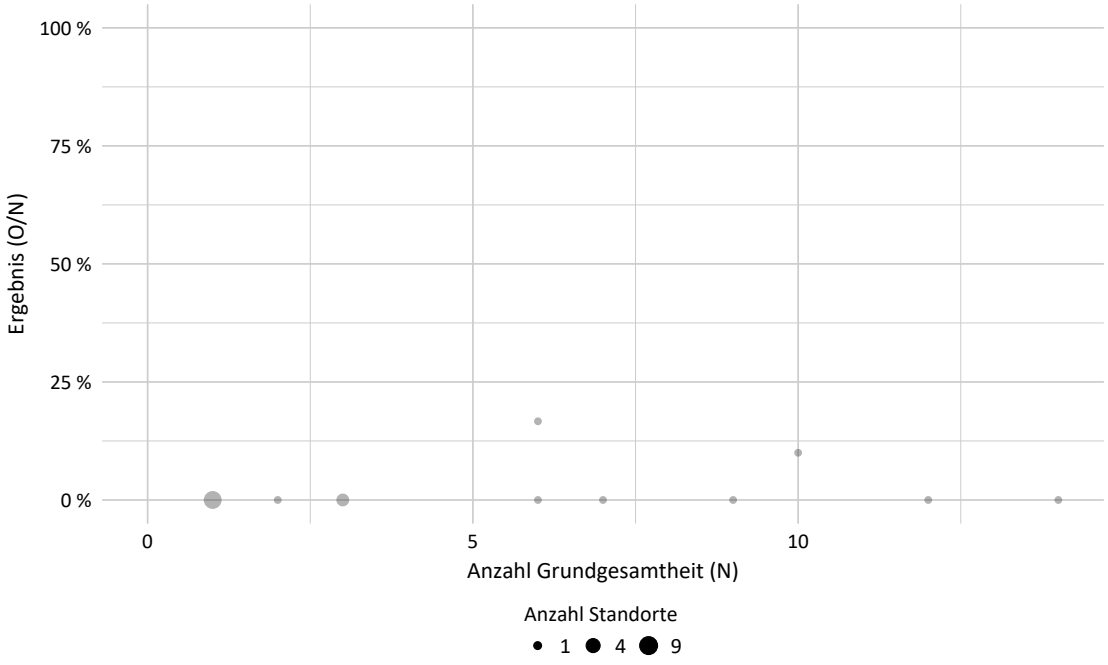


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	0	0,00	16,67	0,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Gruppe: Anämiemanagement

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie

572008: Anämiemanagement

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die eine chronische Dialyse erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die Werte von Hämoglobin, Ferritin oder Transferrin-Sättigung und CRP in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen im Berichtszeitraum außerhalb der jeweils definierten Grenzwerte liegen.
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

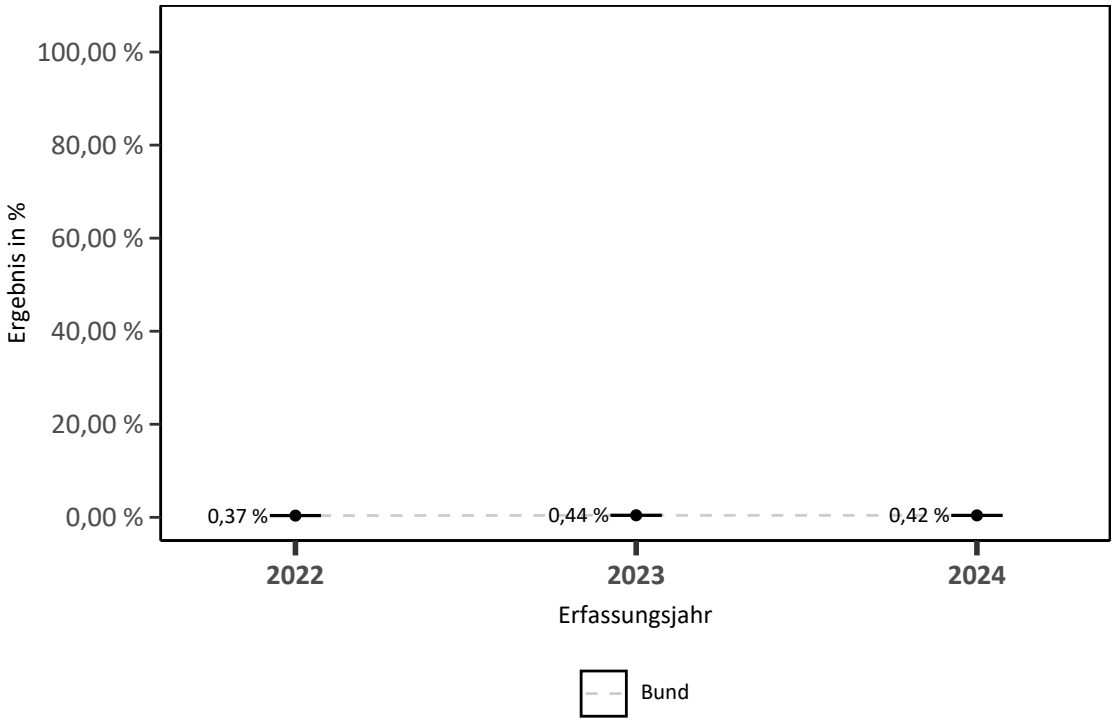
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	208 / 63.102	0,33	0,29 - 0,38
		2023	271 / 65.835	0,41	0,37 - 0,46
		2024	267 / 67.247	0,40	0,35 - 0,45
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	42 / 3.403	1,23	0,91 - 1,66
		2023	33 / 3.426	0,96	0,69 - 1,35
		2024	25 / 3.475	0,72	0,49 - 1,06
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	≤3 / 1.021	x	0,10 - 0,86
		2023	≤3 / 1.110	x	0,09 - 0,79
		2024	7 / 1.182	0,59	0,29 - 1,22
Bund		**2022**	251 / 67.137	0,37	0,33 - 0,42
		2023	306 / 69.875	0,44	0,39 - 0,49
		2024	299 / 71.376	0,42	0,37 - 0,47

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

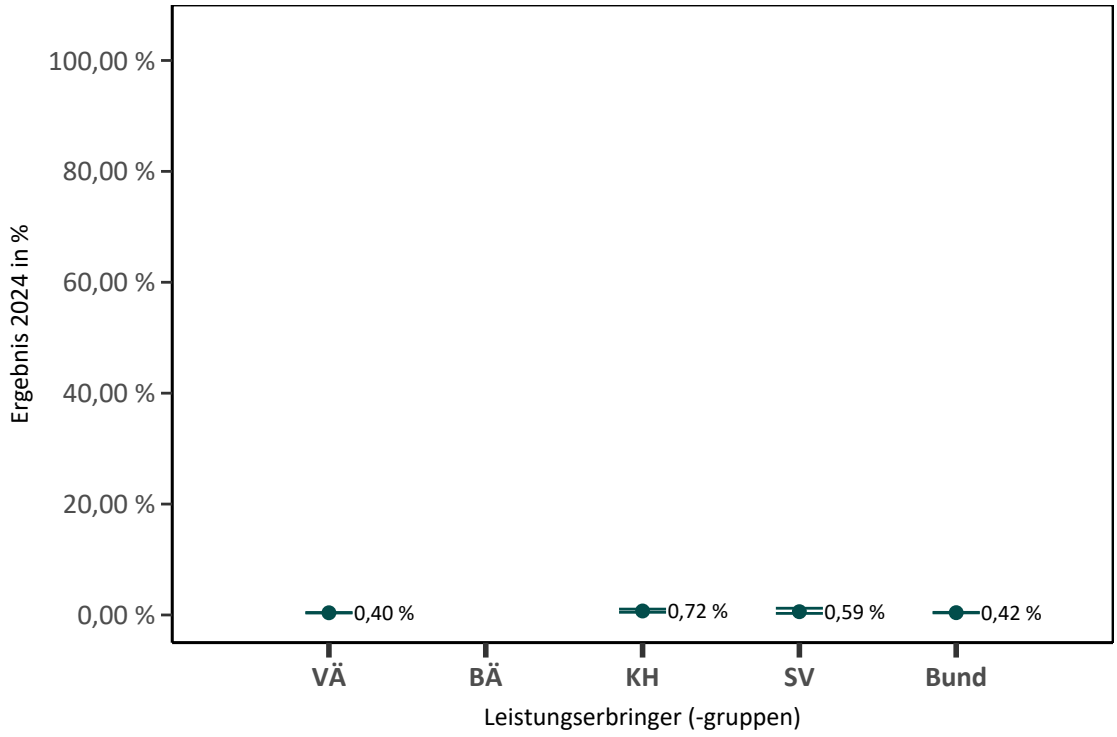
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

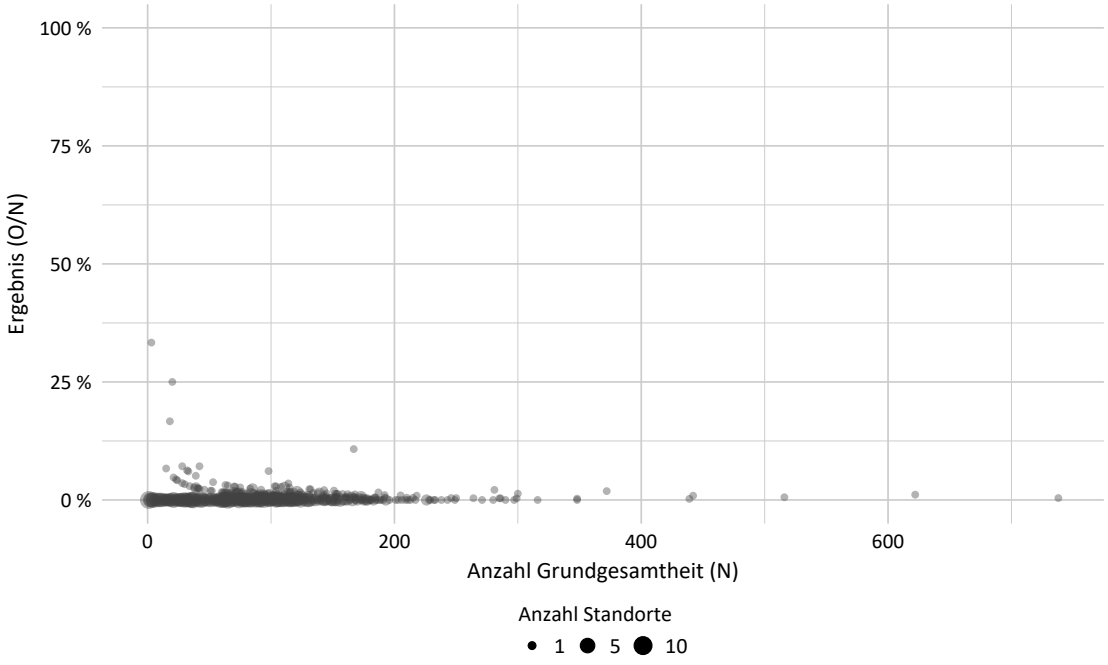


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	793	0	0,00	33,33	0,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, eine chronische Dialyse erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, bei denen die Werte von Hämoglobin, Ferritin oder Transferrin-Sättigung und CRP in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen im Berichtszeitraum außerhalb der jeweils definierten Grenzwerte liegen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

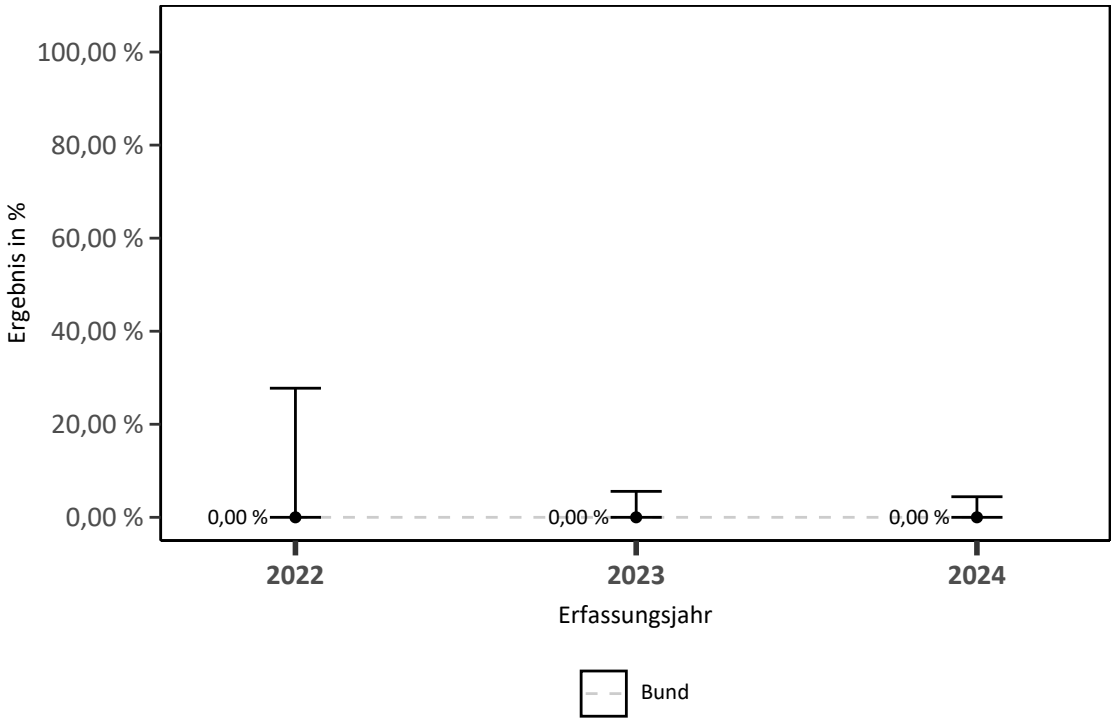
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	0 / 8	0,00	0,00 - 32,44
		2023	0 / 65	0,00	0,00 - 5,58
		2024	0 / 82	0,00	0,00 - 4,48
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	≤3	x	0,00 - 65,76
		2023	0 / 0	-	-
		2024	≤3	x	0,00 - 79,35
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	0 / 10	0,00	0,00 - 27,75
		2023	0 / 65	0,00	0,00 - 5,58
		2024	0 / 83	0,00	0,00 - 4,42

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

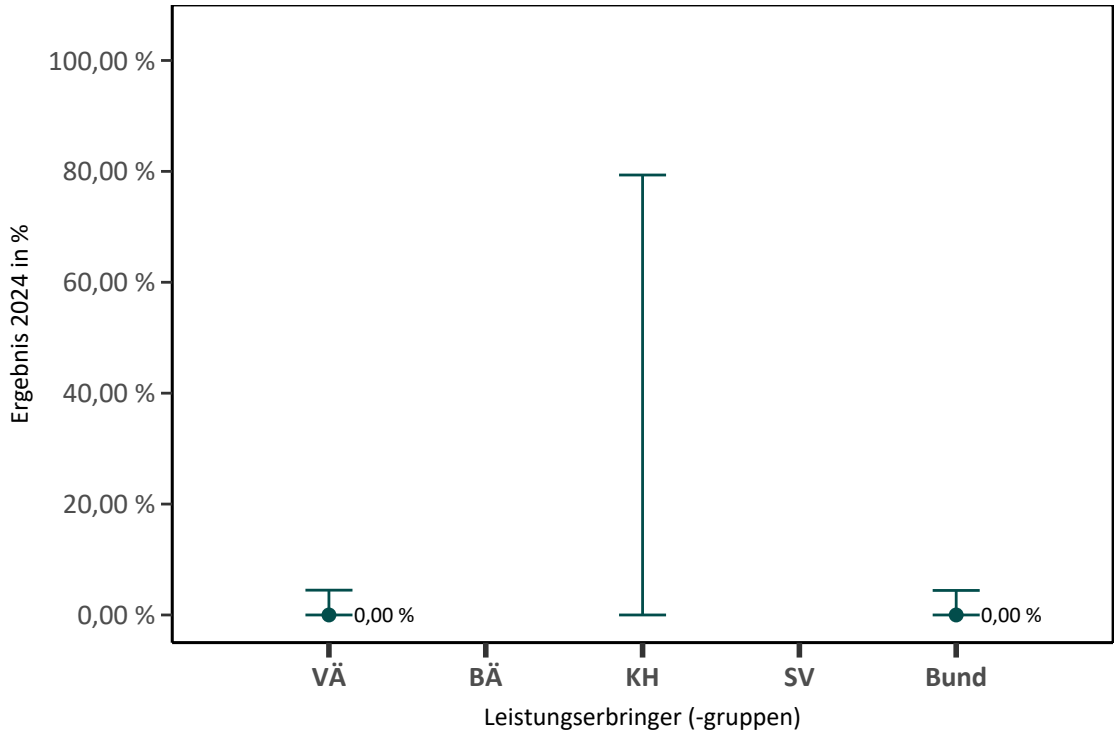
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

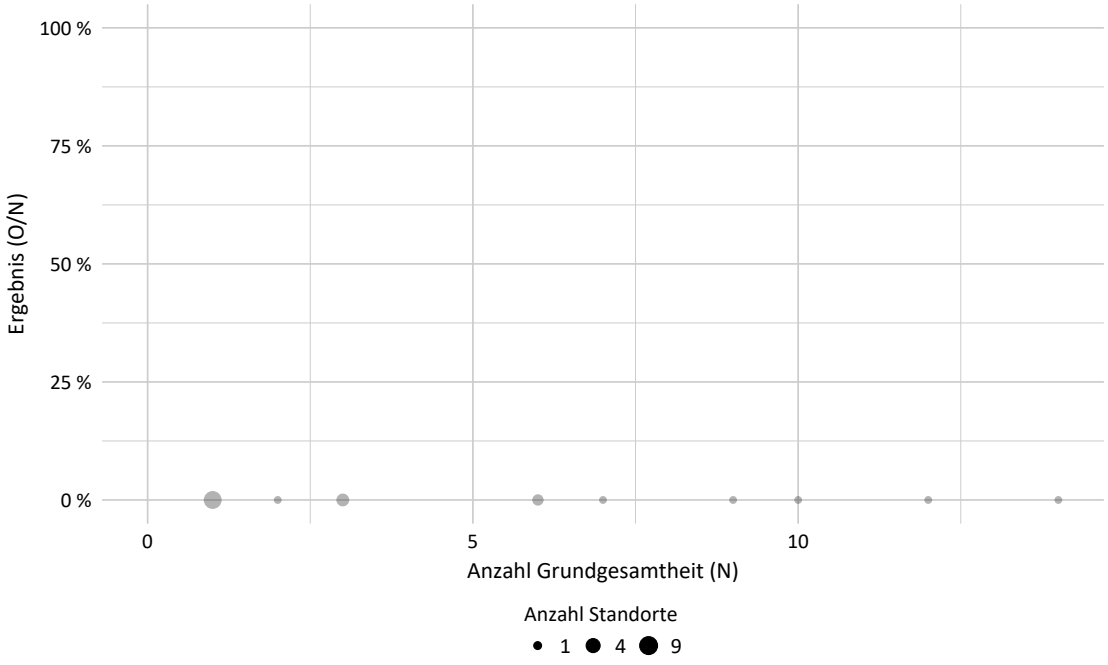


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	0	0,00	0,00	0,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2025 zu entnehmen.

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer zugangsassoziierten Komplikation stationär behandelt werden müssen

572009: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2023 bis zum 30.09.2024 eine chronische Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer am Zugang aufgetretenen Komplikation im Berichtszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Behandlungen aufgrund einer am Zugang aufgetretenen Komplikation
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer am Zugang aufgetretenen Komplikation im Berichtszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten risikoadjustiert nach logistischem DIAL-Score für den Indikator mit der ID 572009
Referenzbereich	≤ 2,03 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter in Jahren (laut Sozialdaten) Geschlecht: weiblich Dauer der Dialysetherapie in Jahren Dauer der Dialysetherapie unbekannt Transplantation Adipositas Blutungskomplikationen Demenz HIV multiresistente Keime psychische Erkrankung Sepsis Verschlusskrankheit Linksherzinsuffizienz Stadium 3 oder 4
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

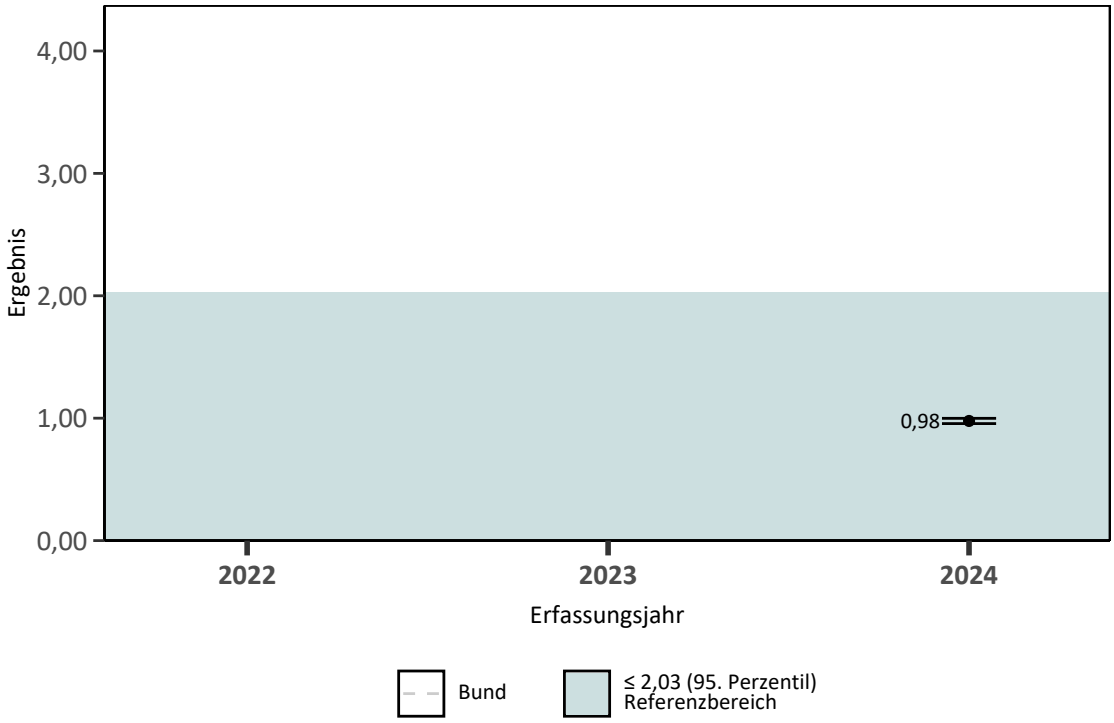
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant VÄ		**2022**	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	75.102	6.565 / 6.942,45	0,95	0,92 - 0,97
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	0	0 / 0,00	-	-
	KH	**2022**	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	4.454	753 / 448,58	1,68	1,57 - 1,79
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	1.287	136 / 116,34	1,17	1,00 - 1,37
Bund		**2022**	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	79.645	7.213 / 7.380,67	0,98	0,96 - 1,00

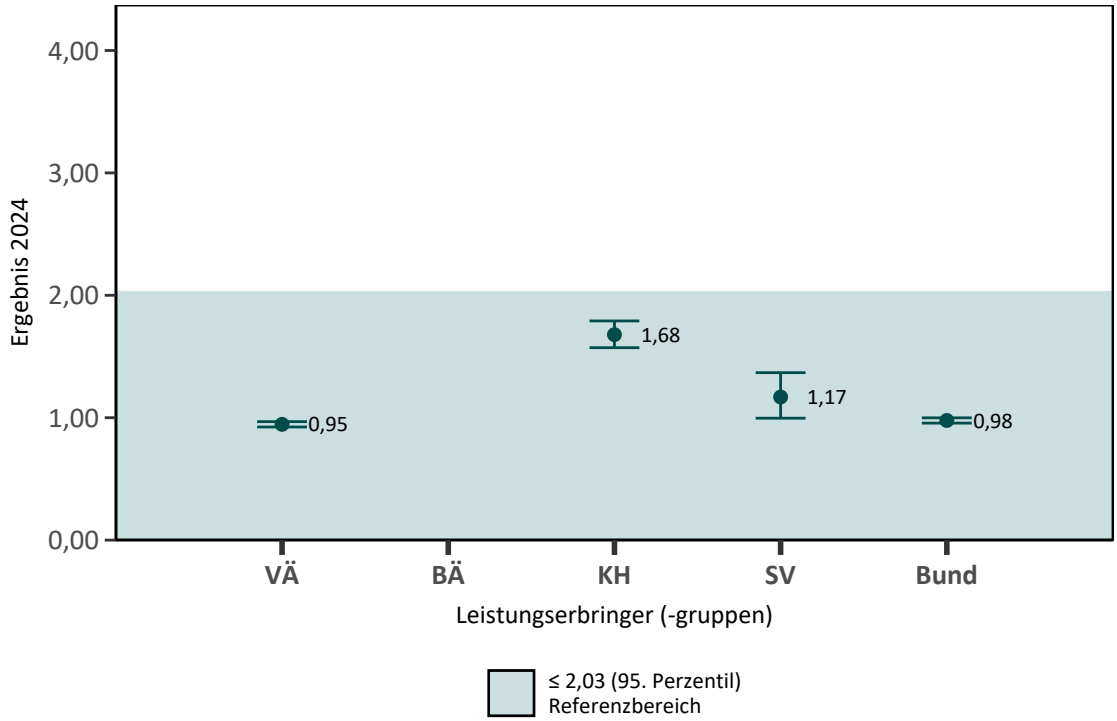
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

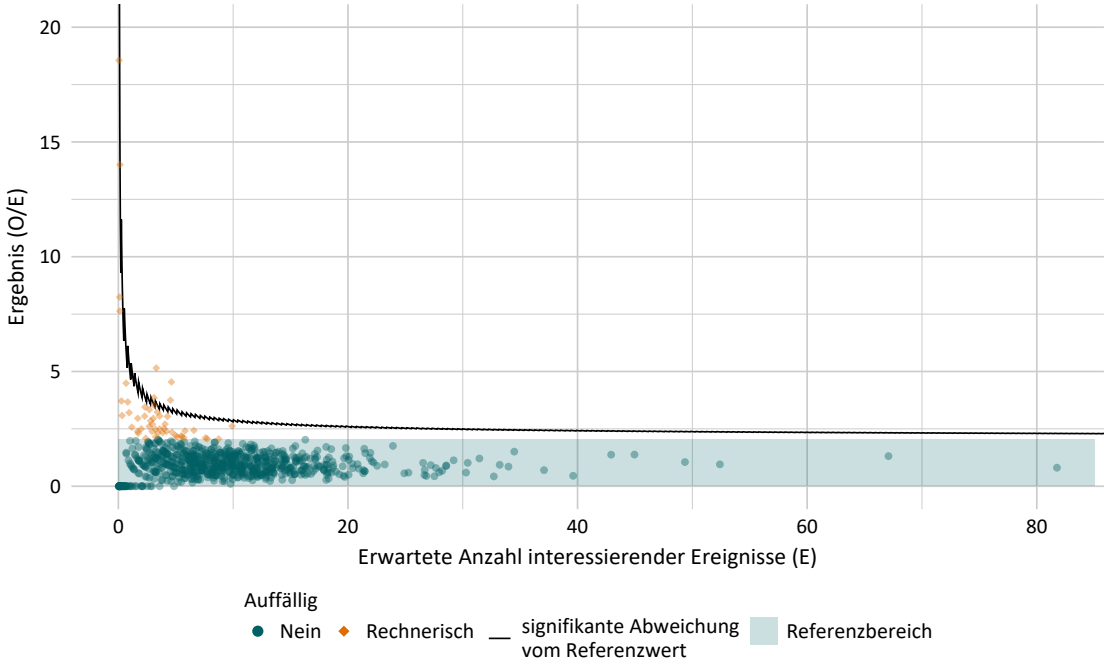
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



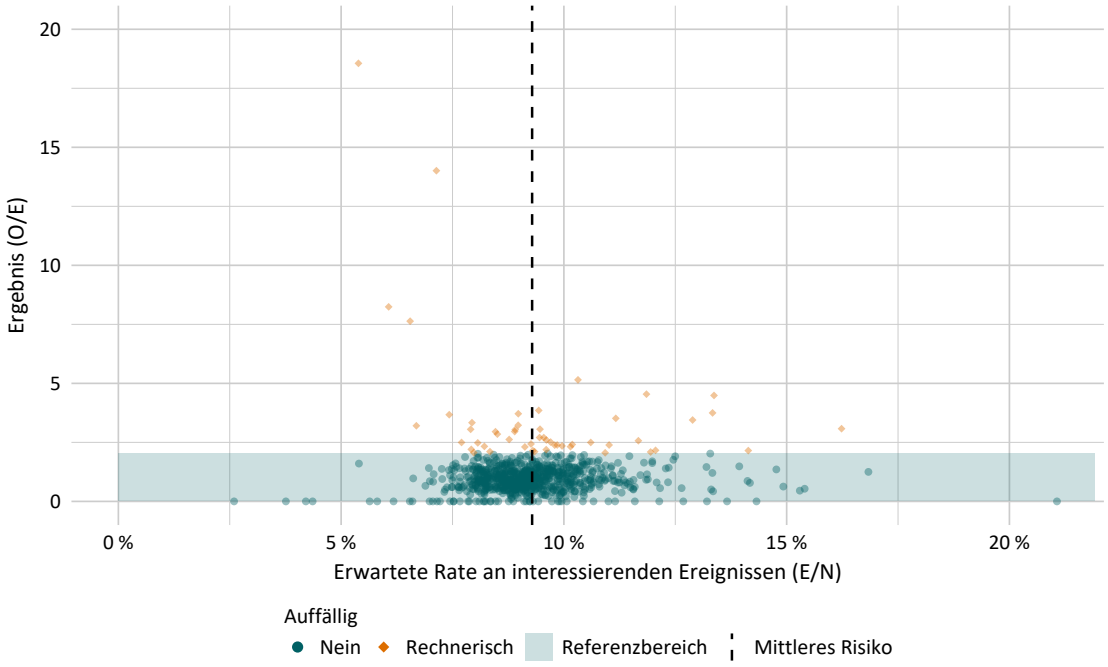
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	830	51	0,00	18,56	0,95

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



572056: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

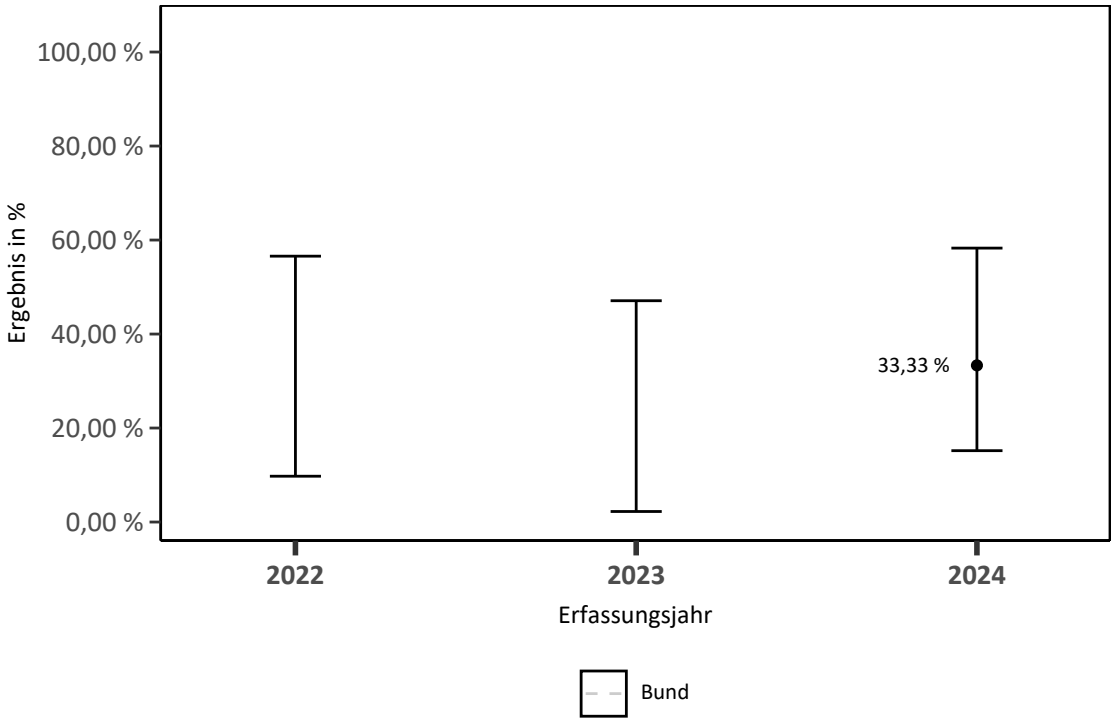
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2023 bis zum 30.09.2024 eine chronische Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die aufgrund einer am Zugang aufgetretenen Komplikation im Berichtszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

Detailergebnisse

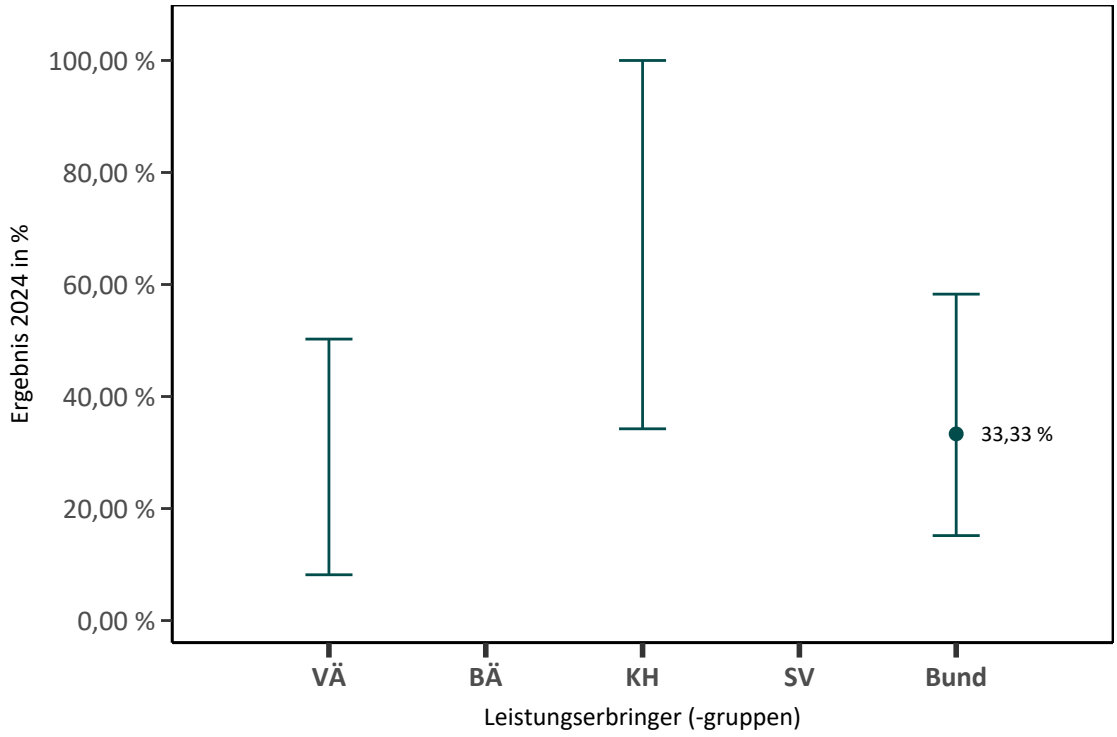
Dimension			**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Ambulant VÄ		**2022**	≤3 / 9	x	1,99 - 43,50
		2023	≤3 / 8	x	2,24 - 47,09
		2024	≤3 / 13	x	8,18 - 50,26
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	≤3	x	34,24 - 100,00
		2023	0 / 0	-	-
		2024	≤3	x	34,24 - 100,00
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	≤3 / 11	x	9,75 - 56,56
		2023	≤3 / 8	x	2,24 - 47,09
		2024	5 / 15	33,33	15,18 - 58,29

Ergebnisse im Zeitverlauf

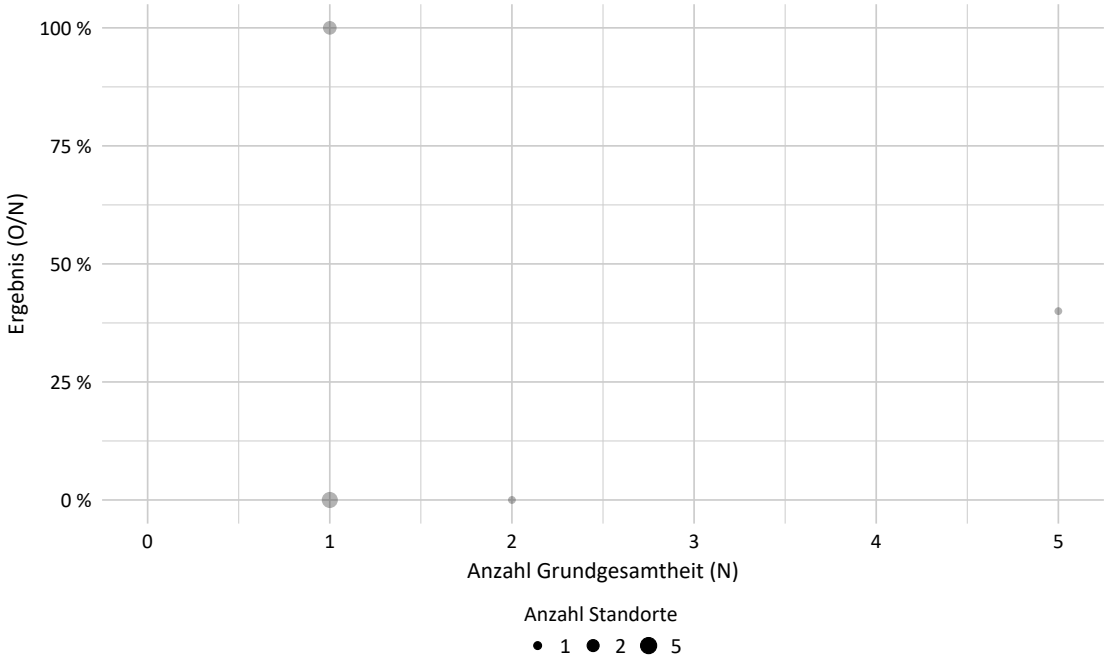
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	10	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
8.1.1	ID: O_572009 O/N (observed, beobachtet)	9,06 % 7.213/79.645
8.1.2	ID: E_572009 E/N (expected, erwartet)	9,27 % 7.380,67/79.645
8.1.3	**ID: 572009** **O/E**	0,98

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	**ID: 572056** **Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren**	33,33 % 5/15

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen

572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2023 bis zum 30.09.2024 eine chronische Peritonealdialyse erhalten haben
Zähler	Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Berichtszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Berichtszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten
E (expected)	Erwartete Anzahl an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Berichtszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten risikoadjustiert nach logistischem DIAL-Score für den Indikator mit der ID 572010
Referenzbereich	≤ 2,26 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter in Jahren (laut Sozialdaten) Dauer der Dialysetherapie in Jahren Dauer der Dialysetherapie unbekannt Transplantation Blutungskomplikationen Malignom Demenz multiresistente Keime Sepsis
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

Detailergebnisse

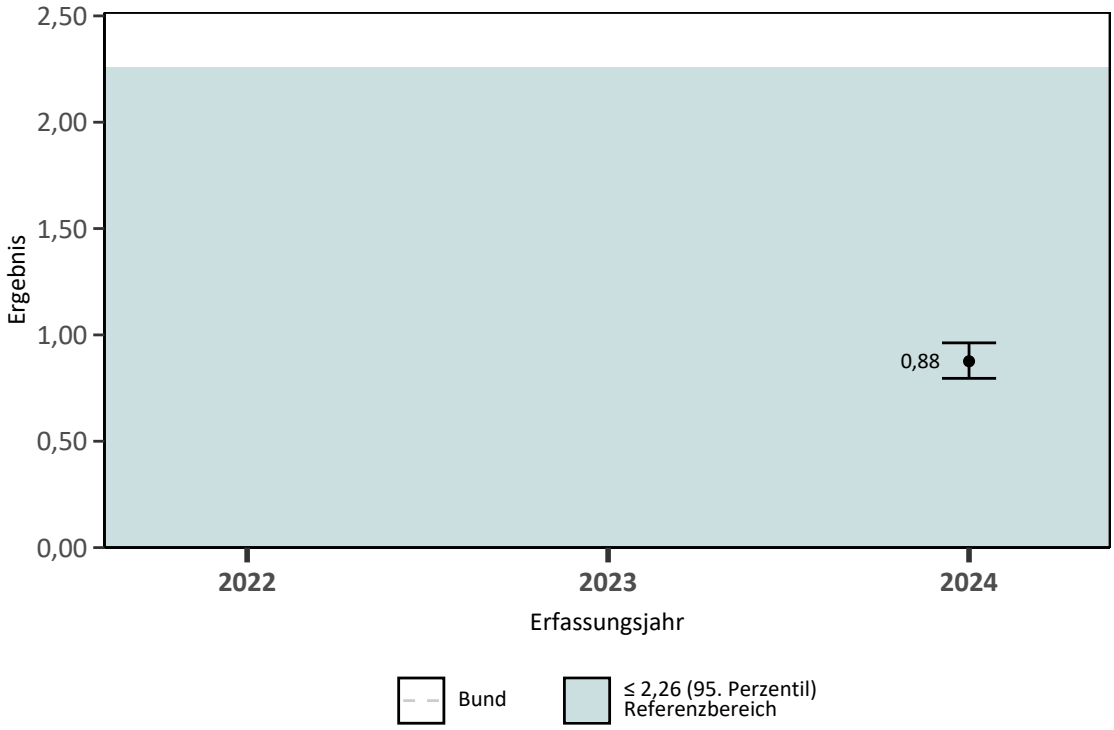
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Ambulant VÄ	**2022**	-	- / -	-	-
	2023	-	- / -	-	-
	2024	2.026	339 / 387,44	0,87	0,79 - 0,96

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Teilstationär	BÄ	2022	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	0	0 / 0,00	-	-
	KH	2022	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	70	11 / 12,70	0,87	0,50 - 1,43
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	31	8 / 5,86	1,36	0,72 - 2,29
Bund		2022	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	2.106	352 / 401,82	0,88	0,80 - 0,96

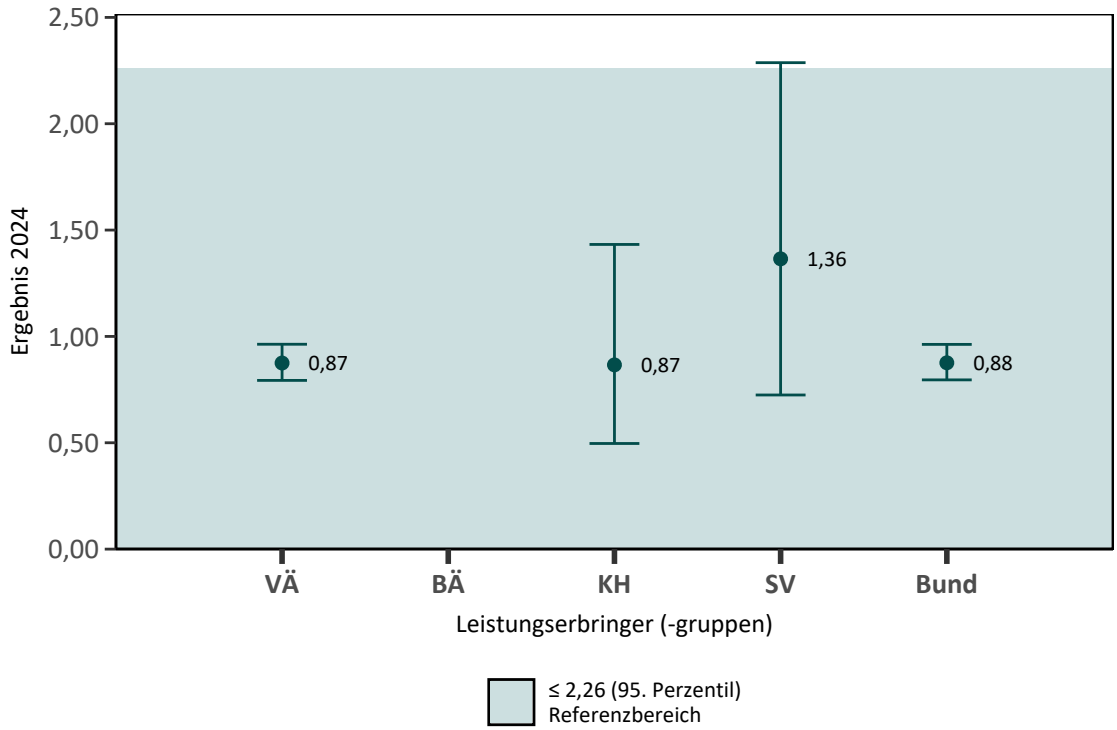
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

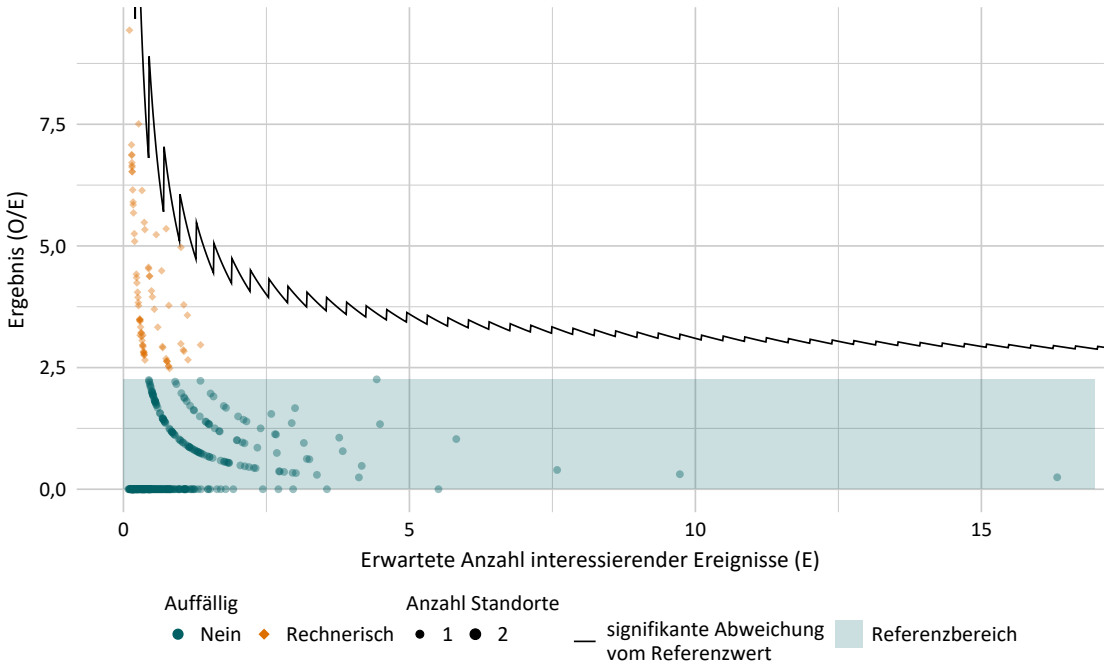
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



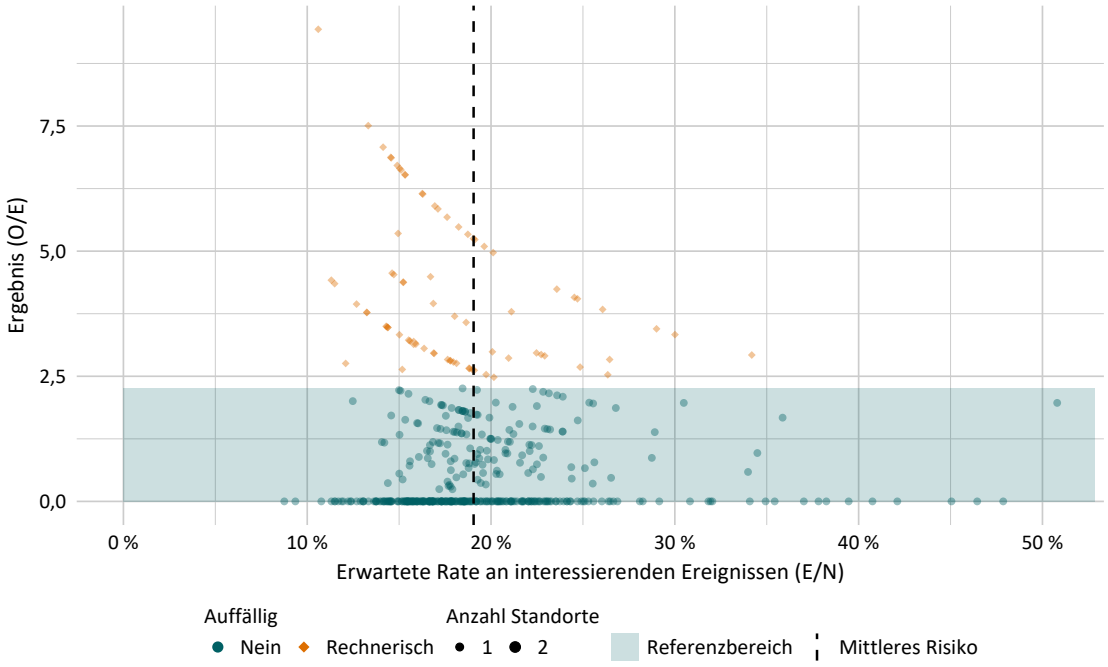
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	458	77	0,00	9,43	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



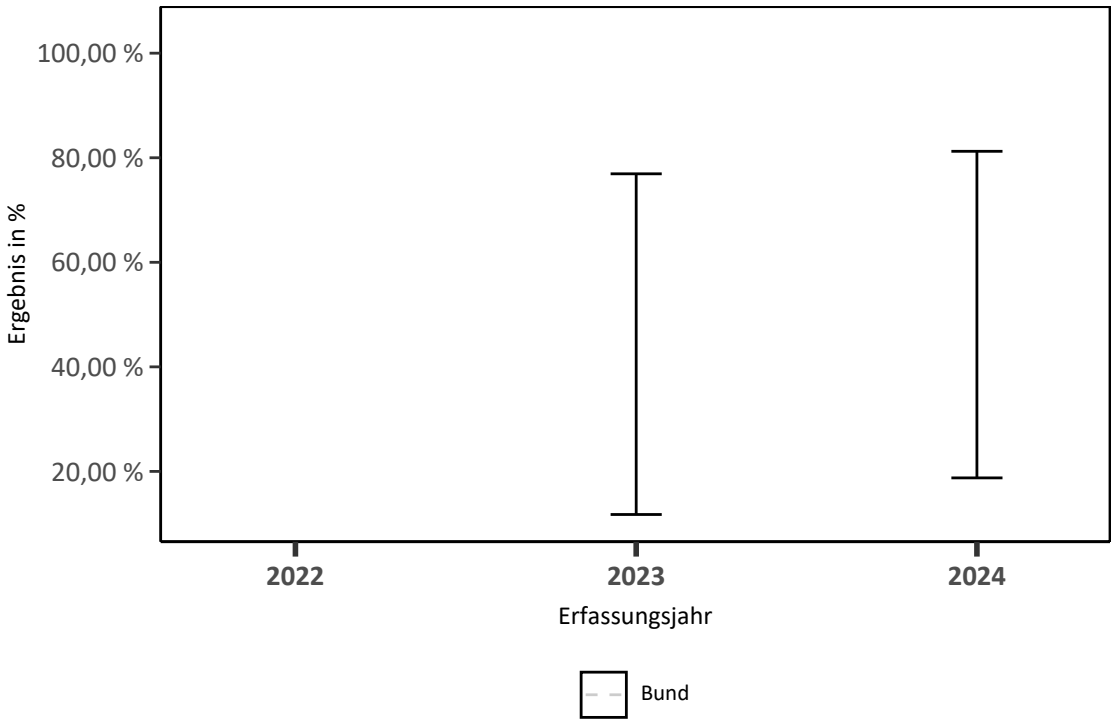
572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2023 bis zum 30.09.2024 eine chronische Peritonealdialyse erhalten haben
Zähler	Peritonealdialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Berichtszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2024

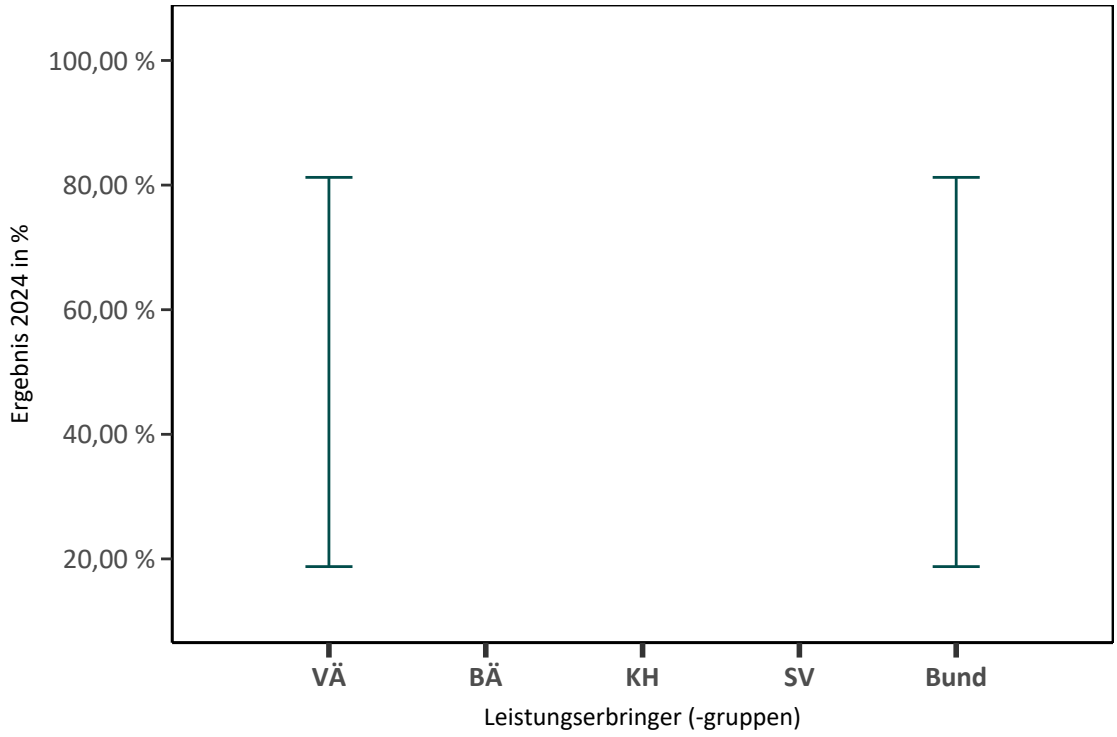
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	≤3 / 5	x	11,76 - 76,93
		2024	≤3 / 6	x	18,76 - 81,24
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	≤3 / 5	x	11,76 - 76,93
		2024	≤3 / 6	x	18,76 - 81,24

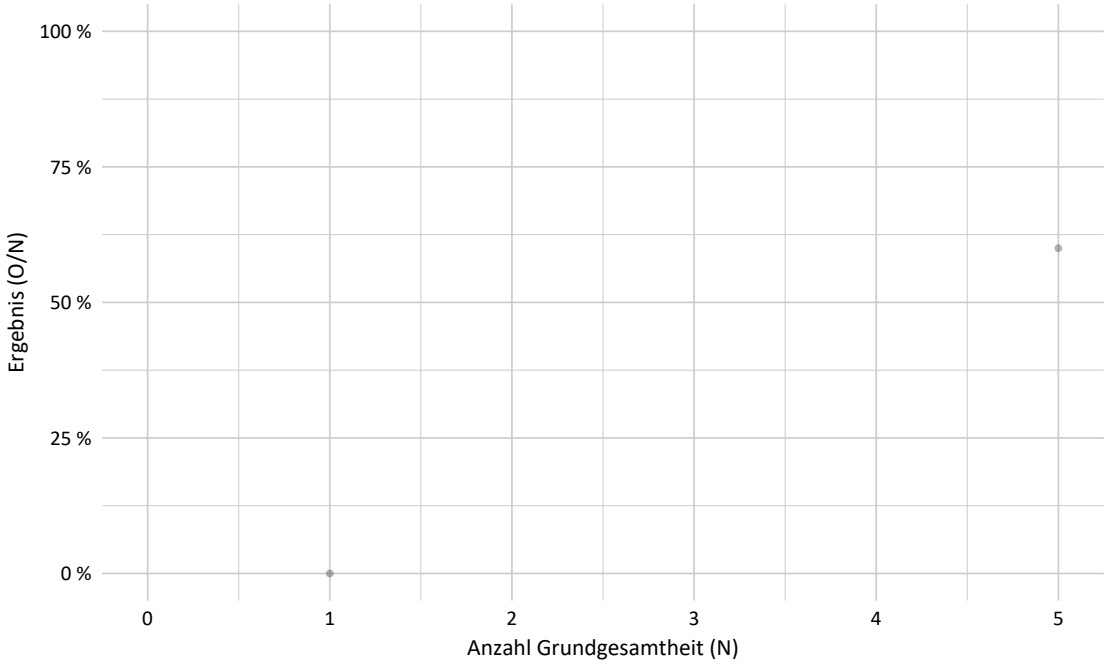
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	2	0	0,00	60,00	30,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
9.1.1	ID: O_572010 O/N (observed, beobachtet)	16,71 % 352/2.106
9.1.2	ID: E_572010 E/N (expected, erwartet)	19,08 % 401,82/2.106
9.1.3	**ID: 572010** **O/E**	0,88

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	**ID: 572057** **Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren**	x % ≤3/6

Gruppe: 1-Jahres-Überleben

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben

572011: 1-Jahres-Überleben

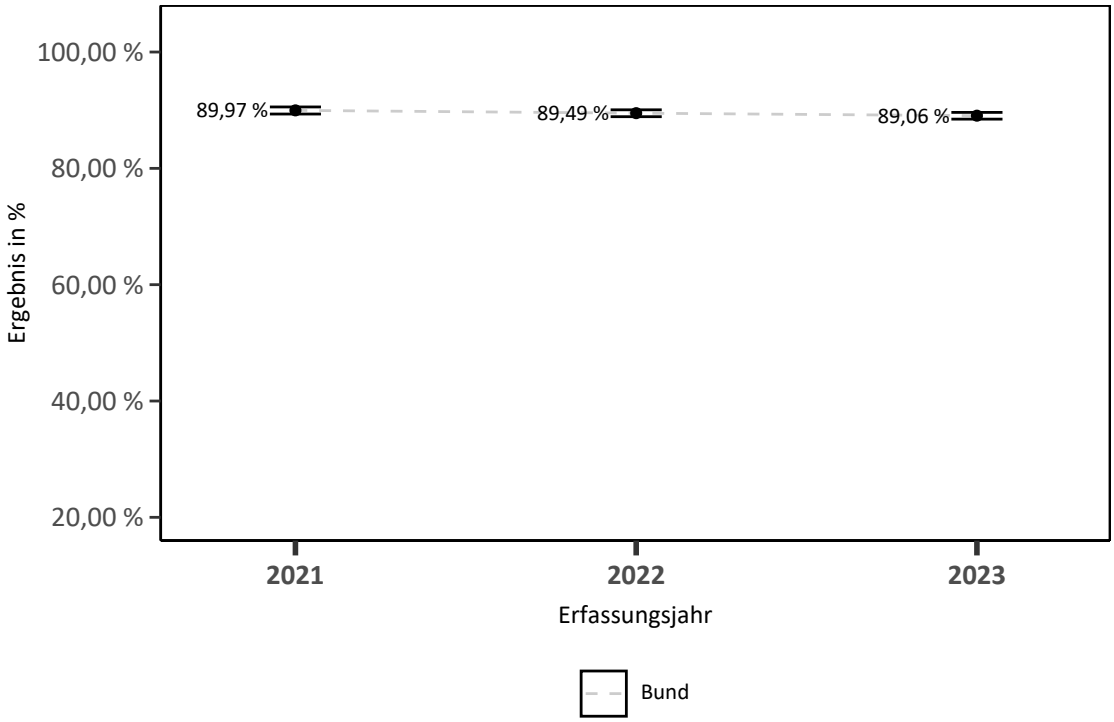
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2022 bis zum 30.09.2023 mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2022 bis Quartal 3/2024

Detailergebnisse

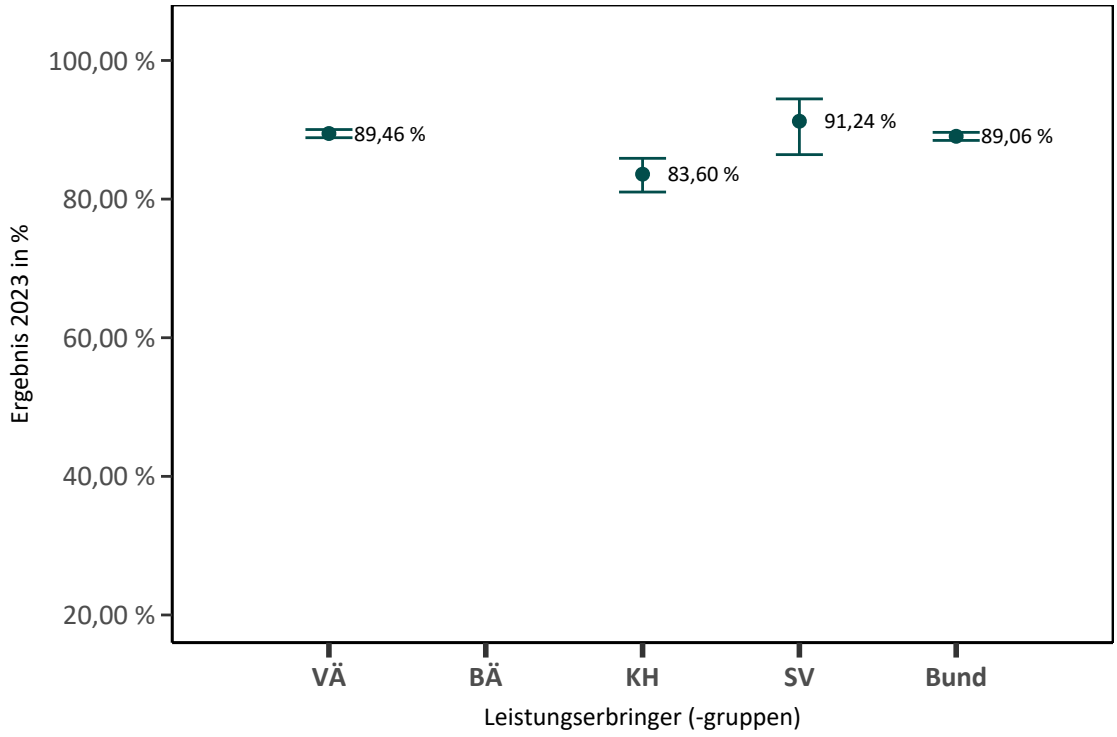
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2021**	7.874 / 8.698	90,53	89,89 - 91,12
		2022	8.547 / 9.495	90,02	89,40 - 90,60
		2023	9.262 / 10.353	89,46	88,86 - 90,04
Teilstationär	**BÄ**	**2021**	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
	KH	**2021**	664 / 784	84,69	82,00 - 87,04
		2022	759 / 911	83,32	80,76 - 85,60
		2023	744 / 890	83,60	81,02 - 85,88
Selektivvertragliche Leistungen		**2021**	115 / 127	90,55	84,21 - 94,51
		2022	173 / 195	88,72	83,51 - 92,43
		2023	177 / 194	91,24	86,42 - 94,46
Bund		**2021**	8.483 / 9.429	89,97	89,34 - 90,56
		2022	9.223 / 10.306	89,49	88,88 - 90,07
		2023	9.947 / 11.169	89,06	88,47 - 89,62

Ergebnisse im Zeitverlauf

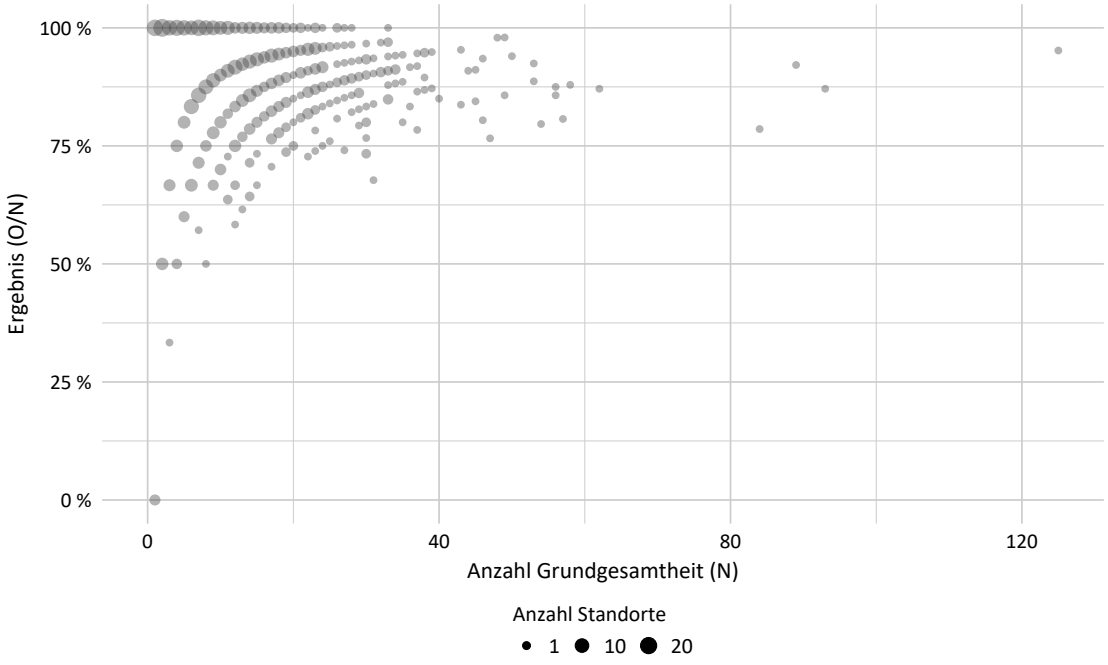
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	793	0	0,00	100,00	91,67

572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

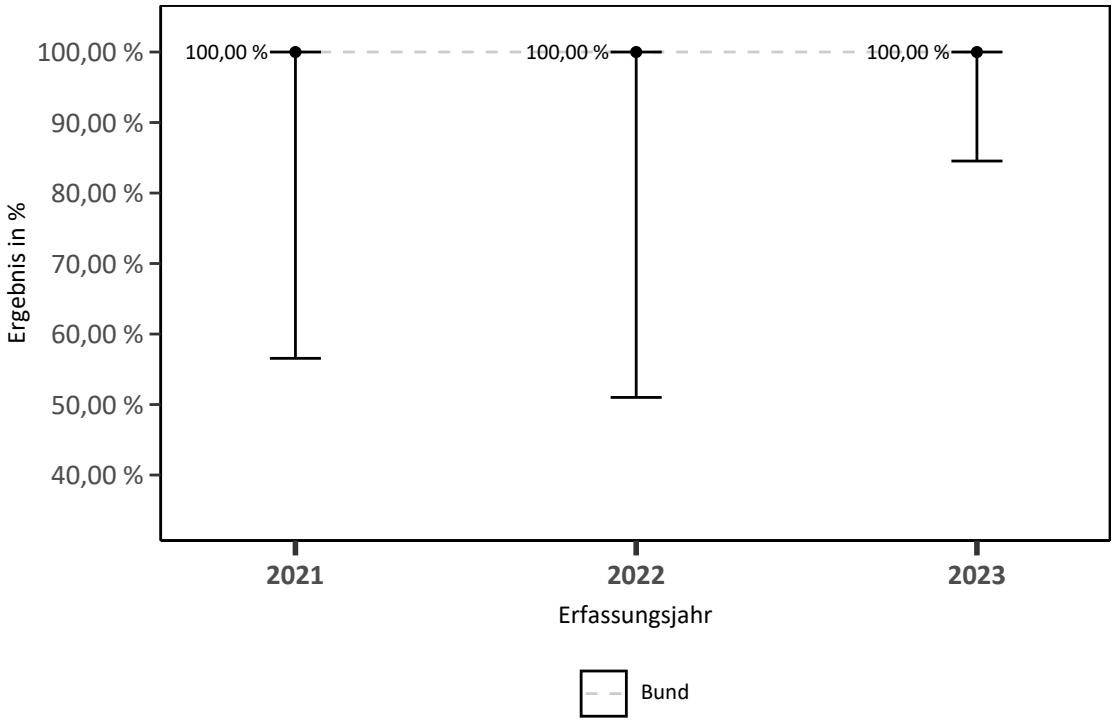
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2022 bis zum 30.09.2023 mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2022 bis Quartal 3/2024

Detailergebnisse

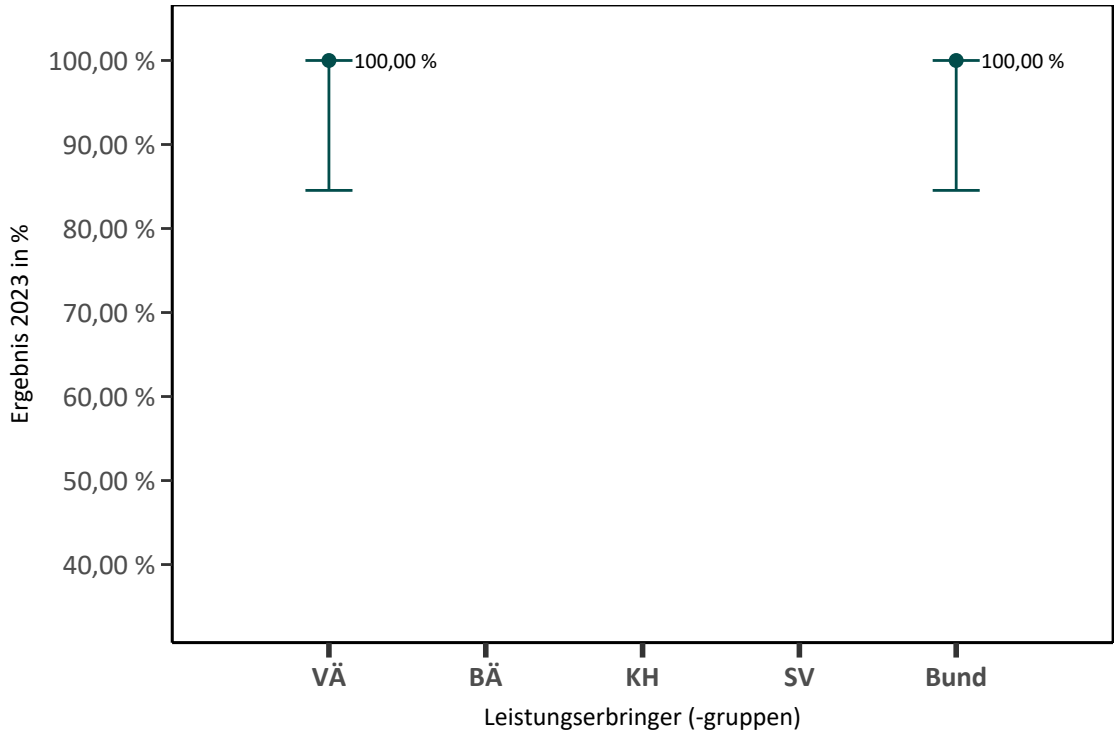
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2021**	5 / 5	100,00	56,55 - 100,00
		2022	≤3	x	34,24 - 100,00
		2023	21 / 21	100,00	84,54 - 100,00
Teilstationär	**BÄ**	**2021**	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
	KH	**2021**	0 / 0	-	-
		2022	≤3	x	34,24 - 100,00
		2023	0 / 0	-	-
Selektivvertragliche Leistungen		**2021**	0 / 0	-	-
		2022	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
Bund		**2021**	5 / 5	100,00	56,55 - 100,00
		2022	4 / 4	100,00	51,01 - 100,00
		2023	21 / 21	100,00	84,54 - 100,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

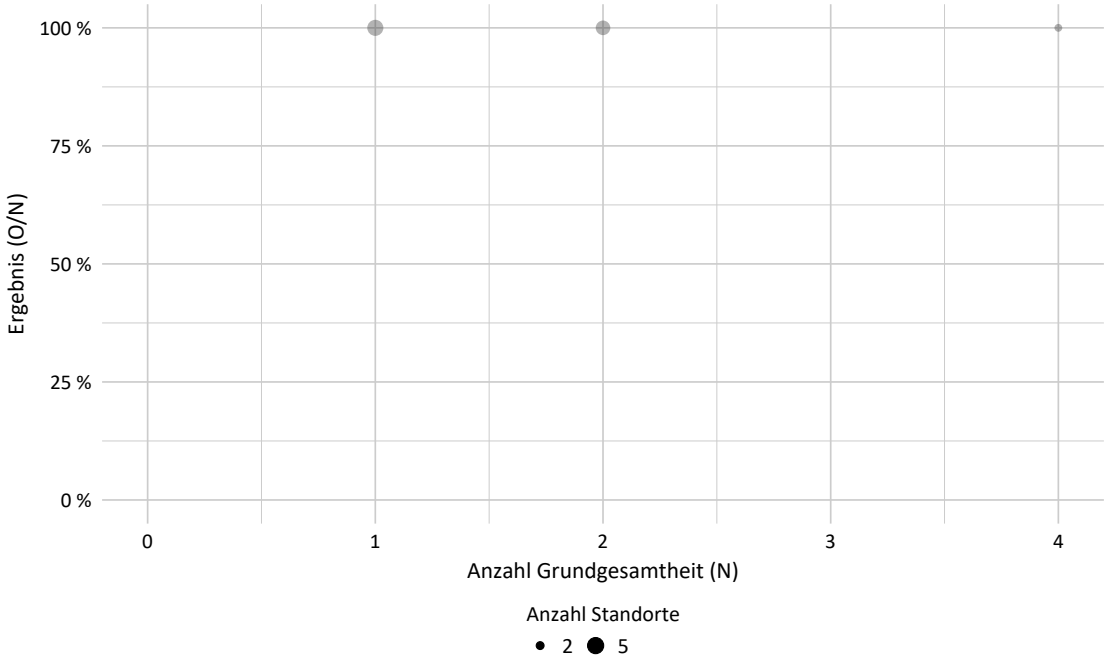
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	11	0	100,00	100,00	100,00

Gruppe: 2-Jahres-Überleben

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben

572012: 2-Jahres-Überleben

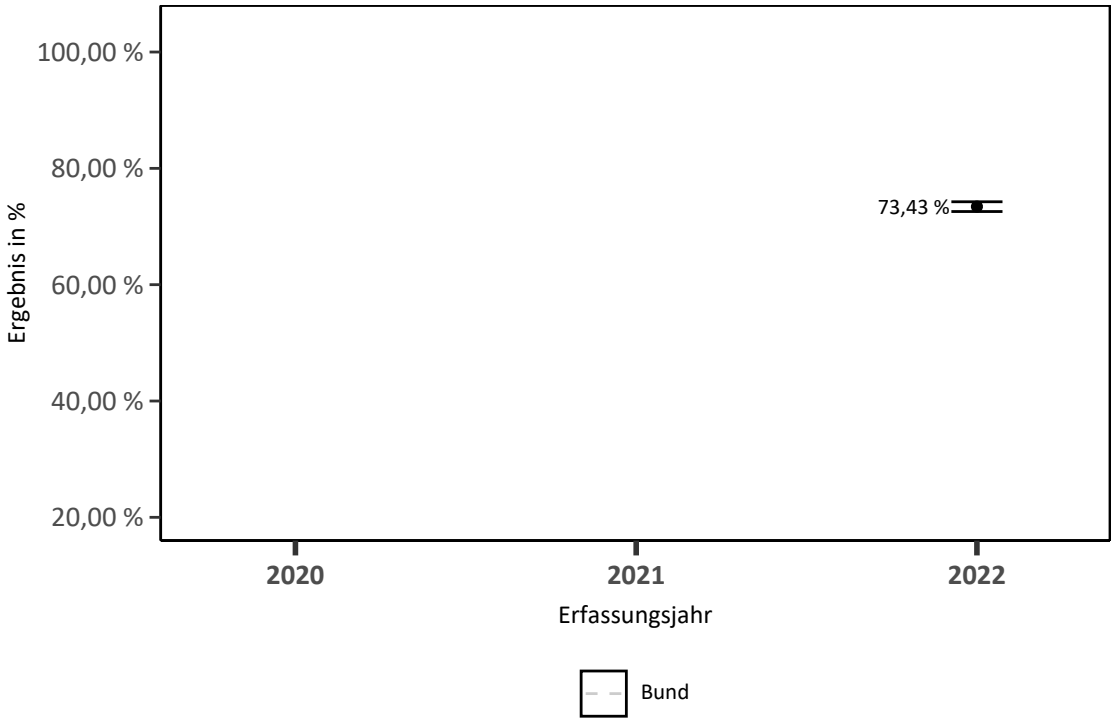
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2021 bis zum 30.09.2022 mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2021 bis Quartal 3/2024

Detailergebnisse

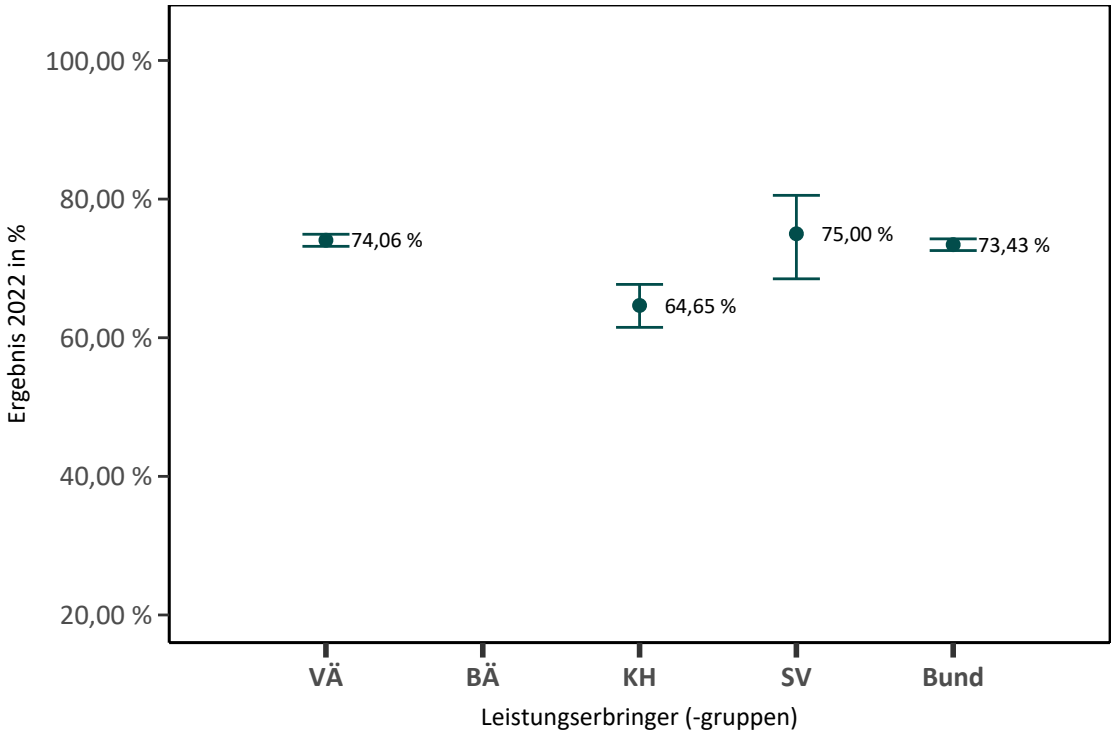
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	7.228 / 9.759	74,06	73,19 - 74,92
Teilstationär	**BÄ**	**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
	KH	**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	589 / 911	64,65	61,49 - 67,69
Selektivvertragliche Leistungen		**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	147 / 196	75,00	68,50 - 80,54
Bund		**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	7.762 / 10.571	73,43	72,58 - 74,26

Ergebnisse im Zeitverlauf

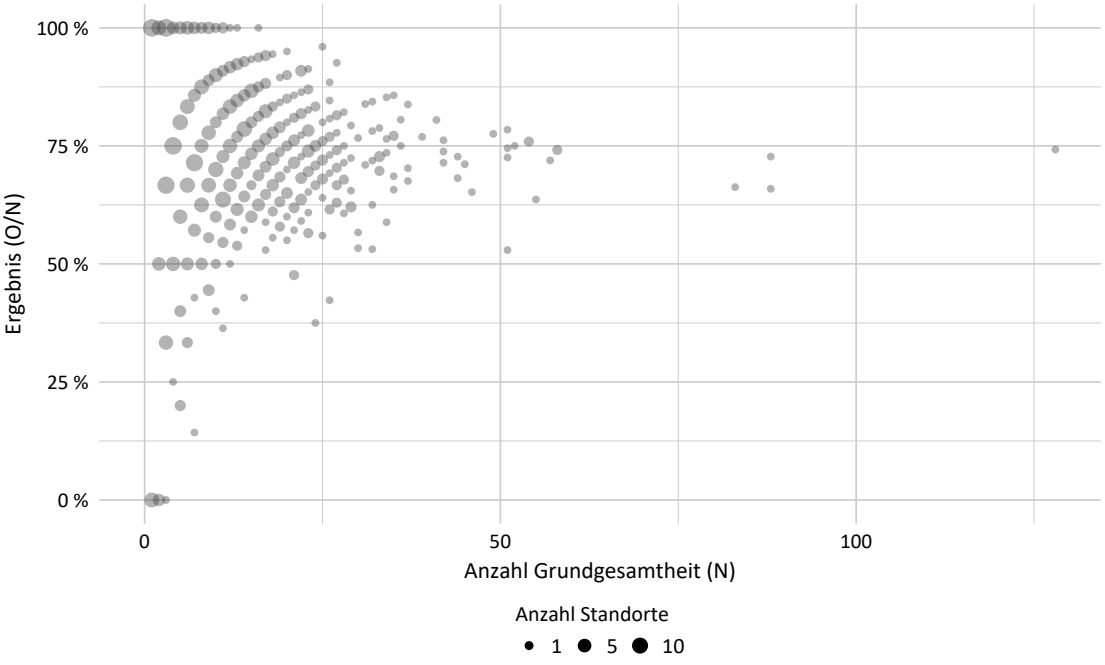
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2022	778	0	0,00	100,00	73,91

572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

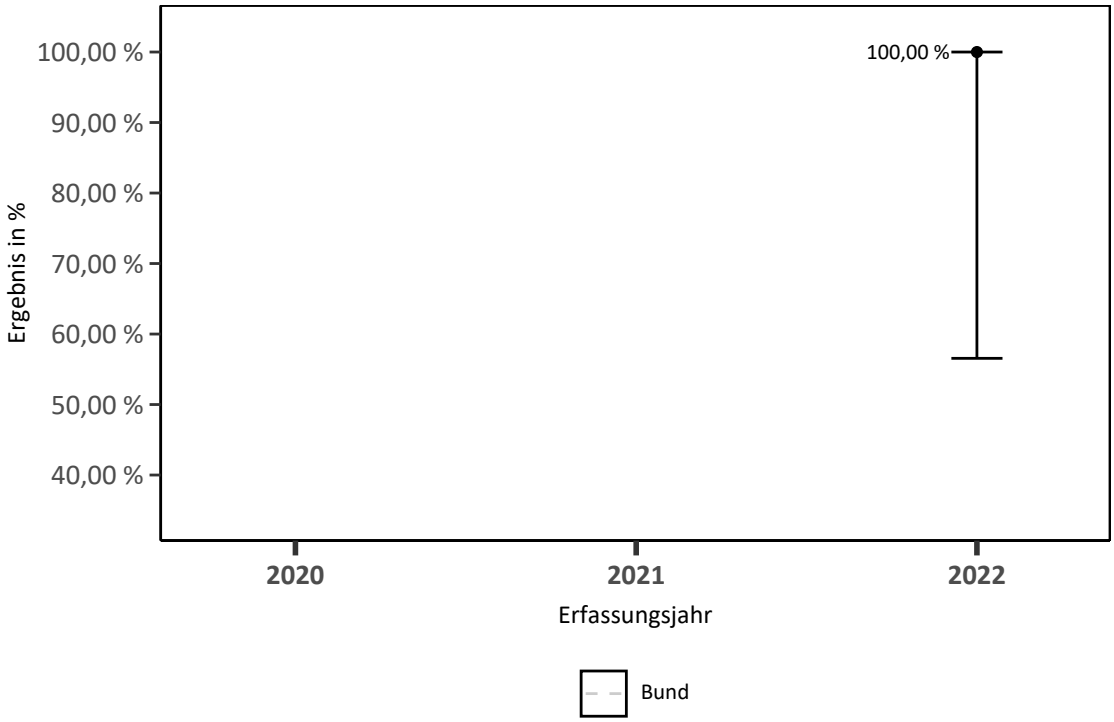
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2021 bis zum 30.09.2022 mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die zwei Jahre nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2021 bis Quartal 3/2024

Detailergebnisse

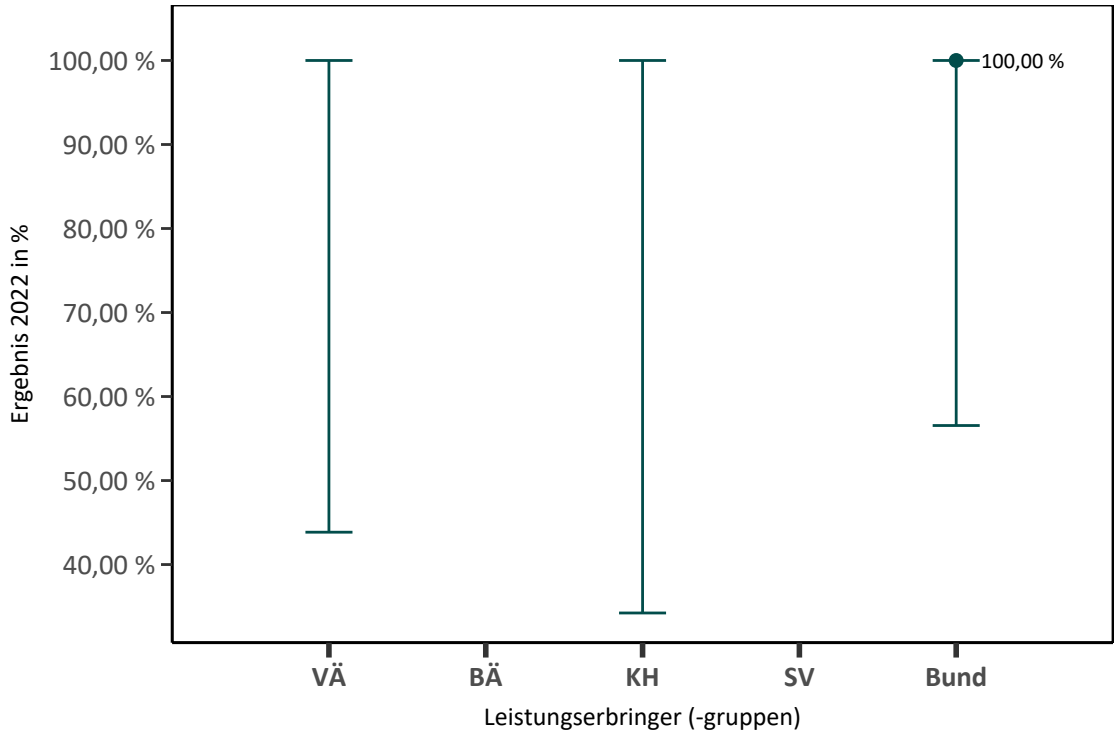
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	≤3	x	43,85 - 100,00
Teilstationär	**BÄ**	**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
	KH	**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	≤3	x	34,24 - 100,00
Selektivvertragliche Leistungen		**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	0 / 0	-	-
Bund		**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	5 / 5	100,00	56,55 - 100,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

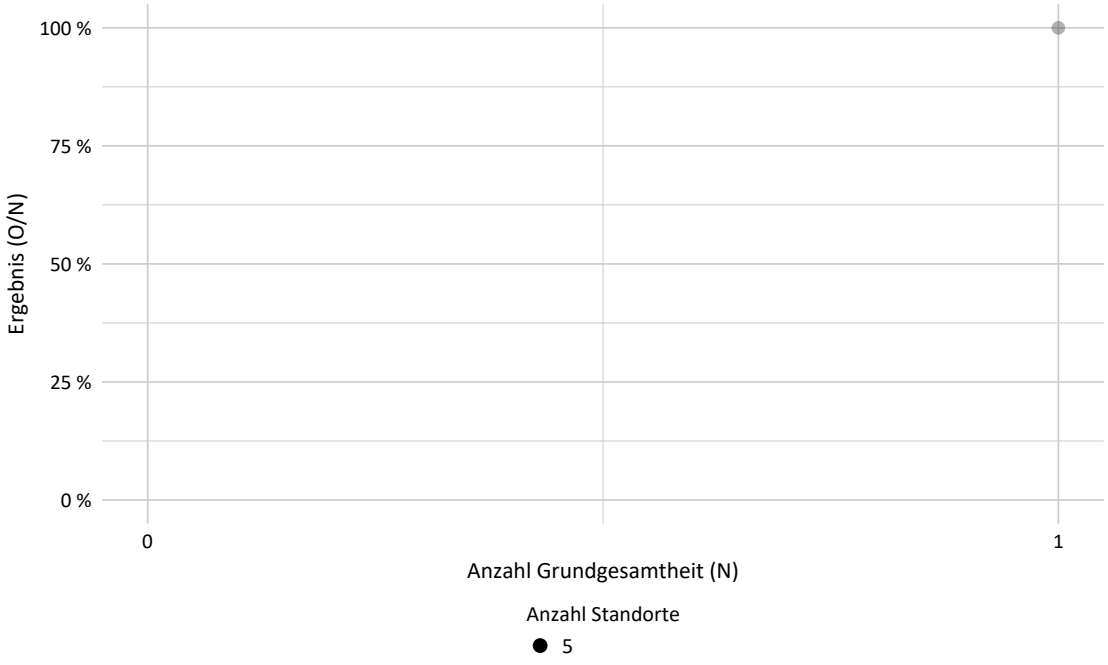
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2022	5	0	100,00	100,00	100,00

Gruppe: 3-Jahres-Überleben

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben

572013: 3-Jahres-Überleben

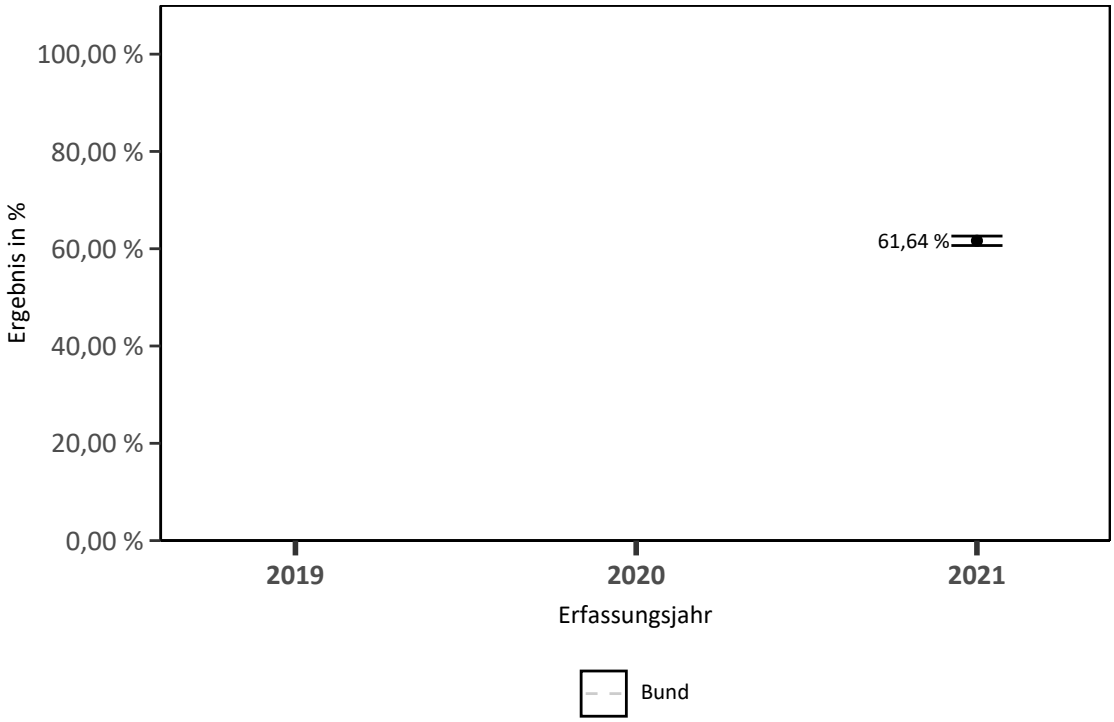
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2020 bis Quartal 3/2024

Detailergebnisse

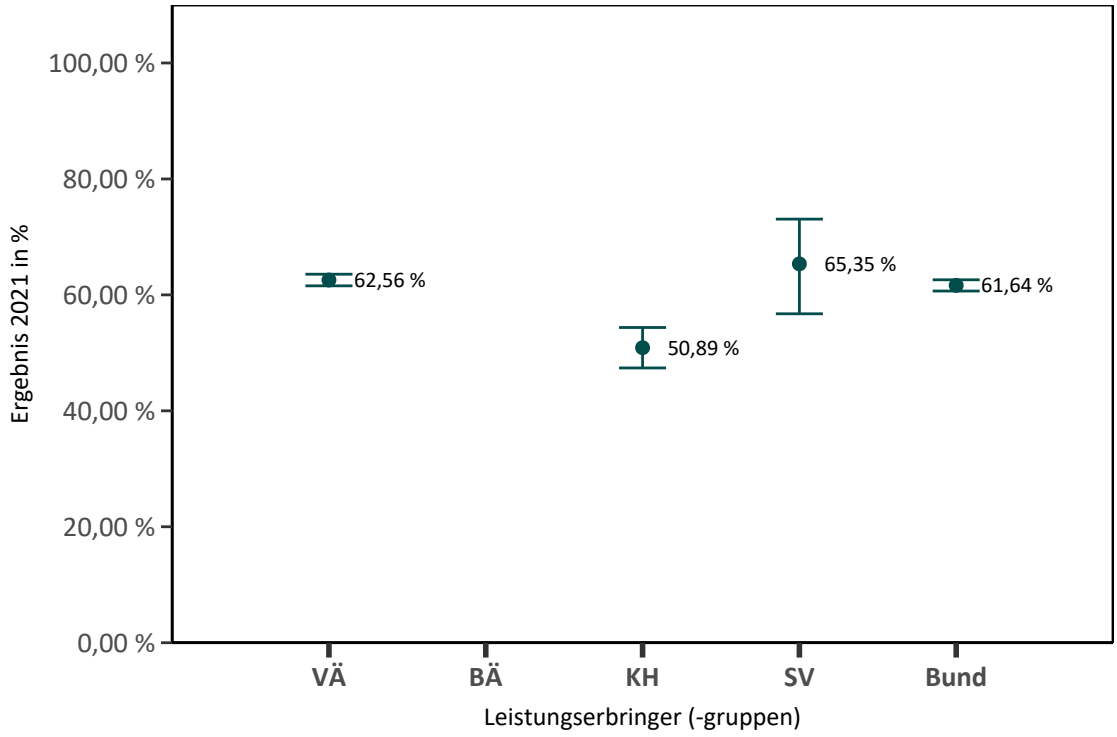
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2019**	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
		2021	5.582 / 8.922	62,56	61,56 - 63,56
Teilstationär	**BÄ**	**2019**	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
	KH	**2019**	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
		2021	400 / 786	50,89	47,40 - 54,37
Selektivvertragliche Leistungen		**2019**	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
		2021	83 / 127	65,35	56,74 - 73,07
Bund		**2019**	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
		2021	5.951 / 9.655	61,64	60,66 - 62,60

Ergebnisse im Zeitverlauf

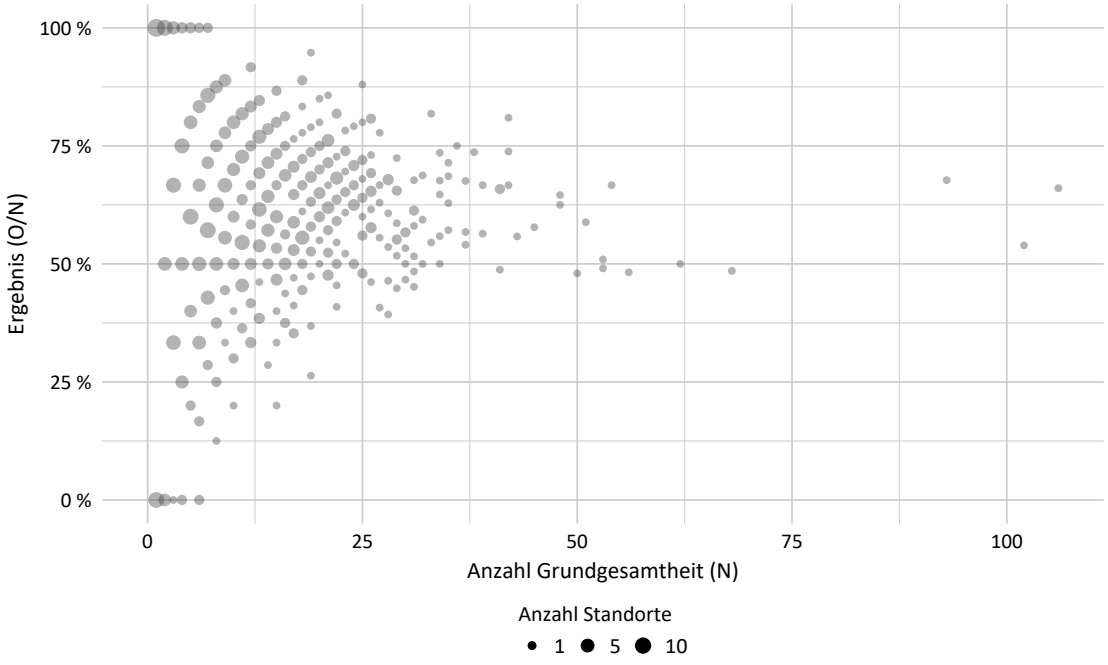
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2021	693	0	0,00	100,00	62,50

572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

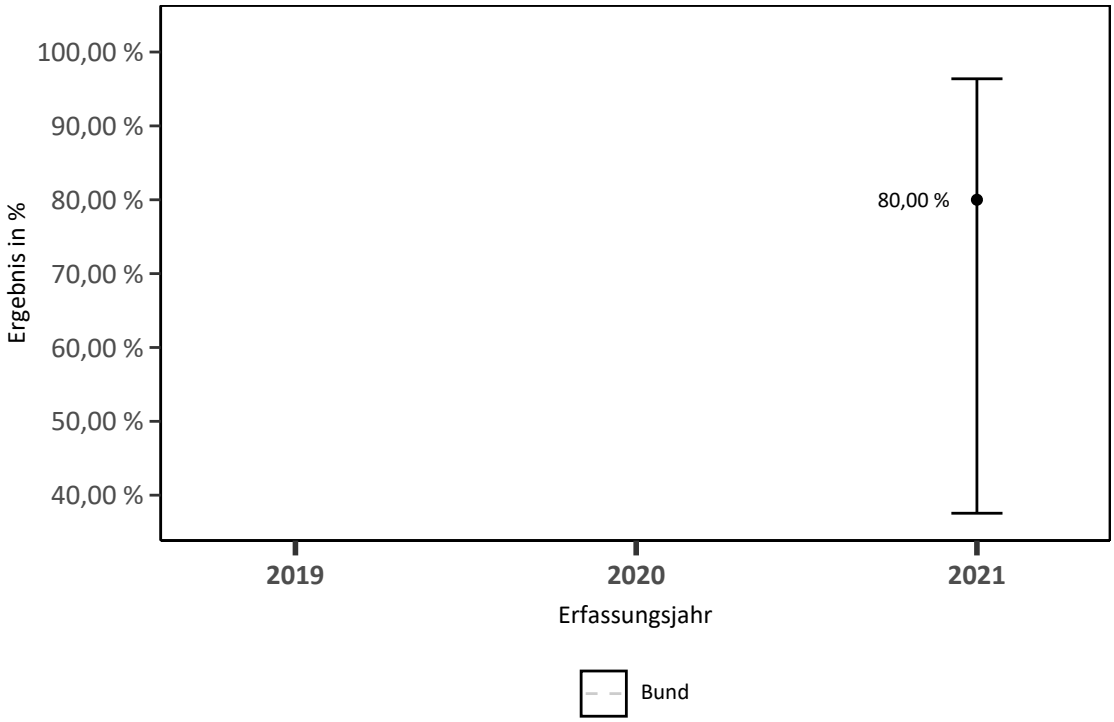
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die drei Jahre nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2020 bis Quartal 3/2024

Detailergebnisse

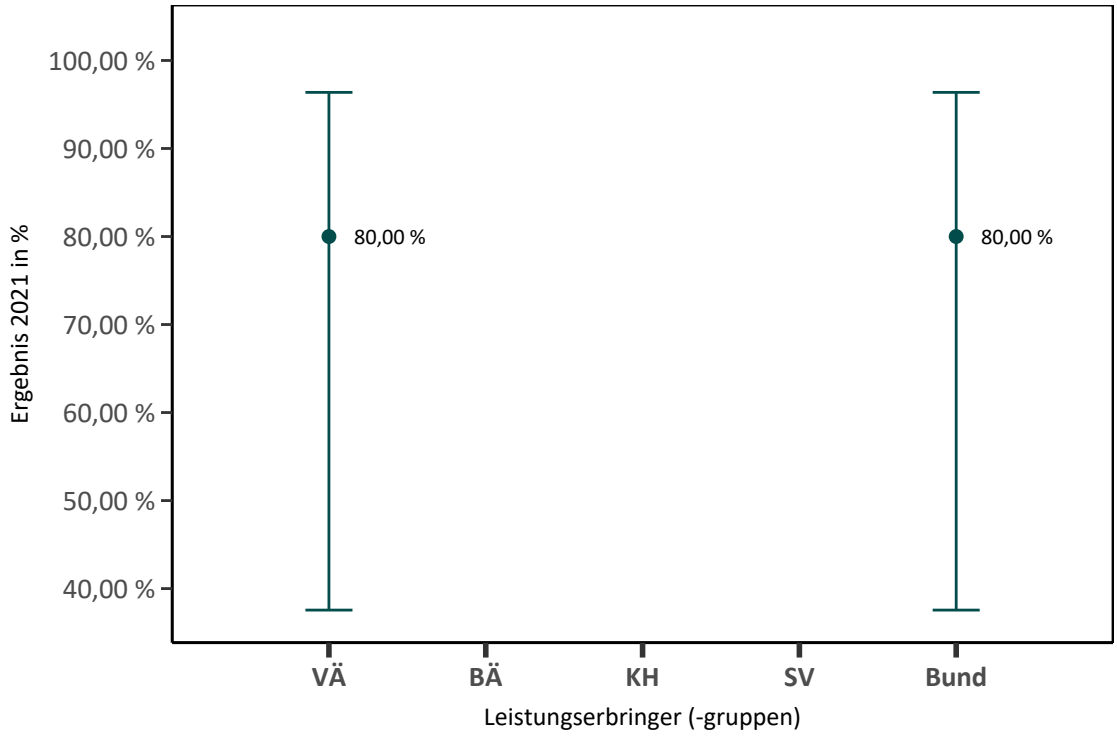
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2019**	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
		2021	4 / 5	80,00	37,55 - 96,38
Teilstationär	**BÄ**	**2019**	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
	KH	**2019**	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
		2021	0 / 0	-	-
Selektivvertragliche Leistungen		**2019**	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
		2021	0 / 0	-	-
Bund		**2019**	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
		2021	4 / 5	80,00	37,55 - 96,38

Ergebnisse im Zeitverlauf

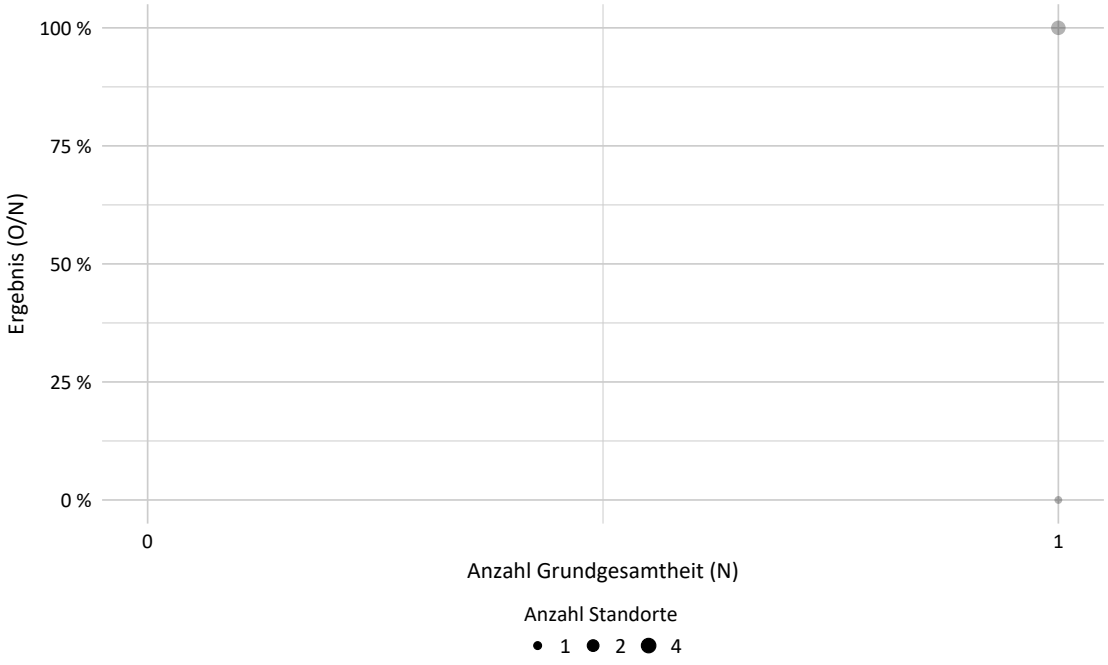
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2021	5	0	0,00	100,00	100,00

Basisauswertung

Die nachfolgenden Auswertungen sind eingeschränkt auf:
- Patientinnen und Patienten bzw. Dialysen bei Patientinnen und Patienten, deren Therapiestatus als ständige Dialysebehandlung dokumentiert wurde. („Ständige Dialysebehandlung“ meint hier, dass die Patientin / der Patient bei dem jeweils dokumentierenden Leistungserbringer ständig in Dialysebehandlung ist und nicht in kurzzeitiger Dialysebehandlung (beispielsweise im Rahmen einer Gast-/Feriendialyse).)
- Patientinnen und Patienten bzw. Dialysen bei Patientinnen und Patienten, die mind. 13 Wochen in Dialysebehandlung sind
- Patientinnen und Patienten bzw. Dialysen bei Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1.10. des Vorjahres und dem 30.09. des Erfassungsjahres behandelt bzw. durchgeführt wurden

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten[1]		
Anzahl Patientinnen und Patienten (gesamt)	79.636	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten Q4/2023	63.305	79,49
Anzahl Patientinnen und Patienten Q1/2024	67.546	84,82
Anzahl Patientinnen und Patienten Q2/2024	67.517	84,78
Anzahl Patientinnen und Patienten Q3/2024	67.062	84,21

[1] Es werden ausschließlich Patientinnen und Patienten mit ständiger Dialysebehandlung gezählt.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Dialysen[2]		
Anzahl Dialysen (gesamt)	9.504.824	100,00
Anzahl Dialysen Q4/2023	2.252.073	23,69
Anzahl Dialysen Q1/2024	2.427.407	25,54
Anzahl Dialysen Q2/2024	2.407.833	25,33
Anzahl Dialysen Q3/2024	2.417.511	25,43

[2] Es werden ausschließlich Dialysen bei Patientinnen und Patienten mit ständiger Dialysebehandlung gezählt.

© IQTIG 2025

Status des Leistungserbringers und Art der Leistungserbringung[3]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	(1) Krankenhaus	(2) Vertragsarzt	(3) Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen	Gesamt
Alle Patientinnen und Patienten				
Bund (gesamt)				
(1) ambulant erbrachte Leistung	5 **0,11 %**	75.035 **100,00 %**	1.266 **100,00 %**	76.085 **95,54 %**
(4) teilstationär erbrachte Leistung	4.513 **99,91 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	4.513 **5,67 %**
Gesamt	4.517 **100,00 %**	75.035 **100,00 %**	1.266 **100,00 %**	79.636 **100,00 %**

[3] Mehrfachnennungen (pro Berichtszeitraum) möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 79.636**	
Altersverteilung[4]		
≤ 18 Jahre	134	0,17
19 - 29 Jahre	1.173	1,47
30 - 39 Jahre	3.265	4,10
40 - 49 Jahre	5.457	6,85
50 - 59 Jahre	11.619	14,59
60 - 69 Jahre	17.851	22,42
≥ 70 Jahre	40.137	50,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 79.636**	
Geschlecht[5]		
(1) männlich	49.190	61,77
(2) weiblich	30.435	38,22
(3) divers	9	0,01
(8) unbestimmt	≤3	x
(9) unbekannt	0	0,00

[4] Berücksichtigt werden die Angaben aus dem ersten Bogen des Berichtszeitraumes (01.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres).
Gibt es für eine Patientin / einen Patienten mehrere Bögen mit gleichem Dialysedatum, so werden alle diese Bögen berücksichtigt.

[5] Berücksichtigt werden die Angaben aus dem ersten Bogen des Berichtszeitraumes (01.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres).
Gibt es für eine Patientin / einen Patienten mehrere Bögen mit gleichem Dialysedatum, so werden alle diese Bögen berücksichtigt.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 79.636**	
Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse) bekannt[6]		
ja	79.229	99,49
davon: Dauer der bestehenden Dialysepflichtigkeit[7]		
≤ 1 Jahr	19.701	24,87
2 bis ≤ 5 Jahre	32.307	40,78
6 bis ≤ 10 Jahre	16.934	21,37
> 10 Jahre	10.287	12,98
nein	819	1,03

[6] Es werden ausschließlich Dialysen bei Patientinnen und Patienten mit ständiger Dialysebehandlung gezählt.
Mehrfachnennungen (pro Berichtszeitraum) möglich

[7] Es werden ausschließlich Dialysen bei Patientinnen und Patienten mit ständiger Dialysebehandlung gezählt.
Berücksichtigt werden pro Patientin / pro Patient die Angaben des frühesten Beginns der Nierenersatztherapie

Anamnese

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 73.683**	
Komorbiditäten[8]		
(0) nein	4.745	6,44
(1) ja	68.939	93,56
davon:[9]		
koronare Herzkrankheit (KHK)	19.902	28,87
Herzinsuffizienz NYHA I	2.921	4,24
Herzinsuffizienz NYHA II	7.568	10,98
Herzinsuffizienz NYHA III	8.033	11,65
Herzinsuffizienz NYHA IV	1.898	2,75
periphere arterielle Verschlusskrankheit	9.658	14,01
zerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B. TIA, Schlaganfall)	8.756	12,70
arterielle Hypertonie	53.966	78,28
Diabetes mellitus	25.041	36,32
Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt (positiver Befund)	1.227	1,78
Virushepatitis	1.373	1,99
HIV-Infektion	289	0,42
Malignom	8.394	12,18
periphere Polyneuropathie (PNP)	8.011	11,62
Demenz	1.752	2,54
Depression	4.270	6,19
andere Erkrankungen, die die Dialysebehandlung beeinflussen	37.803	54,84

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 73.683**	
vorangegangene Nierentransplantation[10]		
(0) nein	71.275	96,73
(1) ja	2.408	3,27

[8] Berücksichtigt werden die Angaben aus dem letzten Bogen des Berichtszeitraumes (01.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres). Liegen keine Angaben vor, so werden die Patientinnen und Patienten hier nicht berücksichtigt.

[9] Berücksichtigt werden die Angaben aus dem letzten Bogen des Berichtszeitraumes (01.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres). Liegen keine Angaben vor, so werden die Patientinnen und Patienten hier nicht berücksichtigt. Mehrfachnennungen möglich

[10] Berücksichtigt werden die Angaben aus dem letzten Bogen des Berichtszeitraumes (01.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres). Liegen keine Angaben vor, so werden die Patientinnen und Patienten hier nicht berücksichtigt. Gibt es für eine Patientin / einen Patienten zur letzten Dialyse des Berichtszeitraums mehrere Bögen mit gleichem Dialysedatum, so werden alle diese Bögen berücksichtigt.

Behandlungsverlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Dialysen	**N = 9.504.824**	
Dialyseverfahren		
(1) Hämodialyse	6.894.693	72,54
davon: Zugangsart		
(1) Katheter, nicht getunnelt	56.291	0,82
(2) Katheter, getunnelt	1.930.431	28,00
(3) Prothesenshunt	619.228	8,98
(4) Fistel	4.288.743	62,20
(2) Hämodiafiltration	2.306.971	24,27
(3) Hämofiltration	9.037	0,10
(4) kontinuierliche Peritonealdialyse	221.094	2,33
(5) intermittierende Peritonealdialyse	73.029	0,77

	Bund (gesamt)
Dialysedauer pro Behandlung (Minuten) - ambulant	
Anzahl Hämodialysen (ohne Heimdialysen) mit Angabe von Werten bei ambulant erbrachter Leistung	6.685.472
Minimum	1,00
Median	245,00
Mittelwert	252,11
Maximum	6.000,00

	Bund (gesamt)
Dialysedauer pro Behandlung (Minuten) - teilstationär	
Anzahl Hämodialysen (ohne Heimdialysen) mit Angabe von Werten bei teilstationär erbrachter Leistung	204.866
Minimum	1,00
Median	240,00
Mittelwert	246,75
Maximum	3.270,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 79.636**	
Dialysezugangs-assoziierte Komplikationen[11]		
(0) nein	77.859	97,77
(1) ja	9.460	11,88
davon:[12]		
mechanische Komplikation	6.479	68,49
Infektion	1.660	17,55
sonstige Komplikation	2.825	29,86

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 79.636**	
wesentliches Ereignis im Behandlungsfall[13]		
(0) nein	68.046	85,45
(1) ja	52.838	66,35
davon: Art wesentliches Ereignis[14]		
(1) stationärer Krankenhausaufenthalt	27.573	52,18
(2) Auslandsaufenthalt	3.774	7,14
(3) kurzzeitige Dialysebehandlung durch eine andere ambulante Dialyseeinrichtung	6.253	11,83
(4) kurzzeitige Dialysebehandlung durch eine andere teilstationäre Dialyseeinrichtung	261	0,49
(5) Beendigung der Dialysebehandlung	10.777	20,40
davon: Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung[15]		
(1) Patient verstorben	7.507	69,66
(2) Nierentransplantation	597	5,54
(3) Patientenwunsch	312	2,90
(4) dauerhafter Wechsel zu anderer Dialyseeinrichtung	1.476	13,70
(5) Erholung der Nierenfunktion	127	1,18
(9) unbekannt	995	9,23
(6) stationärer Krankenhausaufenthalt mit Weiterführung der Dialyseleistungen in eigener Einrichtung	7.277	13,77
(8) sonstiges Ereignis	22.278	42,16

[11] Mehrfachnennungen (pro Berichtszeitraum) möglich

[12] Mehrfachnennungen möglich

[13] Ereignis, das zur Unterbrechung oder Beendigung der Dialysebehandlung geführt hat oder stationärer Aufenthalt des Patienten / der Patientin unter Weiterführung der Dialyseleistung durch die eigene Einrichtung, Mehrfachnennungen (pro Berichtszeitraum) möglich

[14] Mehrfachnennungen möglich

[15] Mehrfachnennungen möglich

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

NET-NTX: Nierentransplantation

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Nierentransplantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 6

Datengrundlagen 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Ergebnisübersicht 9

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 11

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 14

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 15

572016: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation 15

572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 18

Details zu den Ergebnissen 21

572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 22

Details zu den Ergebnissen 25

572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 26

Details zu den Ergebnissen 29

572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 30

Details zu den Ergebnissen 33

302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation 35

Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung 37

572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 37

572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 40

Details zu den Ergebnissen 43

Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation 44

572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) 44

572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) 47

572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 50

Details zu den Ergebnissen 53

572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation ... 54
Details zu den Ergebnissen ... 57
572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation ... 58
Details zu den Ergebnissen ... 61
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen ... 62
572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen ... 62
572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen ... 65
572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation ... 68
Details zu den Ergebnissen ... 71
572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation ... 72
Details zu den Ergebnissen ... 75
572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation ... 77
Details zu den Ergebnissen ... 80
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 82
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 82
852210: Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up ... 82
Basisauswertung ... 84
Allgemeine Daten ... 84
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 85
Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger ... 86
Geschlecht ... 86
Patientenalter am Aufnahmetag ... 87
Body Mass Index (BMI) ... 88
Befunde Empfängerinnen und Empfänger ... 89
Basisdaten Spenderinnen und Spender ... 91
Blutgruppen-Kompatibilität ... 93
Transplantation ... 94
Operation (nach OPS) ... 94
Einsatz eines Perfusionssystems ... 95
Kalte Ischämiezeit ... 96

Postoperativer Verlauf 97
Entlassung 100
Todesursache 102

Einleitung

Unter dem QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) werden sowohl die Nierentransplantation, die Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst. Letztere gliedern sich in die Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration und Peritonealdialyse und gehören zu den Blutreinigungsverfahren.

Der Notwendigkeit zur Durchführung eines Nierenersatzverfahrens können unterschiedliche Indikationen zugrunde liegen. Neben dem akuten Nierenversagen kann auch das chronische Nierenversagen zu einem Funktionsverlust der Niere führen. Häufige Ursachen für ein chronisches Nierenersatzversagen sind:

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck (vaskuläre Nephropathie)
- Entzündliche Erkrankungen der Nierenkörperchen (Glomerulonephritiden).

In der Mehrzahl der Fälle beginnt die Ersatztherapie der Nierenfunktion bei den betroffenen Patientinnen und Patienten mit der Peritoneal- oder Hämodialyse. Der Dialysebeginn kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen. Gleichzeitig hat die Prüfung zu der Möglichkeit einer Anmeldung für die Warteliste zur Nierentransplantation bei Eurotransplant zu erfolgen. Im Falle einer erfolgreichen Nierentransplantation findet die nephrologische Nachbehandlung in Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum statt. Nach einer möglichen Abstoßung des Transplantats beginnt für die meisten Patientinnen und Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nierentransplantation unter Dialysebehandlung. Aufgrund der eingeschränkten Organverfügbarkeit und des individuellen Hintergrundes der Patientin bzw. des Patienten (z. B. medizinische Kontraindikationen), bleibt die Dialysebehandlung oftmals jedoch die einzige Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion. Die Überlebenszeit von Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen ist dabei wesentlich von der Qualität der Behandlung abhängig und kann bei der Kombination verschiedener Dialyseverfahren mit der Nierentransplantation mehrere Jahrzehnte erreichen.

Bei gegebener Indikation findet die Nierentransplantation in Kombination mit einer Pankreastransplantation statt. Um auch Patientinnen und Patienten mit einer solchen kombinierten Transplantation zu betrachten, werden diese in dem QS-Verfahren QS NET eingeschlossen. Aus Praktikabilitätsgründen werden auch Pankreastransplantationen ohne simultane Nierentransplantation einbezogen. Diese äußerst seltenen Eingriffe wurden bislang in der Qualitätssicherung gemeinsam mit der deutlich häufigeren kombinierten Nieren- und Pankreastransplantation erfasst.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine

Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Nierentransplantation (NET-NTX) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	2.101 2.101 0	2.093	100,38
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	39		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	39	39	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	37	37	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die 5-Jahres-Follow-up Qualitätsindikatoren zu NET-NTX können für das Erfassungsjahr 2024 nicht ausgewertet werden, da die Eurotransplant (ET)-Nummer seit 2020 in der Regel nicht mehr an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird und somit ein Matching zum Indexeingriff nicht stattfinden kann. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Indikatoren in den Berichten. Das 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up hingegen kann ausgewertet und dargestellt werden, da ein Matching zu Indexeingriffen ab dem EJ 2020 nach DeQS-RL über ein Patientenpseudonym generiert über die eGK-Versichertennummer erfolgt.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	≤ 25,00 %	13,21 % O = 266 N = 2.013
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 5,00 %	0,94 % O = 19 N = 2.013
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 90,00 %	97,11 % O = 1.912 N = 1.969
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 85,00 %	95,75 % O = 1.757 N = 1.835
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 80,00 %	92,79 % O = 1.622 N = 1.748
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation	≤ 1	0,02 O = 136 N = 5.681

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung			
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	≥ 60,00 %	78,51 % O = 1.067 N = 1.359
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	≥ 90,00 %	95,75 % O = 608 N = 635
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation			
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	≥ 64,67 % (5. Perzentil)	81,89 % O = 963 N = 1.176
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	≥ 85,19 % (5. Perzentil)	95,01 % O = 552 N = 581
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	88,53 % O = 1.605 N = 1.813
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	88,41 % O = 1.427 N = 1.614
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	85,93 % O = 1.264 N = 1.471

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen			
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	Transparenzkennzahl	3,78 % O = 70 N = 1.850
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	Transparenzkennzahl	3,78 % O = 70 N = 1.850
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	≤ 9,99 % (90. Perzentil)	4,53 % O = 87 N = 1.921
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	5,32 % O = 94 N = 1.767
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	6,93 % O = 114 N = 1.644

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	≥ 95,00 %	92,40 % 1.847 / 1.999	35,90 % 14 / 39

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

572016: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation

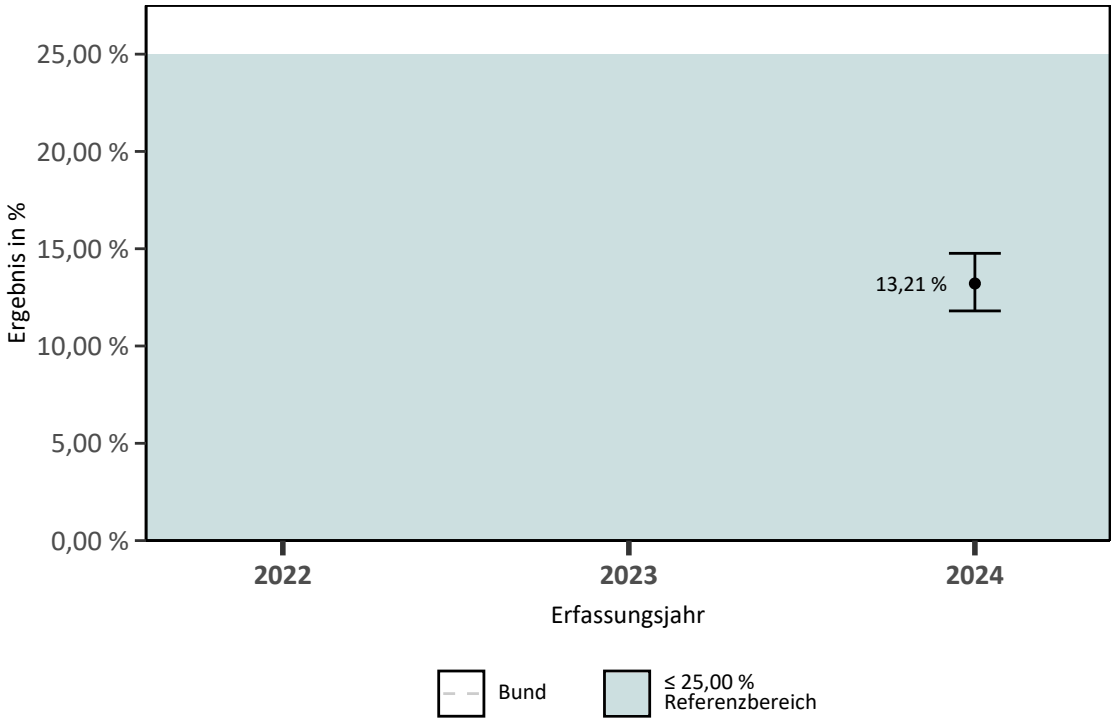
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation und ohne postoperative Dialyse während des stationären Aufenthaltes
Referenzbereich	≤ 25,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

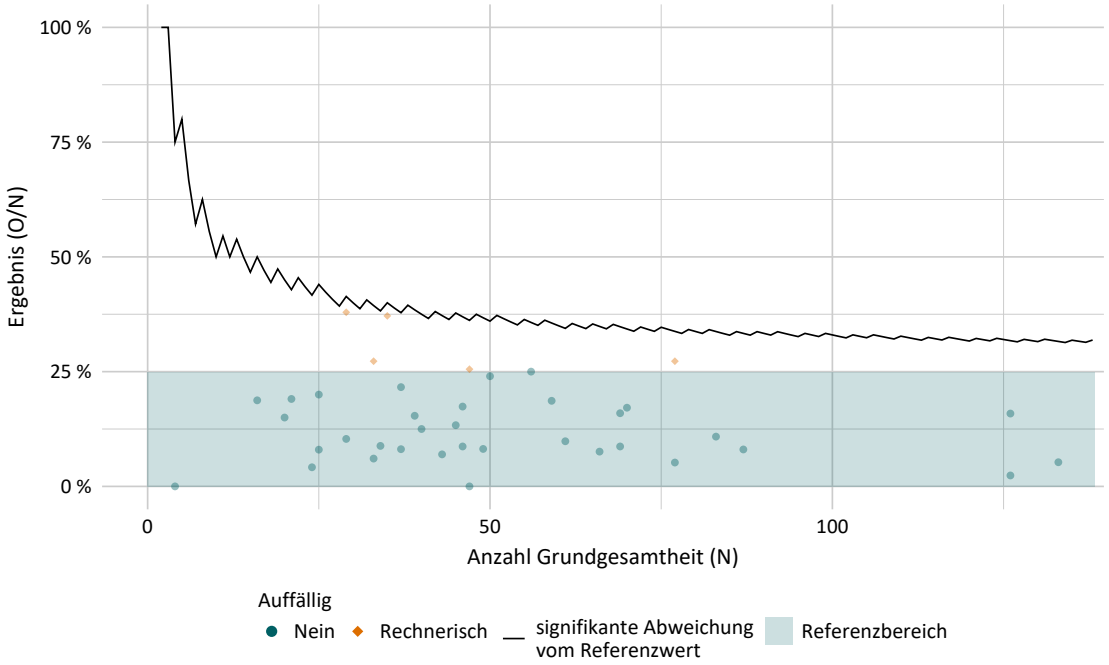
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	266 / 2.013	13,21	11,80 - 14,76

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	5	0,00	37,93	12,50

572017: Sterblichkeit im Krankenhaus

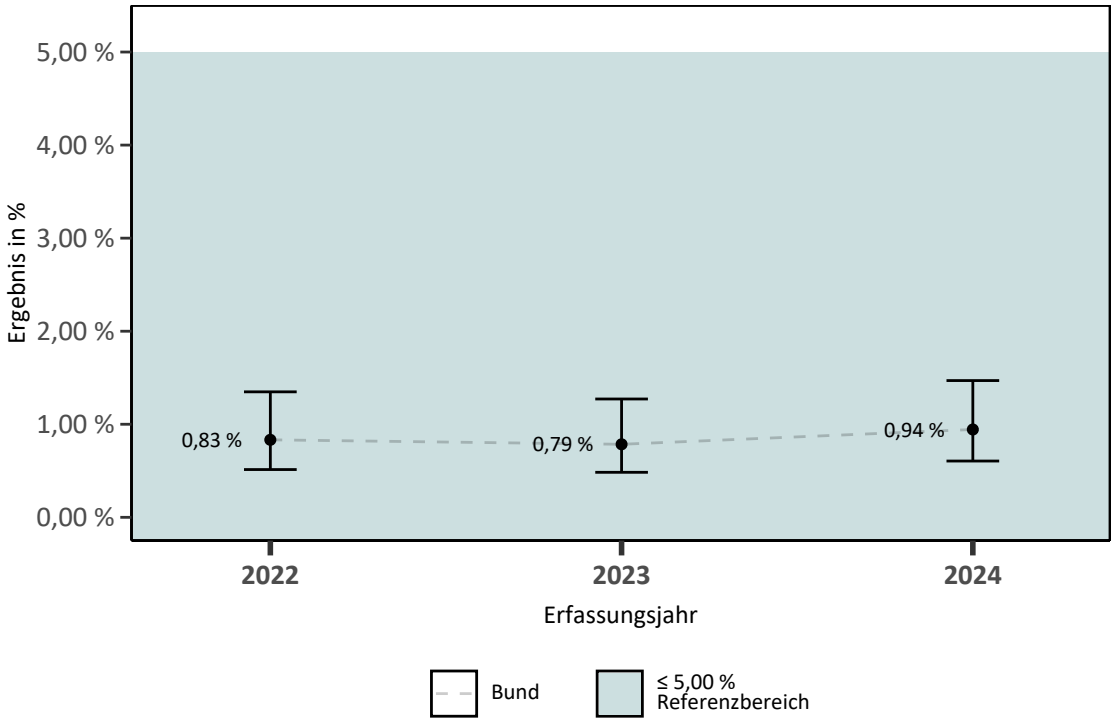
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Nierentransplantationen aller Aufenthalte
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

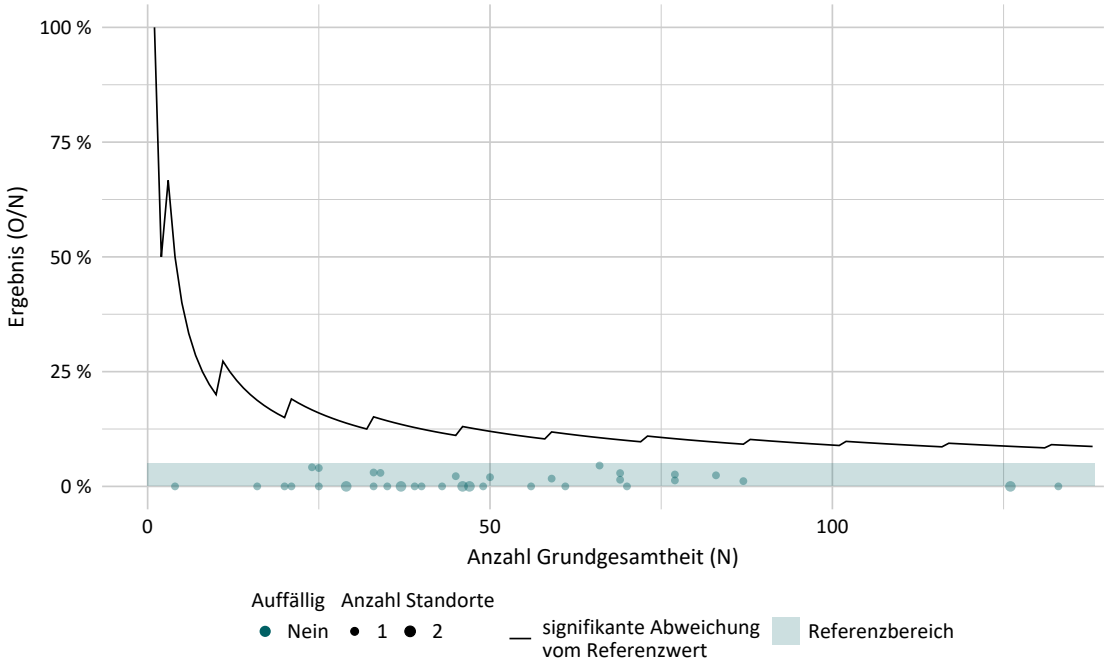
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	16 / 1.921	0,83	0,51 - 1,35
	2023	16 / 2.038	0,79	0,48 - 1,27
	2024	19 / 2.013	0,94	0,61 - 1,47

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	0	0,00	4,55	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 572017** **Sterblichkeit im Krankenhaus**	0,94 % 19/2.013
2.1.1	davon mit Todesursache	
2.1.1.1	ID: 57_22003 Infektion	42,11 % 8/19
2.1.1.2	ID: 57_22004 Kardiovaskulär	31,58 % 6/19
2.1.1.3	ID: 57_22005 Cerebrovaskulär	x % ≤3/19
2.1.1.4	ID: 57_22006 Malignom	0,00 % 0/19
2.1.1.5	ID: 57_22007 andere Todesursache	21,05 % 4/19
2.1.1.6	ID: 57_22008 unbekannte Todesursache	0,00 % 0/19

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 57_22009 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit kombinierter Nierentransplantation (kombiniert mit anderen Organen als Pankreas)	x % ≤3/15

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 57_22010 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	0,00 % 0/66

572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

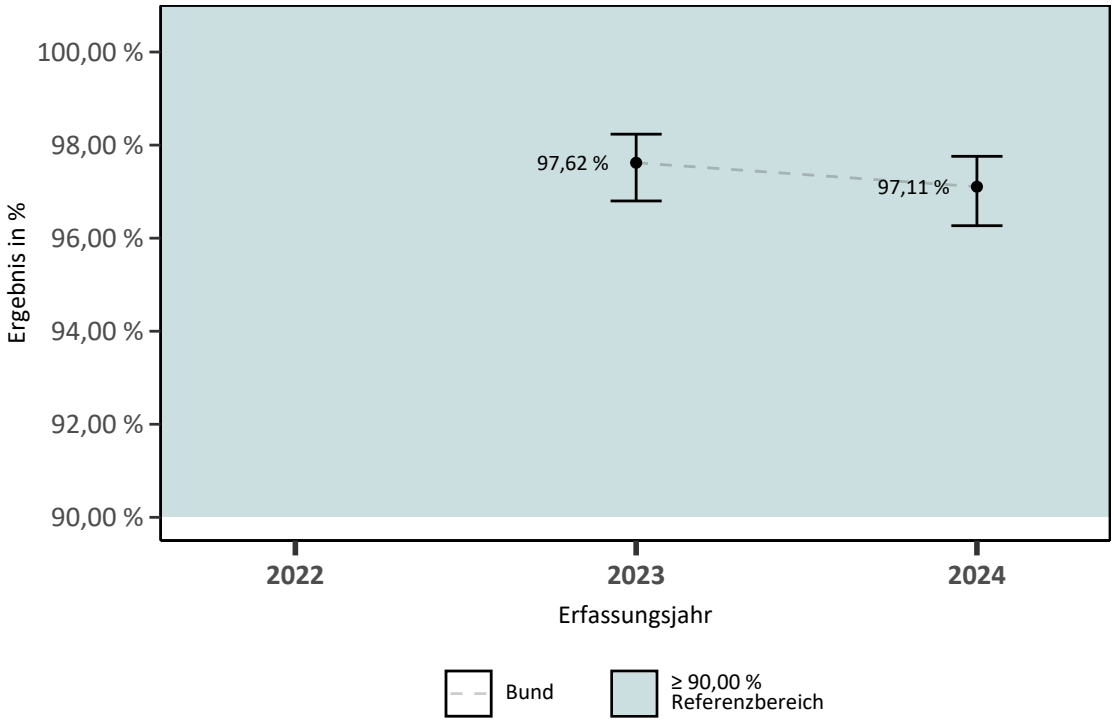
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

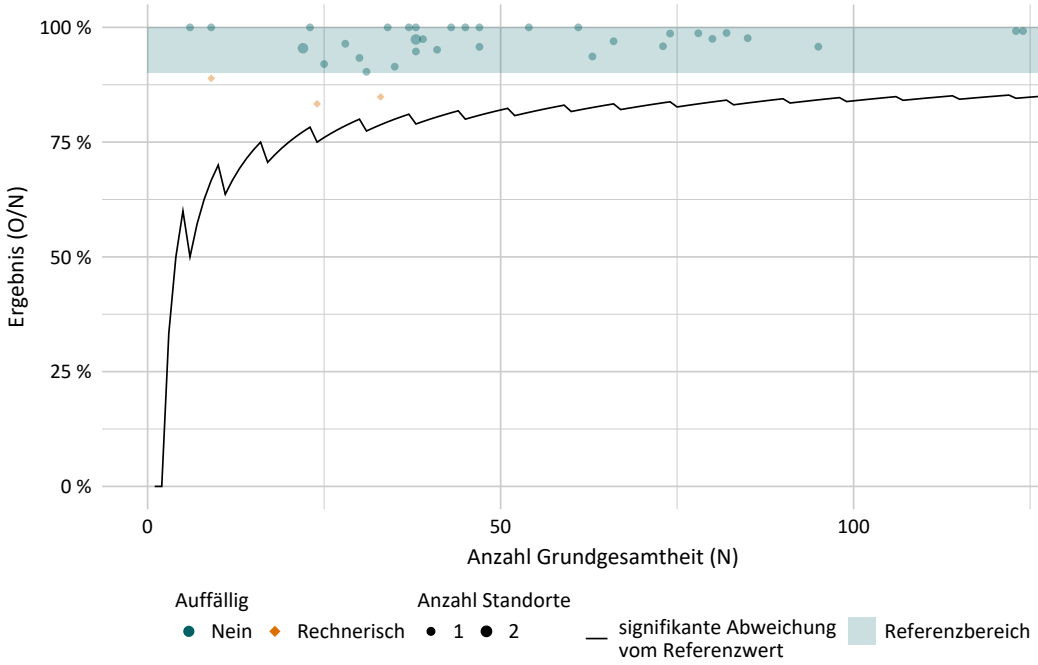
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	1.723 / 1.765	97,62	96,80 - 98,23
	2024	1.912 / 1.969	97,11	96,27 - 97,76

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	3	83,33	100,00	97,44

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 57_22011 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[1]	99,51 % 2.014/2.024
3.1.1	ID: 57_22012 davon lebend entlassen	99,11 % 1.996/2.014
3.1.1.1	ID: 57_22013 Status bekannt	97,75 % 1.951/1.996
3.1.1.1.1	ID: 57_22014 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	98,00 % 1.912/1.951
3.1.1.1.2	ID: 57_22015 verstorben innerhalb von 1 Jahr	2,00 % 39/1.951
3.1.1.2	ID: 57_22017 Status unbekannt	2,25 % 45/1.996
3.1.1.3	ID: 57_22018 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	95,79 % 1.912/1.996

[1] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 57_22019 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	99,11 % 1.996/2.014
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	**ID: 572018** **1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	97,11 % 1.912/1.969
3.2.2.2	ID: 57_22020 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	97,17 % 1.957/2.014

572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

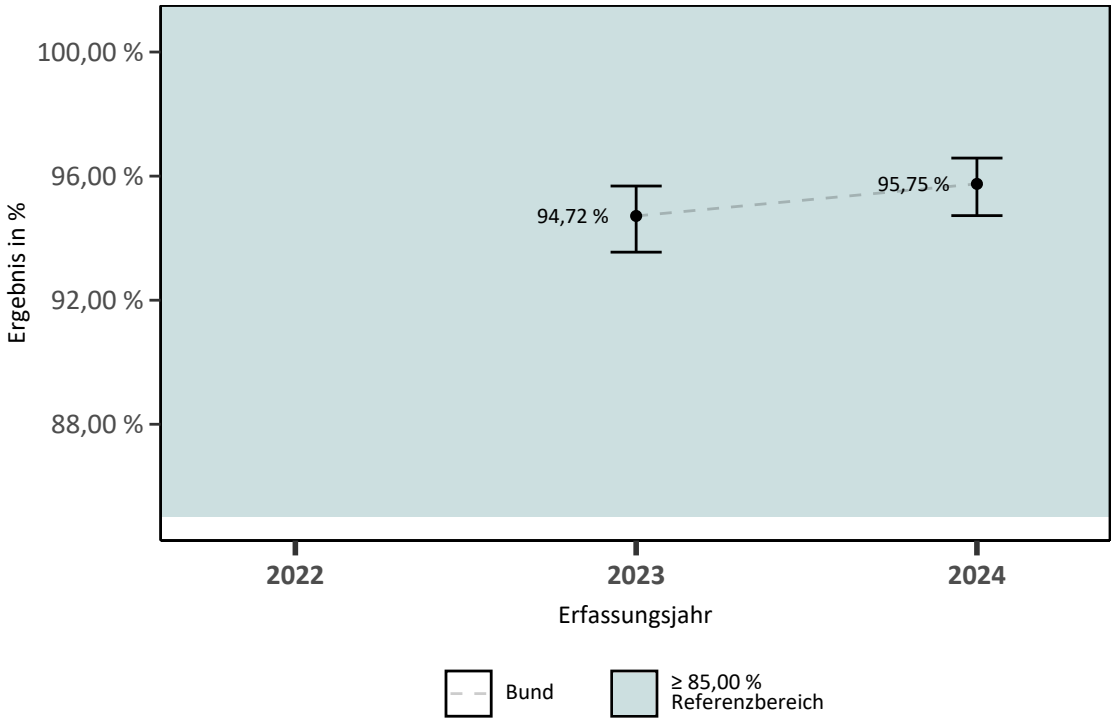
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 85,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

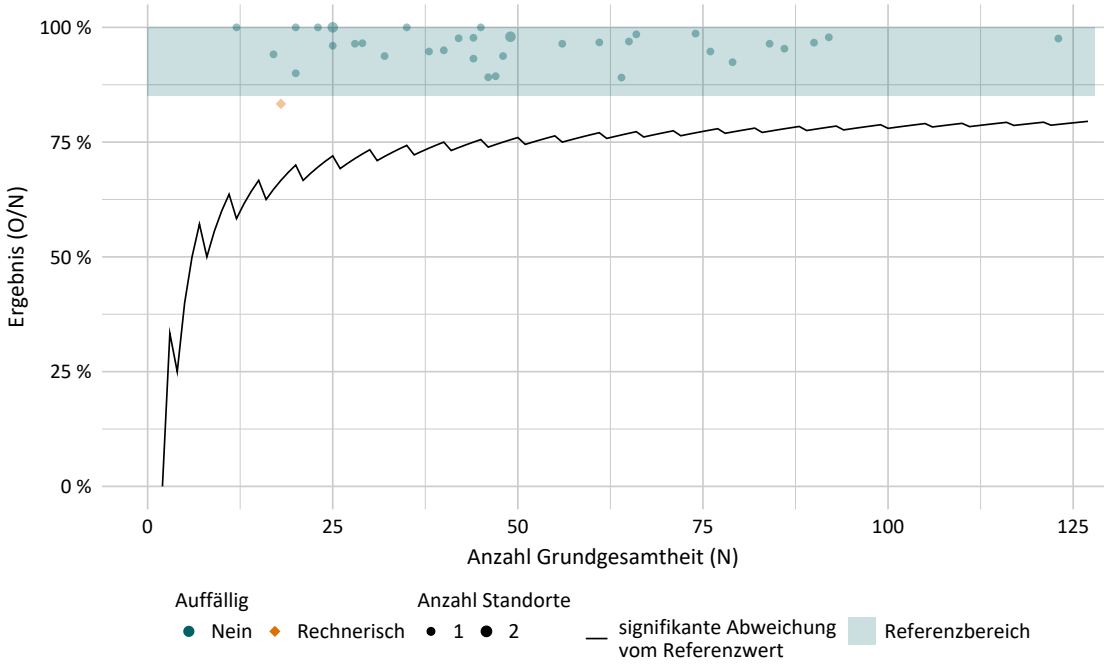
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	1.613 / 1.703	94,72	93,55 - 95,68
	2024	1.757 / 1.835	95,75	94,73 - 96,58

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	38	2	83,33	100,00	96,49

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 57_22021 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[2]	99,58 % 1.877/1.885
4.1.1	ID: 57_22022 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	97,55 % 1.831/1.877
4.1.1.1	ID: 57_22023 Status bekannt	97,71 % 1.789/1.831
4.1.1.1.1	ID: 57_22024 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	98,21 % 1.757/1.789
4.1.1.1.2	ID: 57_22025 verstorben innerhalb von 2 Jahren	1,79 % 32/1.789
4.1.1.2	ID: 57_22027 Status unbekannt	2,29 % 42/1.831
4.1.1.3	ID: 57_22028 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	95,96 % 1.757/1.831

[2] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 57_22029 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	99,15 % 1.861/1.877
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 57_22030 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	97,53 % 1.818/1.864
4.2.2.2	ID: 57_22031 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	97,55 % 1.831/1.877
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	**ID: 572019** **2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	95,75 % 1.757/1.835
4.2.3.2	ID: 57_22033 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	95,84 % 1.799/1.877

572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

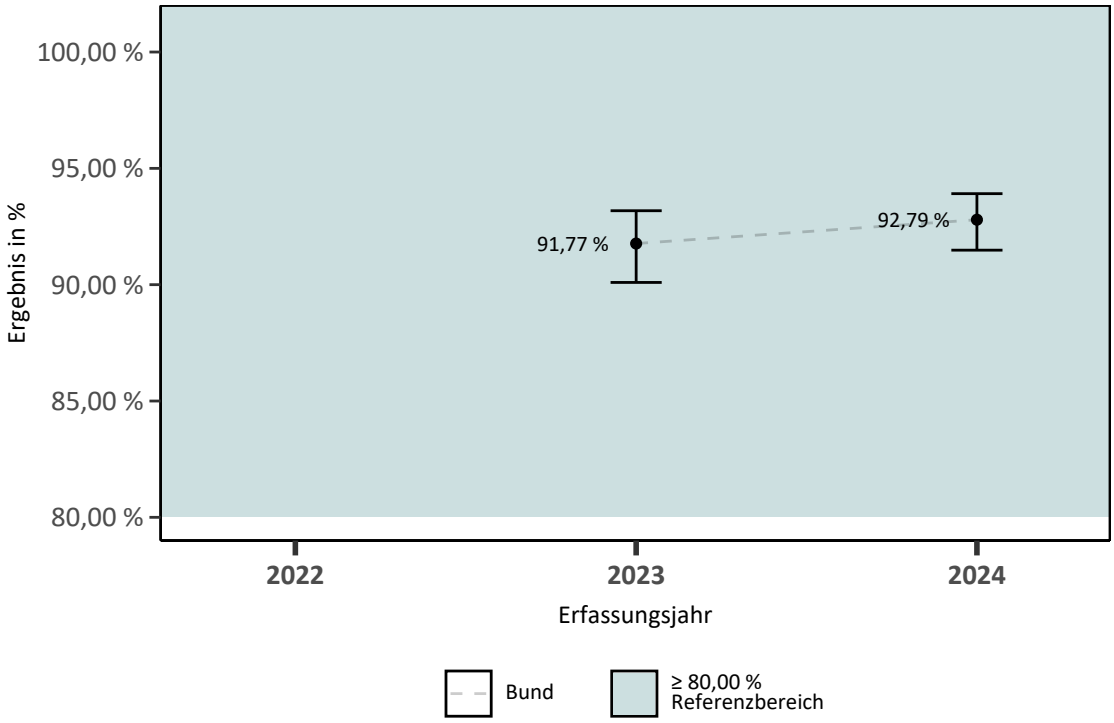
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 80,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

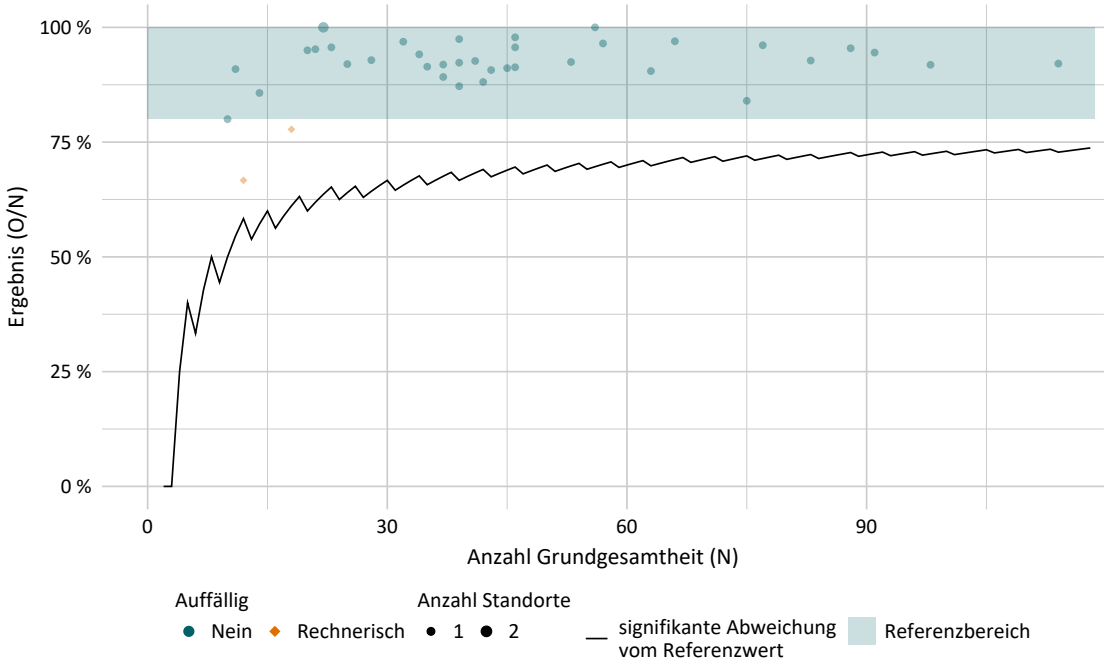
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	1.126 / 1.227	91,77	90,10 - 93,18
	2024	1.622 / 1.748	92,79	91,48 - 93,91

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	2	66,67	100,00	92,45

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 57_22034 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[3]	98,90 % 1.797/1.817
5.1.1	ID: 57_22035 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	94,60 % 1.700/1.797
5.1.1.1	ID: 57_22036 Status bekannt	97,12 % 1.651/1.700
5.1.1.1.1	ID: 57_22037 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	98,24 % 1.622/1.651
5.1.1.1.2	ID: 57_22038 verstorben innerhalb von 3 Jahren	1,76 % 29/1.651
5.1.1.2	ID: 57_22040 Status unbekannt	2,88 % 49/1.700
5.1.1.3	ID: 57_22041 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	95,41 % 1.622/1.700

[3] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
5.2.1	ID: 57_22042 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	98,89 % 1.777/1.797
5.2.2	1-Jahres-Überleben	
5.2.2.1	ID: 57_22043 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	96,40 % 1.716/1.780
5.2.2.2	ID: 57_22044 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	96,44 % 1.733/1.797
5.2.3	2-Jahres-Überleben	
5.2.3.1	ID: 57_22046 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	94,52 % 1.674/1.771
5.2.3.2	ID: 57_22047 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	94,60 % 1.700/1.797
5.2.4	3-Jahres-Überleben	
5.2.4.1	**ID: 572020** **3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	92,79 % 1.622/1.748

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.4.2	ID: 57_22049 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	92,99 % 1.671/1.797

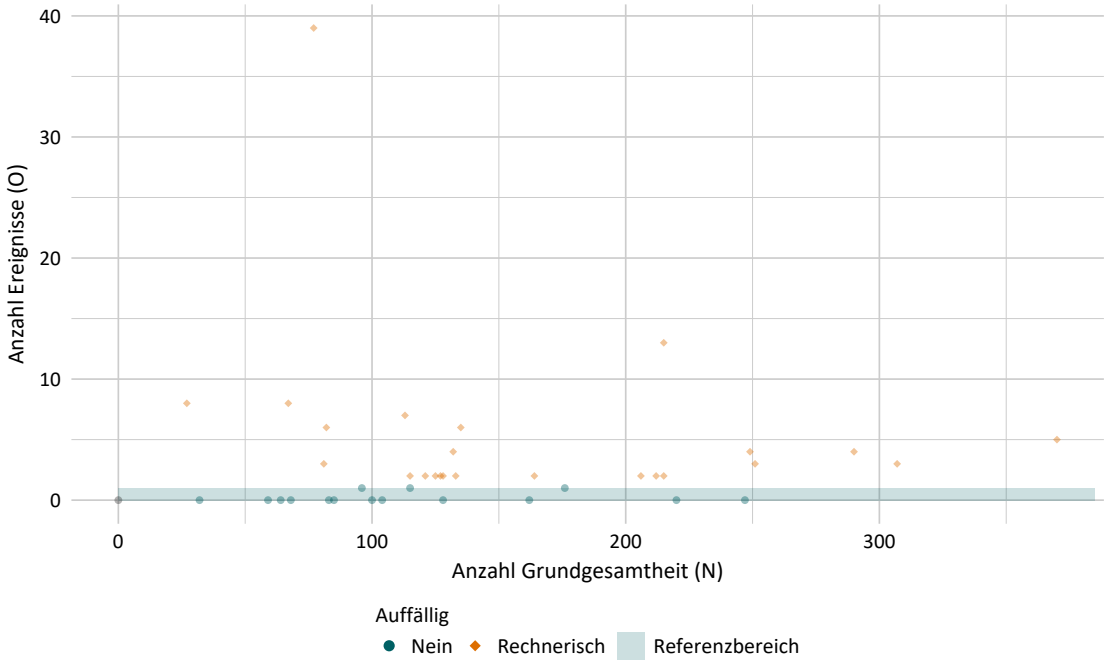
302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Nierentransplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 1
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2022**	- / -	-
	2023	237 / 4.932	237
	2024	136 / 5.681	136

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung

Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme

572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung

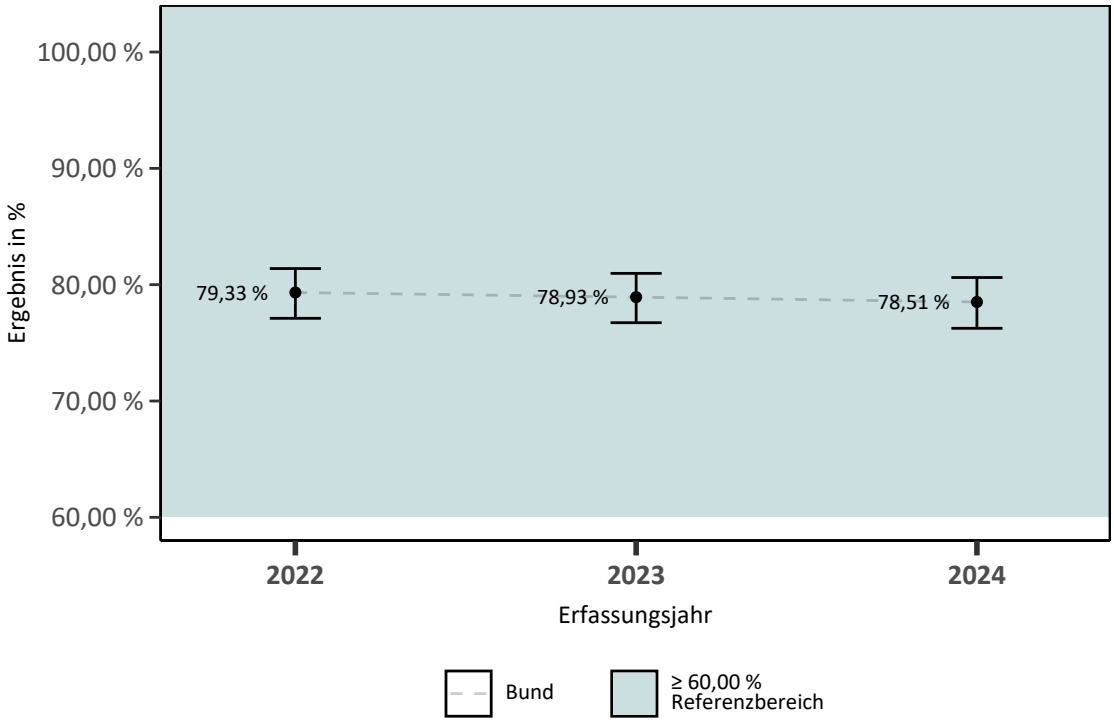
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von bei Entlassung lebenden Patientinnen und Patienten mit isolierten Nierentransplantationen nach postmortaler Spende
Zähler	Aufenthalte mit jeweils sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats (d.h. eine kontinuierliche Dialyse mit einer Dauer von maximal 23 Stunden bis Funktionsaufnahme und maximal eine postoperative intermittierende Dialyse bis Funktionsaufnahme) und ohne intraoperativen Abbruch einer Nierentransplantation
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

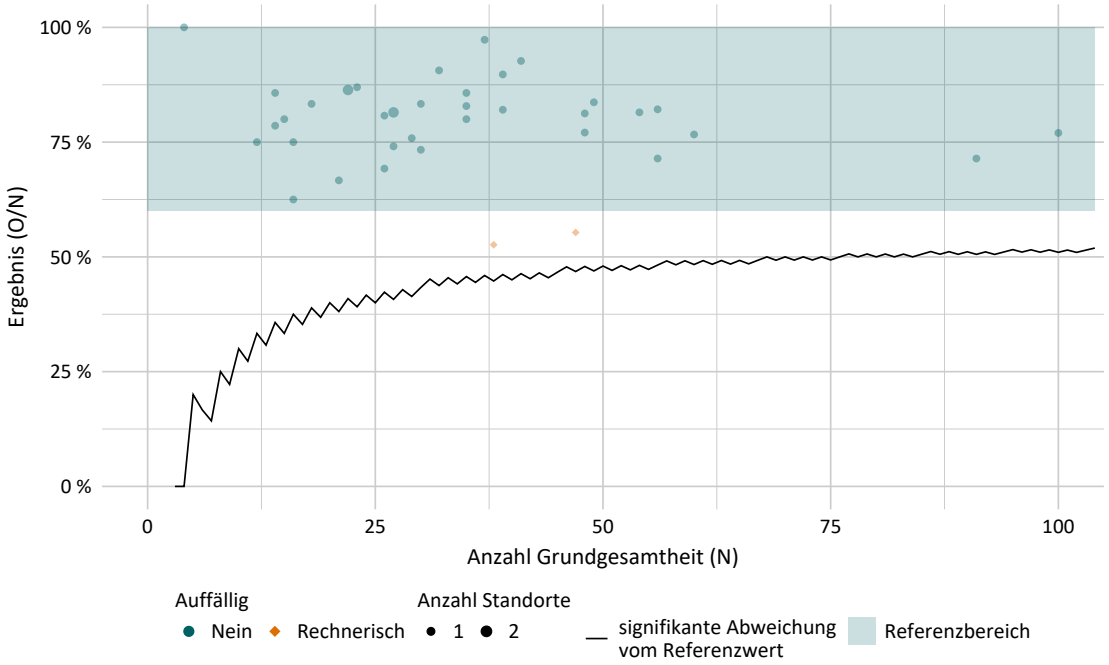
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	1.090 / 1.374	79,33	77,11 - 81,39
	2023	1.120 / 1.419	78,93	76,73 - 80,97
	2024	1.067 / 1.359	78,51	76,25 - 80,62

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	2	52,63	100,00	81,25

572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung

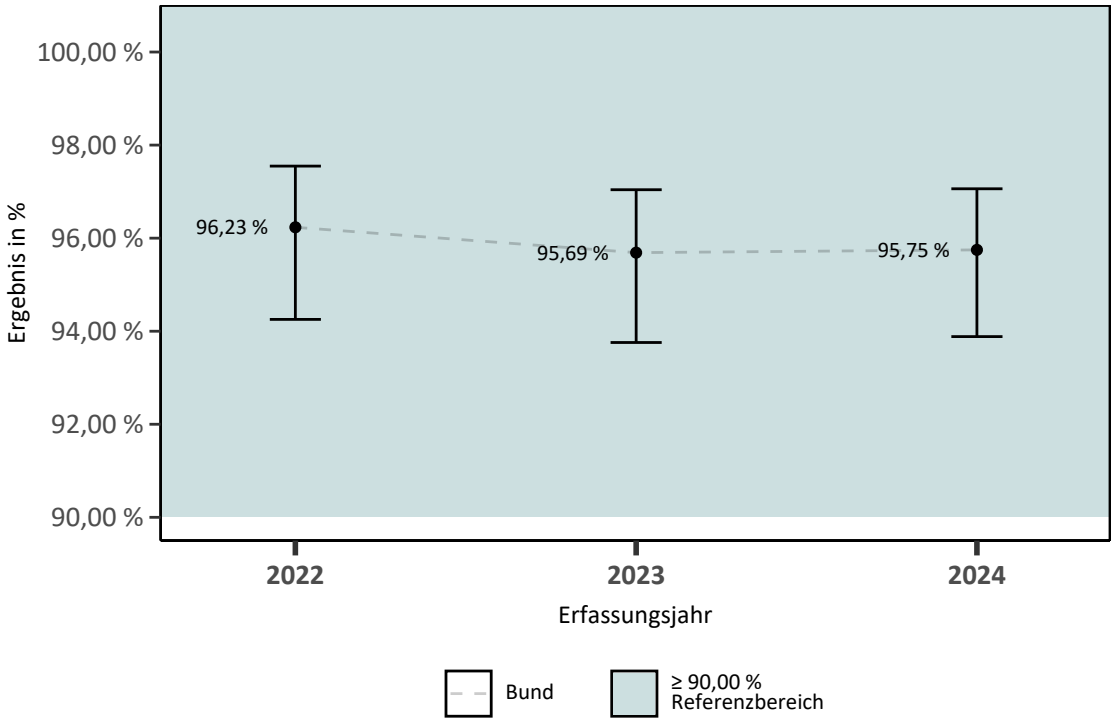
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von bei Entlassung lebenden Patientinnen und Patienten mit isolierten Nierentransplantationen nach Lebendorganspende
Zähler	Aufenthalte mit jeweils sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats (d.h. eine kontinuierliche Dialyse mit einer Dauer von maximal 23 Stunden bis Funktionsaufnahme und maximal eine postoperative intermittierende Dialyse bis Funktionsaufnahme) und ohne intraoperativen Abbruch einer Nierentransplantation
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

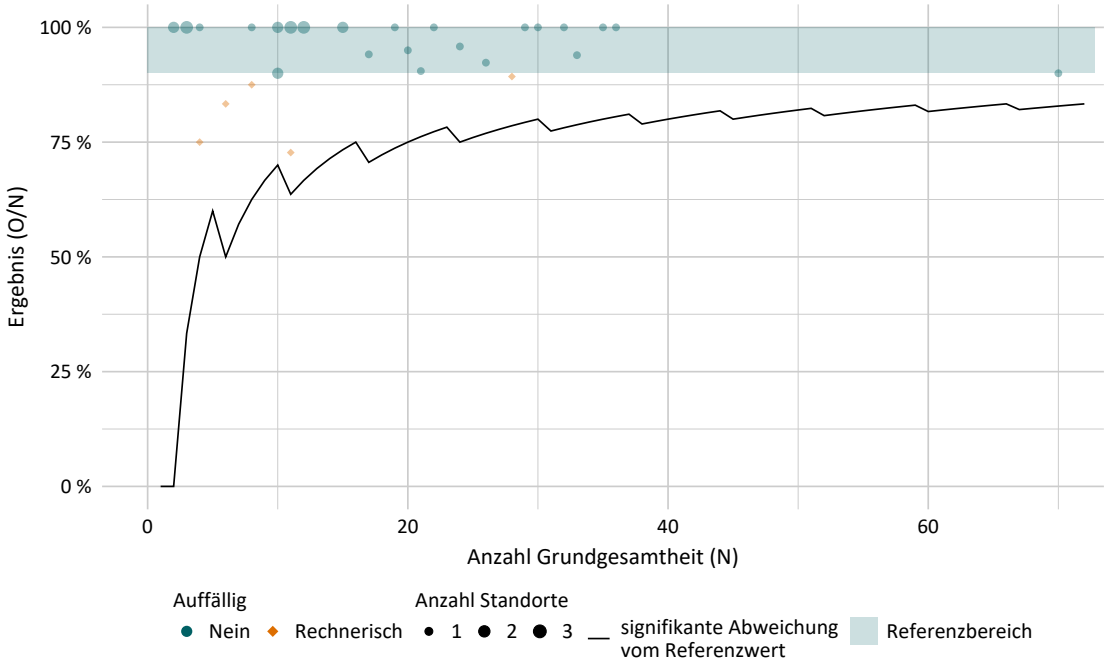
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	511 / 531	96,23	94,25 - 97,55
	2023	577 / 603	95,69	93,76 - 97,04
	2024	608 / 635	95,75	93,88 - 97,06

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	38	5	72,73	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats[4]	
7.1.1	ID: 57_22050 bei allen nierentransplantierten lebenden Patientinnen und Patienten[5]	83,60 % 1.733/2.073
7.1.1.1	ID: 57_22051 < 65 Jahre	83,94 % 1.338/1.594
7.1.1.2	ID: 57_22052 ≥ 65 Jahre	82,46 % 395/479
7.1.2	**ID: 572022** **Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung**	78,51 % 1.067/1.359
7.1.3	**ID: 572023** **Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung**	95,75 % 608/635
7.1.4	ID: 57_22053 bei allen kombiniert nierentransplantierten lebenden Patientinnen und Patienten nach postmortaler Organspende[6]	73,42 % 58/79

[4] d. h. maximal eine postoperative Dialyse bis Funktionsaufnahme

[5] Isolierte Nierentransplantation, simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen als Pankreas.

[6] Simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen als Pankreas.

Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion

572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)

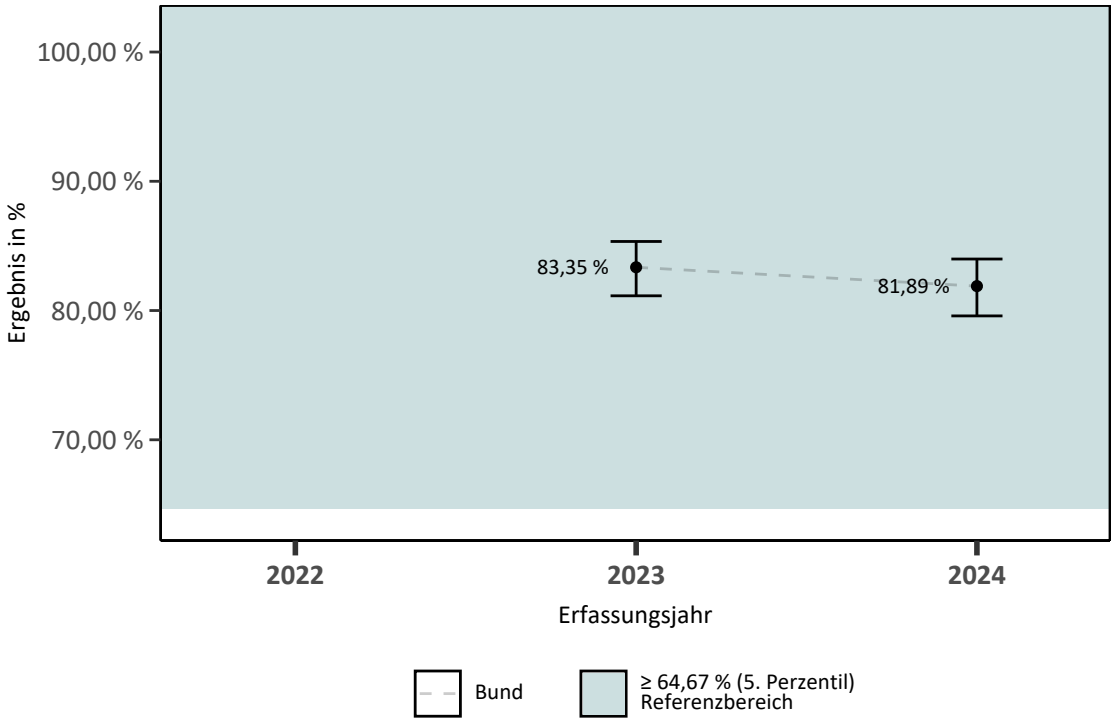
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation aus einer postmortalen Organspende im Zeitraum 01.10.2023 bis zum 30.09.2024 ohne Retransplantation innerhalb von 90 Tagen, mit bekanntem Follow-up-Status ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Referenzbereich	≥ 64,67 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

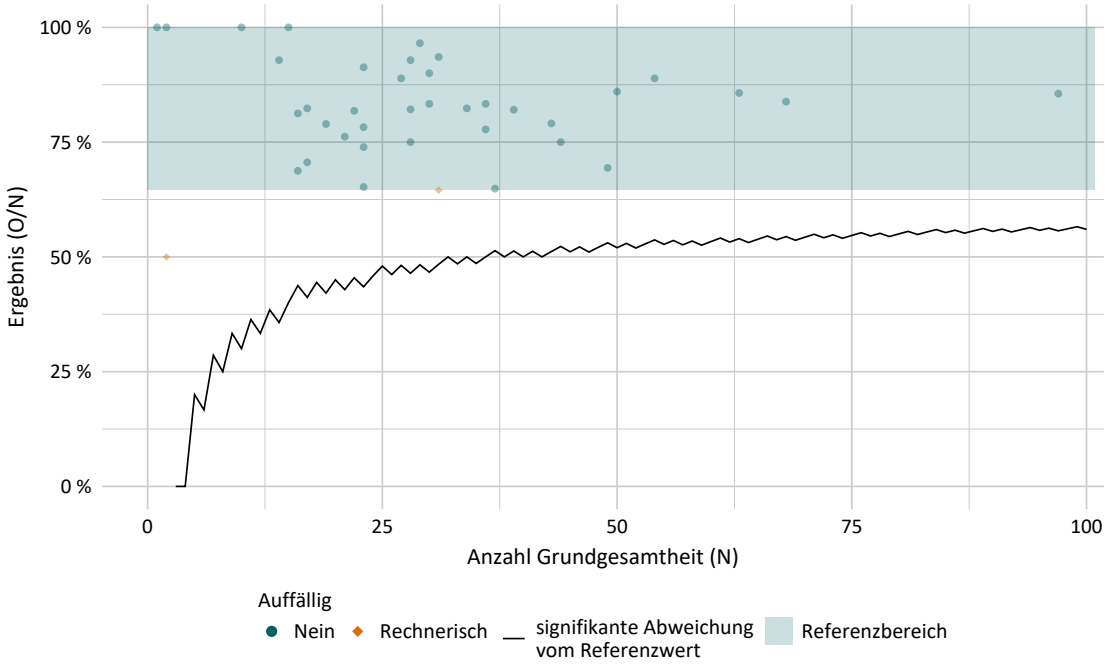
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	1.006 / 1.207	83,35	81,14 - 85,34
	2024	963 / 1.176	81,89	79,58 - 83,98

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	2	50,00	100,00	82,35

572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)

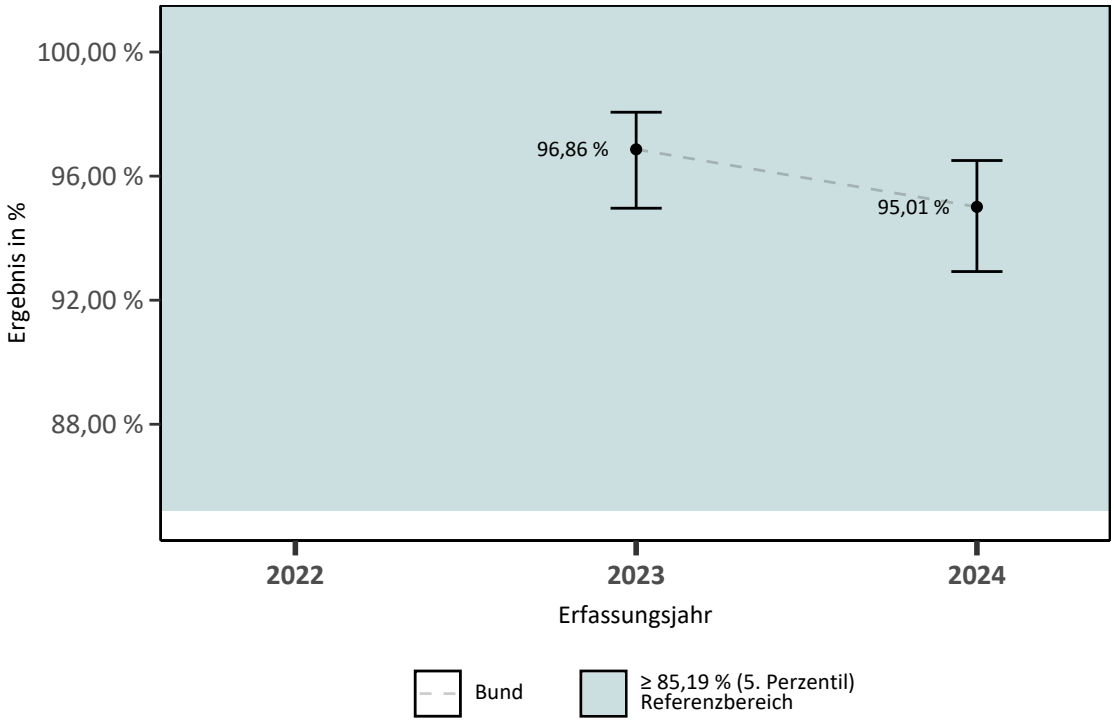
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation aus einer Lebendorganspende im Zeitraum 01.10.2023 bis zum 30.09.2024 ohne Retransplantation innerhalb von 90 Tagen, mit bekanntem Follow-up-Status ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Referenzbereich	≥ 85,19 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

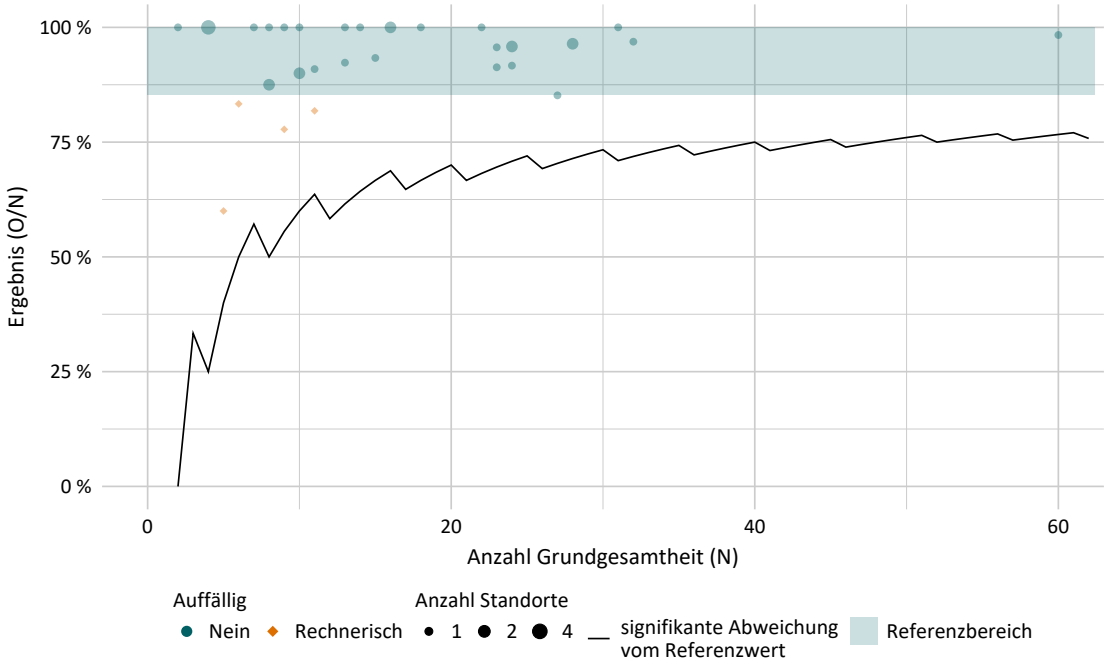
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	494 / 510	96,86	94,96 - 98,06
	2024	552 / 581	95,01	92,92 - 96,50

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	37	4	60,00	100,00	96,43

572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation

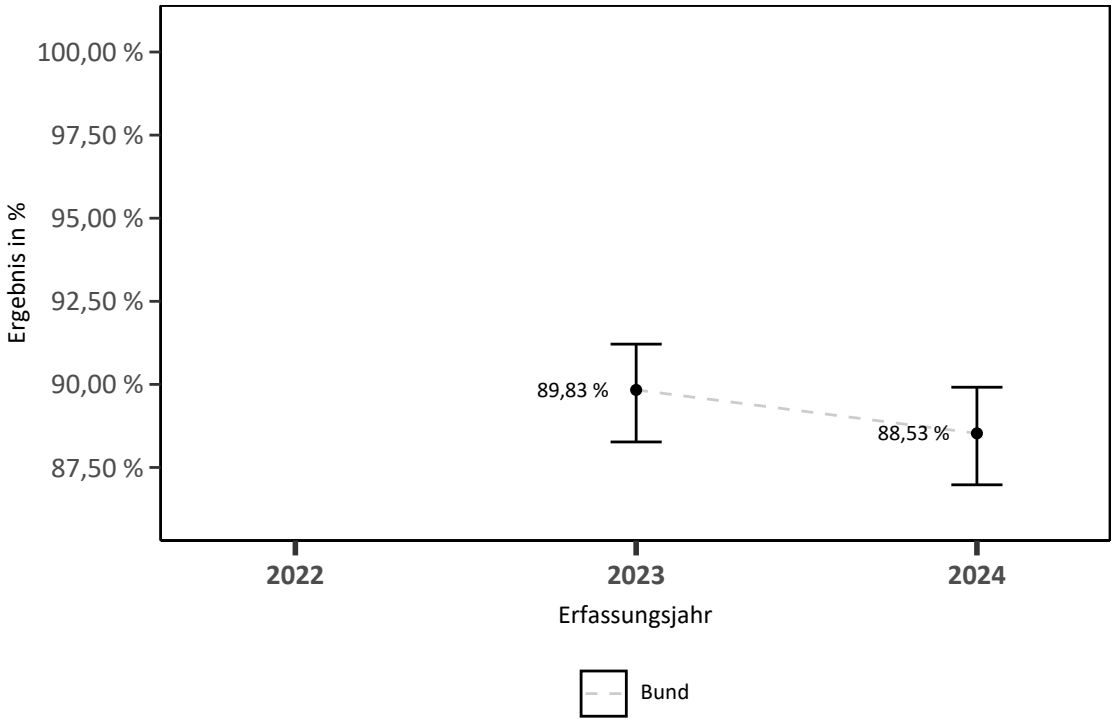
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation verstorben sind und ohne dokumentiertes Transplantatversagen. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

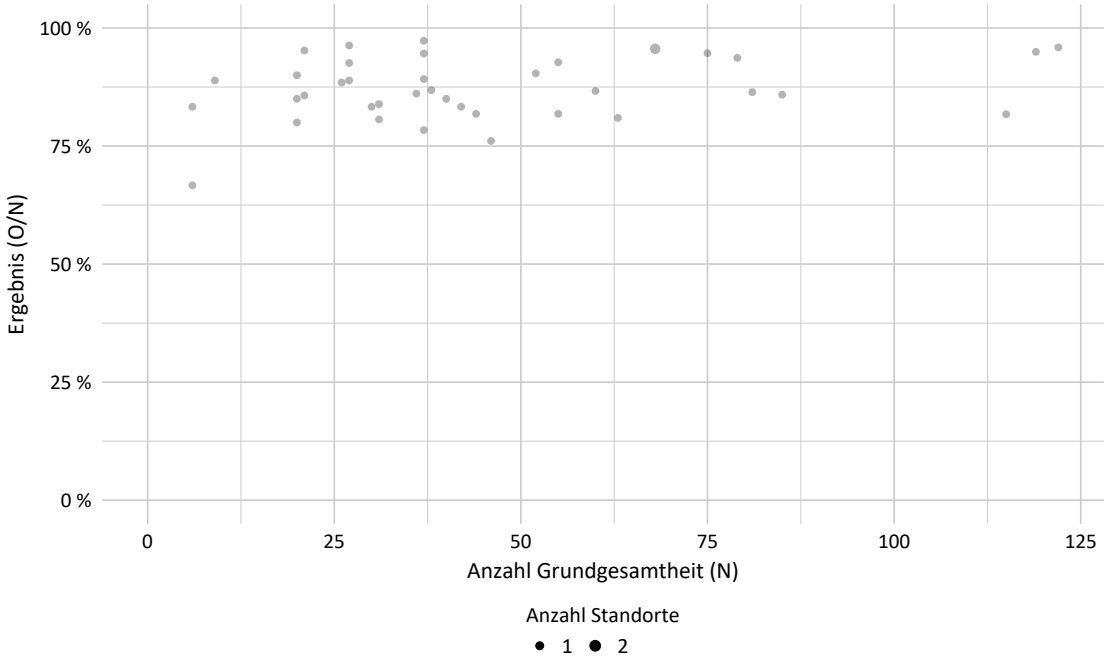
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	1.458 / 1.623	89,83	88,27 - 91,21
	2024	1.605 / 1.813	88,53	86,98 - 89,91

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	0	66,67	97,30	86,67

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 57_22054 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2023 ohne Retransplantation in 2024[7]	99,65 % 2.014/2.021
9.1.1	ID: 57_22055 davon mit zeitgerechtem 1-Jahres-Follow-up	97,17 % 1.957/2.014
9.1.1.1	ID: 57_22056 davon mit Follow-up-Angaben zur Transplantatfunktion und ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen	92,64 % 1.813/1.957
9.1.1.1.1	ID: 57_22057 davon mit guter Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation (GFR > 60 ml/min)	38,28 % 694/1.813
9.1.1.1.2	ID: 57_22058 davon mit mäßiger Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation (GFR ≥ 30 und ≤ 60 ml/min)	50,25 % 911/1.813
9.1.1.1.3	**ID: 572026** **Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation**	88,53 % 1.605/1.813

[7] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation

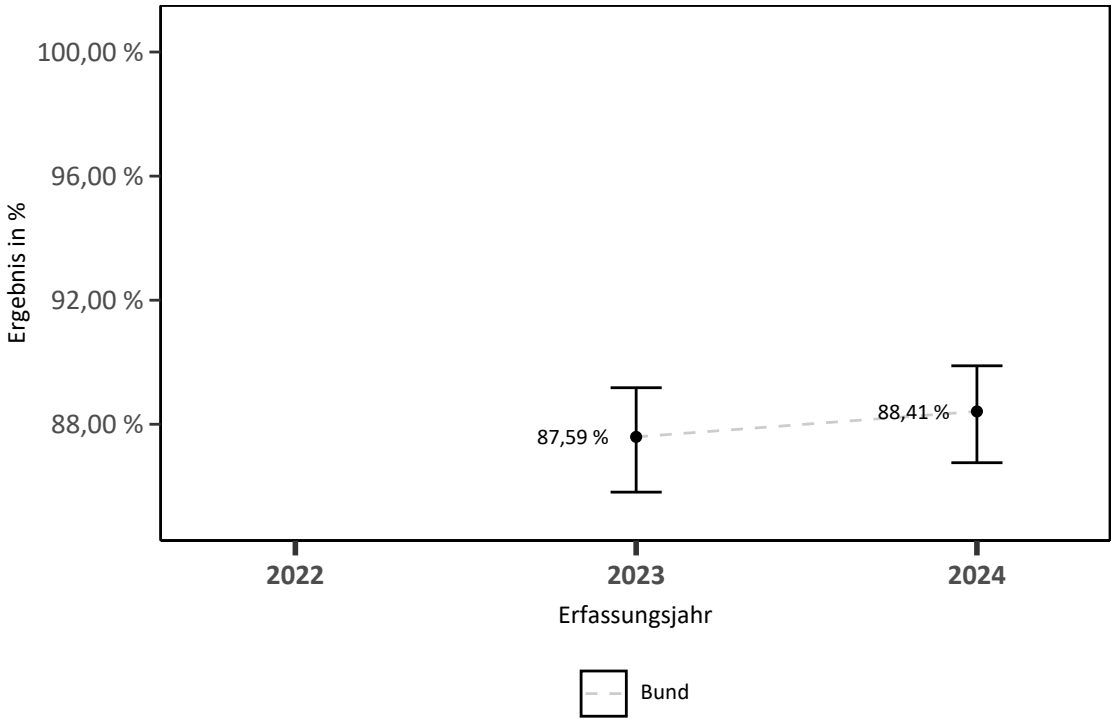
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von zwei Jahren nach der Transplantation verstorben sind und ohne dokumentiertes Transplantatversagen. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

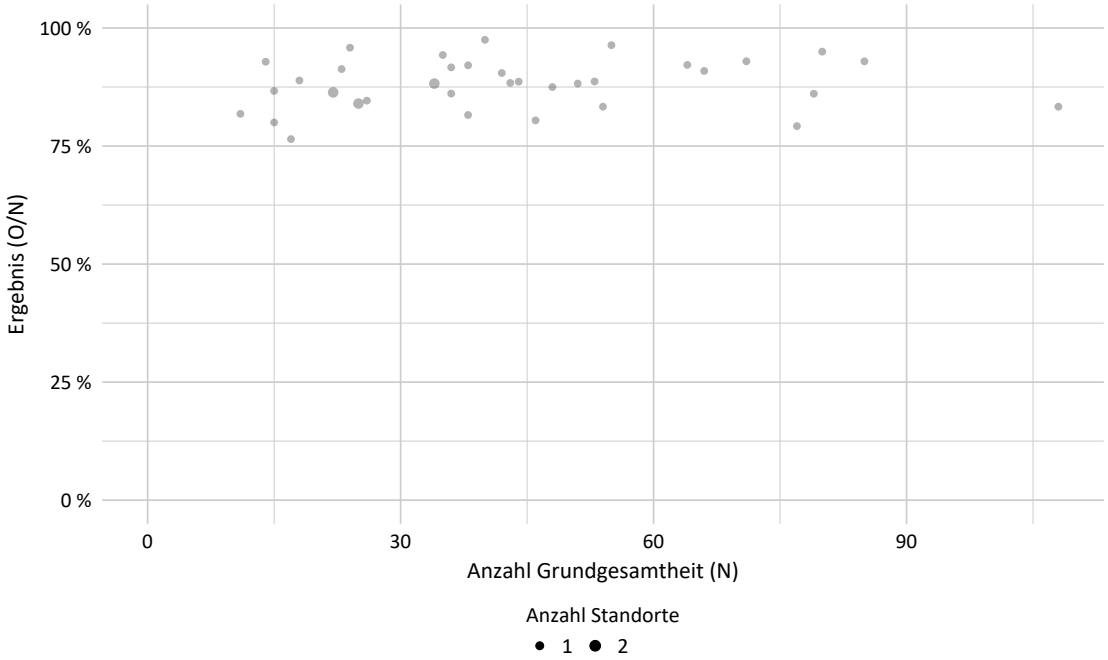
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	1.292 / 1.475	87,59	85,81 - 89,18
	2024	1.427 / 1.614	88,41	86,76 - 89,88

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	38	0	76,47	97,50	88,24

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	ID: 57_22059 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2022 ohne Retransplantation in 2023 und 2024[8]	99,63 % 1.877/1.884
10.1.1	ID: 57_22060 davon mit zeitgerechtem 2-Jahres-Follow-up	96,96 % 1.820/1.877
10.1.1.1	ID: 57_22061 davon mit Follow-up-Angaben zur Transplantatfunktion und ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen	88,68 % 1.614/1.820
10.1.1.1.1	ID: 57_22062 davon mit guter Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation (GFR > 60 ml/min)	35,75 % 577/1.614
10.1.1.1.2	ID: 57_22063 davon mit mäßiger Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation (GFR ≥ 30 und ≤ 60 ml/min)	52,73 % 851/1.614
10.1.1.1.3	**ID: 572027** **Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation**	88,41 % 1.427/1.614

[8] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation

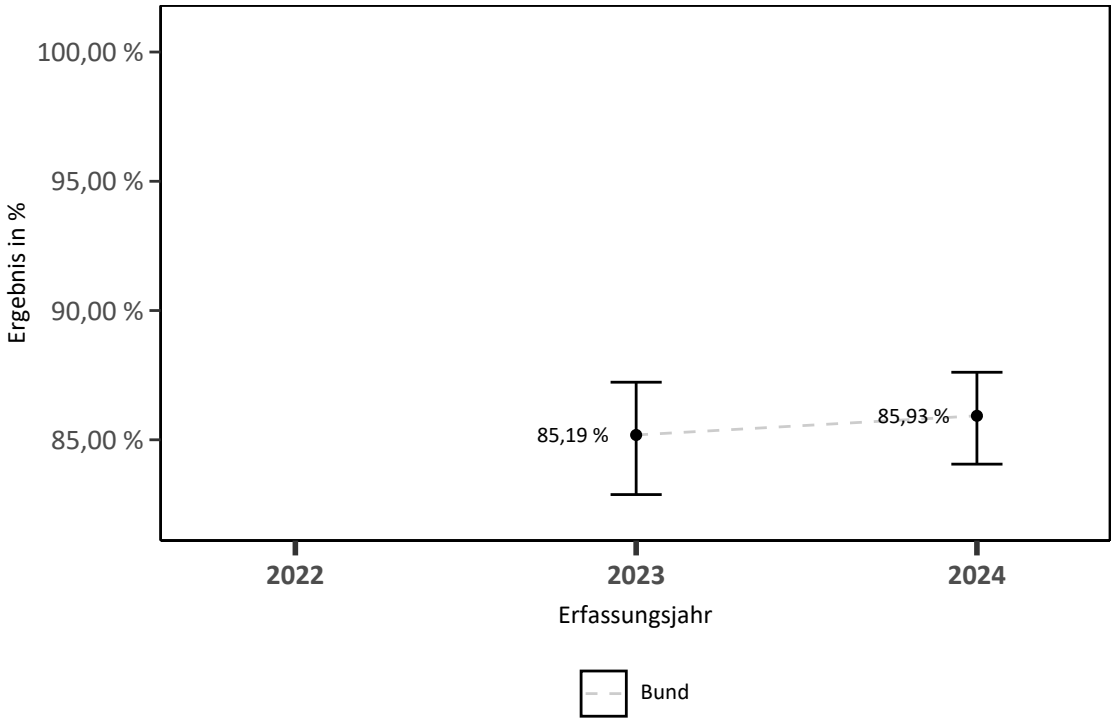
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von drei Jahren nach der Transplantation verstorben sind und ohne dokumentiertes Transplantatversagen. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

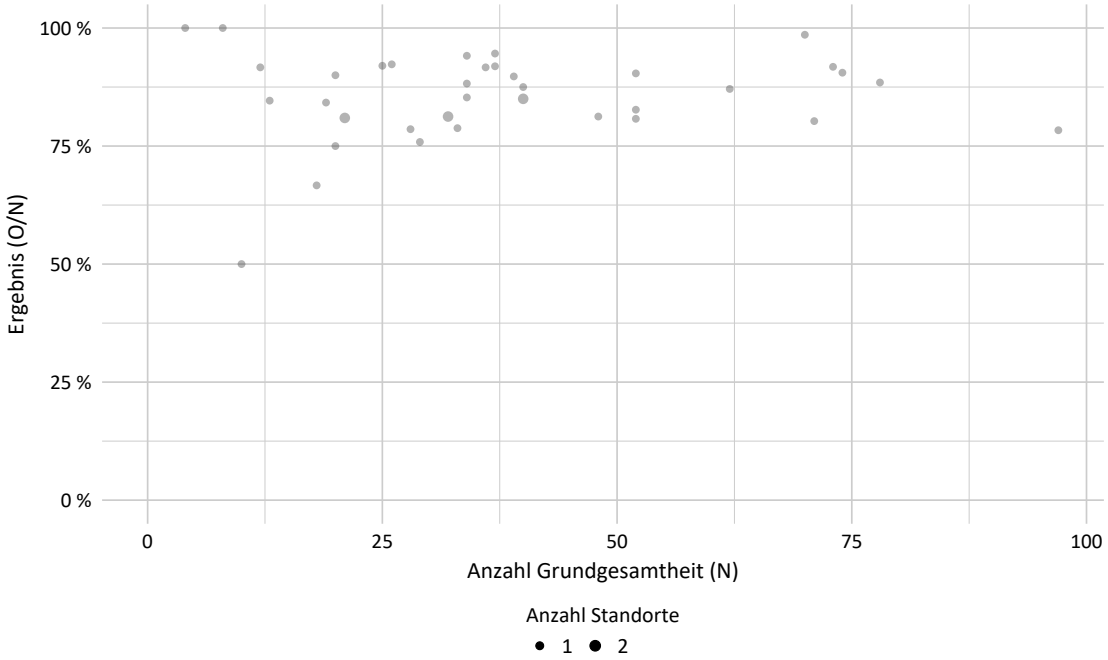
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	874 / 1.026	85,19	82,88 - 87,23
	2024	1.264 / 1.471	85,93	84,06 - 87,61

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	0	50,00	100,00	85,29

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
11.1	ID: 57_22064 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2021 ohne Retransplantation in 2022 bis 2024[9]	99,01 % 1.799/1.817
11.1.1	ID: 57_22065 davon mit zeitgerechtem 3-Jahres-Follow-up	96,33 % 1.733/1.799
11.1.1.1	ID: 57_22066 davon mit Follow-up-Angaben zur Transplantatfunktion und ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen	84,88 % 1.471/1.733
11.1.1.1.1	ID: 57_22067 davon mit guter Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation (GFR > 60 ml/min)	37,46 % 551/1.471
11.1.1.1.2	ID: 57_22068 davon mit mäßiger Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation (GFR ≥ 30 und ≤ 60 ml/min)	48,47 % 713/1.471
11.1.1.1.3	**ID: 572028** **Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation**	85,93 % 1.264/1.471

[9] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein

572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

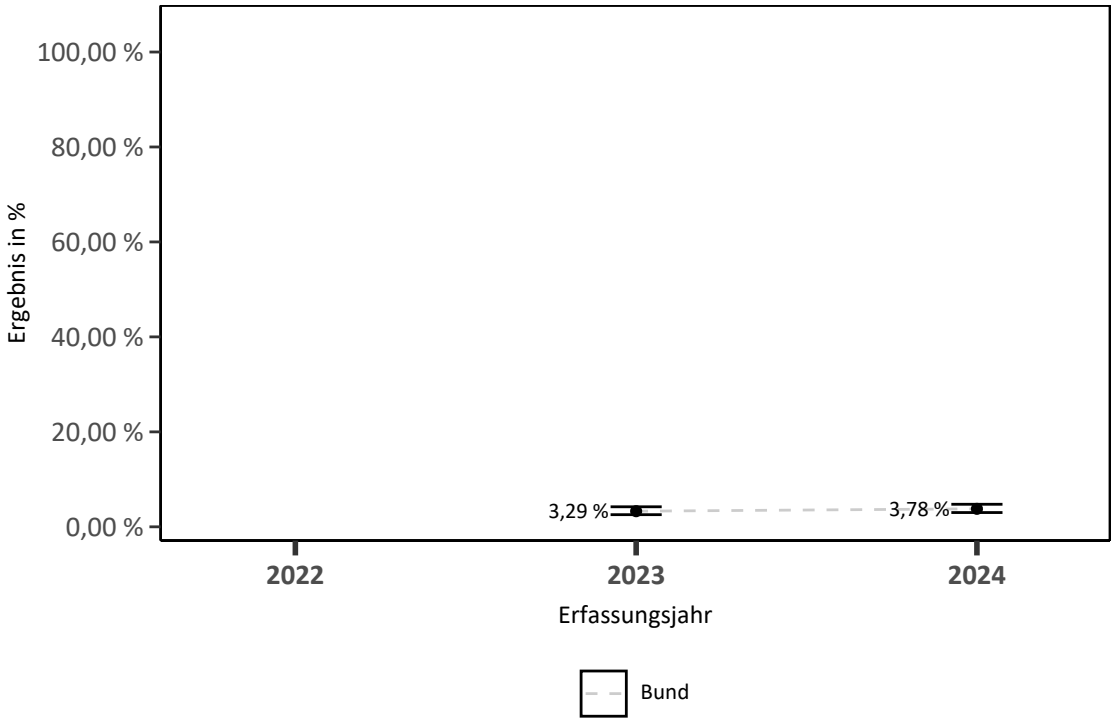
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2023 bis zum 30.09.2024 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und für die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tagen eine Abstoßung dokumentiert wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

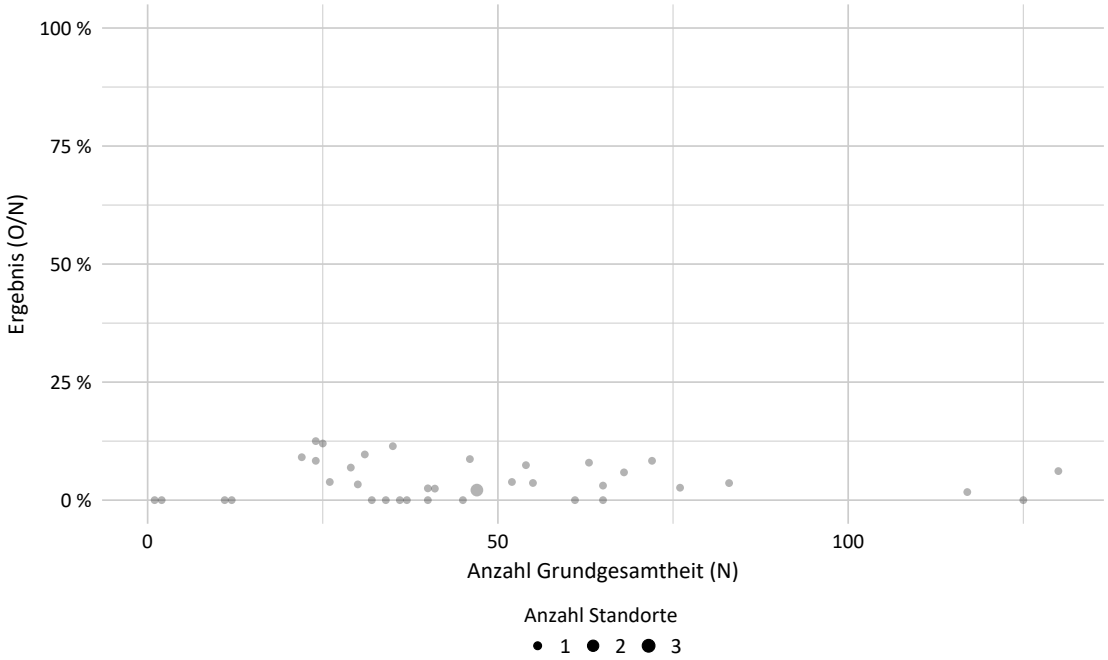
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	59 / 1.794	3,29	2,56 - 4,22
	2024	70 / 1.850	3,78	3,01 - 4,75

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	0	0,00	12,50	2,63

572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

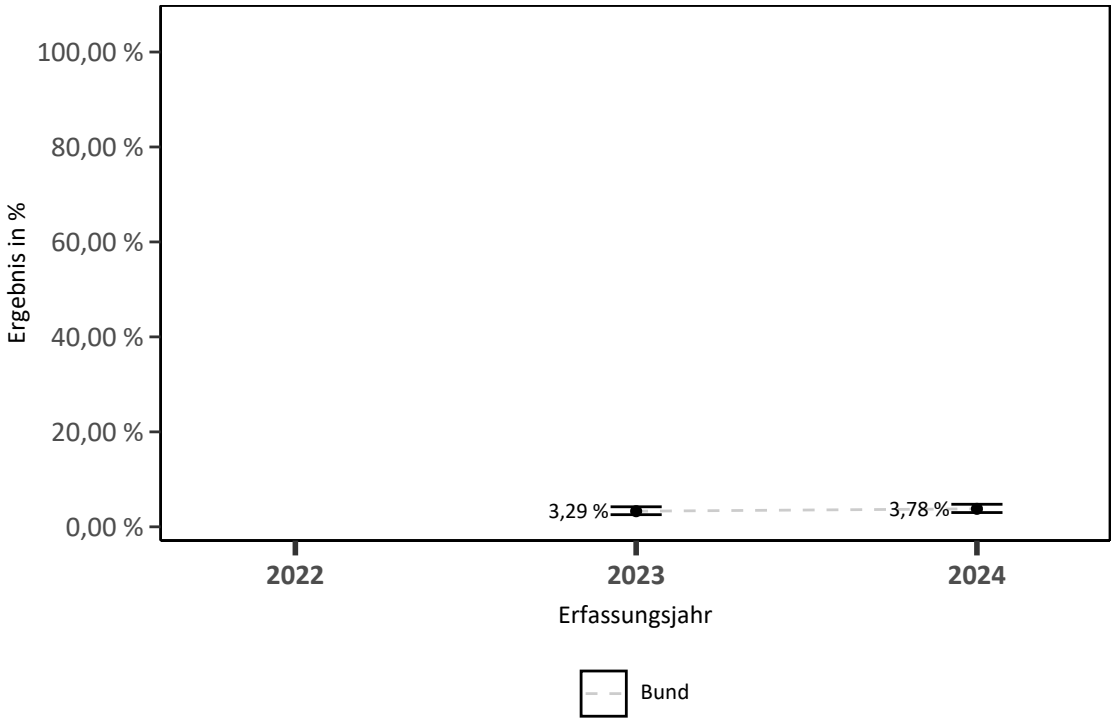
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2023 bis zum 30.09.2024 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und für die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tagen eine Abstoßung dokumentiert wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

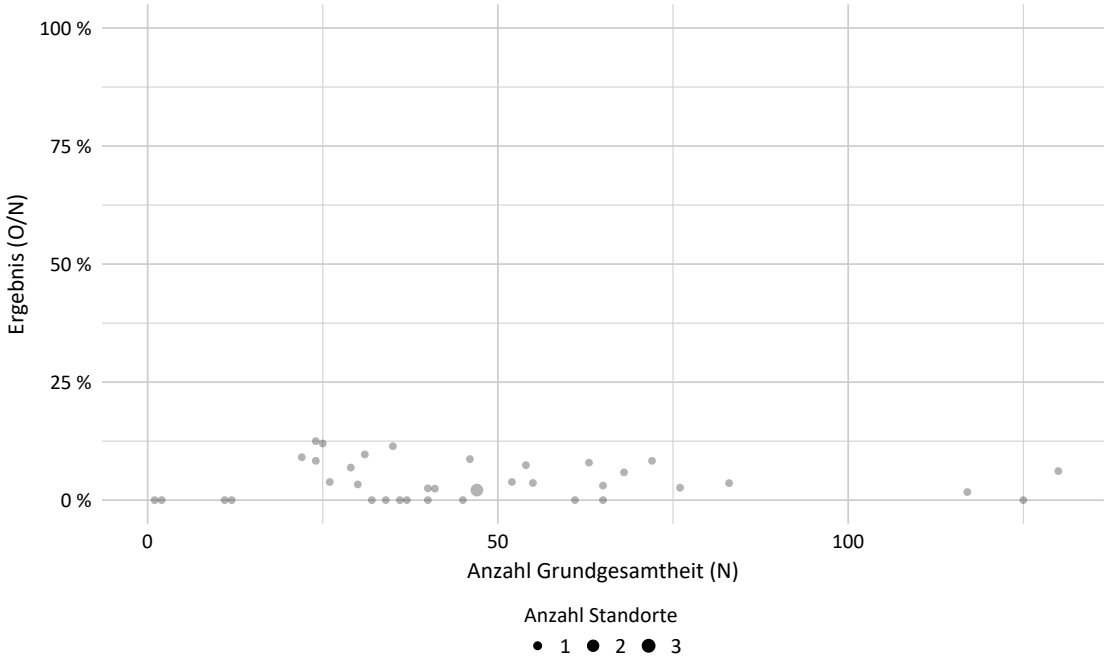
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	59 / 1.794	3,29	2,56 - 4,22
	2024	70 / 1.850	3,78	3,01 - 4,75

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	0	0,00	12,50	2,63

572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

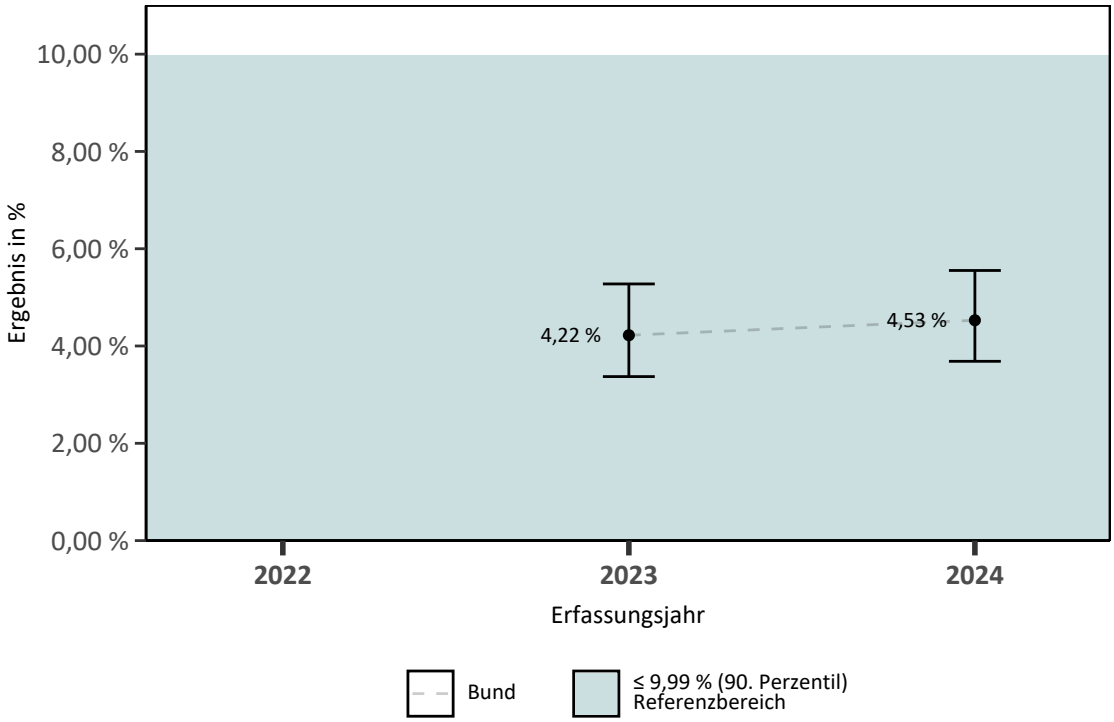
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation verstorben sind
Zähler	Transplantationen, bei denen innerhalb des 1. Jahres nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde
Referenzbereich	≤ 9,99 % (90. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

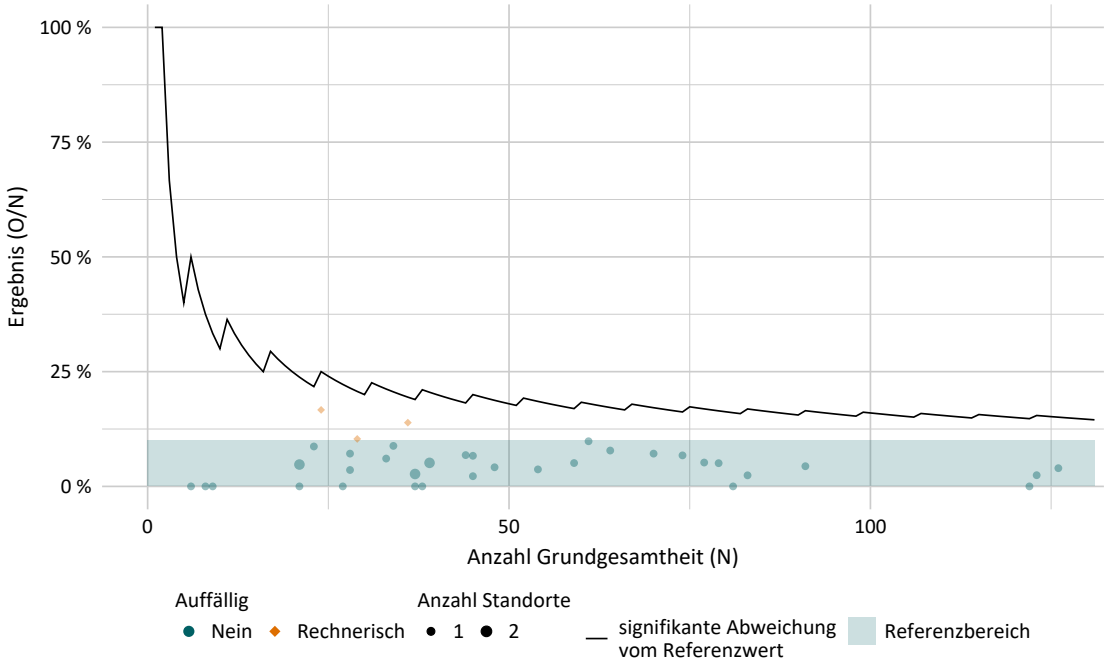
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	73 / 1.729	4,22	3,37 - 5,28
	2024	87 / 1.921	4,53	3,69 - 5,55

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	3	0,00	16,67	4,76

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
13.1	ID: 57_22078 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2023 ohne Retransplantation in 2024[10]	99,51 % 2.014/2.024
13.1.1	ID: 57_22079 davon lebend entlassen	99,11 % 1.996/2.014
13.1.1.1	ID: 57_22080 Status "Transplantatversagen" nach 1 Jahr bekannt	97,04 % 1.937/1.996
13.1.1.1.1	ID: 57_22081 Patientinnen und Patienten ohne Transplantatversagen	95,46 % 1.849/1.937
13.1.1.1.2	ID: 57_22082 Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen innerhalb von 1 Jahr	4,54 % 88/1.937
13.1.1.2	ID: 57_22084 Status "Transplantatversagen" nach 1 Jahr unbekannt	2,96 % 59/1.996
13.1.2	**ID: 572032** **Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation**	4,53 % 87/1.921

[10] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
13.2	Verlauf kein Transplantatversagen innerhalb von 1 Jahr	
13.2.1	ID: 57_22085 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2023	99,11 % 1.996/2.014
13.2.2	Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen	
13.2.2.1	ID: 57_22086 Innerhalb 1-Jahres: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	95,36 % 1.850/1.940
13.2.2.2	ID: 57_22087 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	95,53 % 1.924/2.014
13.2.2.3	ID: 57_22088 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	91,86 % 1.850/2.014

572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation

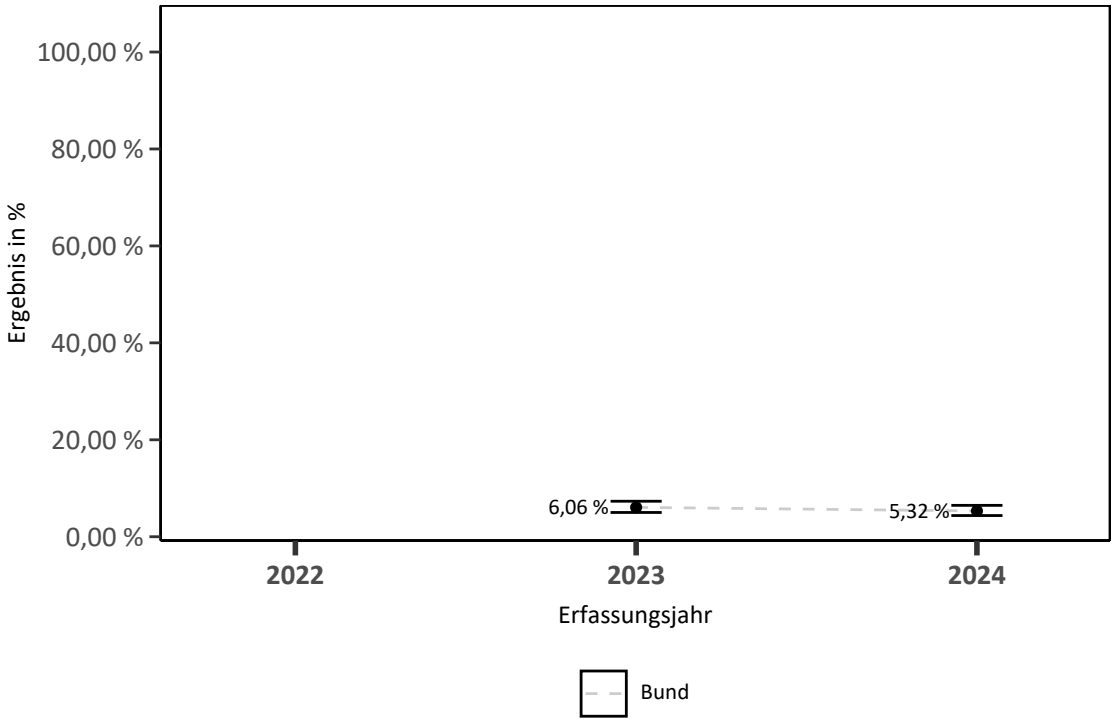
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von zwei Jahren nach der Transplantation verstorben sind
Zähler	Transplantationen, bei denen innerhalb von 2 Jahren nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

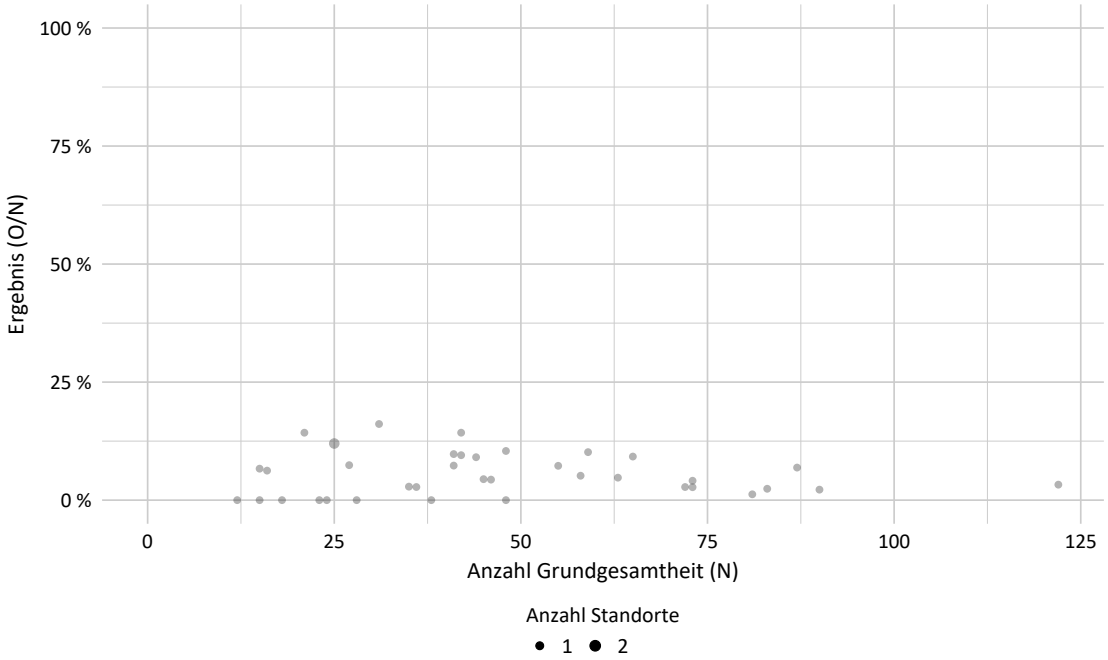
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	99 / 1.634	6,06	5,00 - 7,32
	2024	94 / 1.767	5,32	4,37 - 6,47

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	38	0	0,00	16,13	4,60

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
14.1	ID: 57_22089 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2022 ohne Retransplantation in 2023 und 2024[11]	99,58 % 1.877/1.885
14.1.1	ID: 57_22090 davon ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen innerhalb von 1 Jahr	93,93 % 1.763/1.877
14.1.1.1	ID: 57_22091 Status "Transplantatversagen" nach 2 Jahren bekannt	97,28 % 1.715/1.763
14.1.1.1.1	ID: 57_22092 Patientinnen und Patienten ohne Transplantatversagen	98,48 % 1.689/1.715
14.1.1.1.2	ID: 57_22093 Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren	1,52 % 26/1.715
14.1.1.2	ID: 57_22095 Status "Transplantatversagen" nach 2 Jahren unbekannt	2,72 % 48/1.763
14.1.2	**ID: 572033** **Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation**	5,32 % 94/1.767

[11] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
14.2	Verlauf kein Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren	
14.2.1	ID: 57_22096 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2022	99,15 % 1.861/1.877
14.2.2	Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen	
14.2.2.1	ID: 57_22097 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	95,86 % 1.760/1.836
14.2.2.2	ID: 57_22098 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	95,95 % 1.801/1.877
14.2.2.3	ID: 57_22099 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	93,77 % 1.760/1.877
14.2.3	Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen	
14.2.3.1	ID: 57_22100 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	94,31 % 1.691/1.793

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
14.2.3.2	ID: 57_22101 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	94,57 % 1.775/1.877
14.2.3.3	ID: 57_22102 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	90,09 % 1.691/1.877

572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation

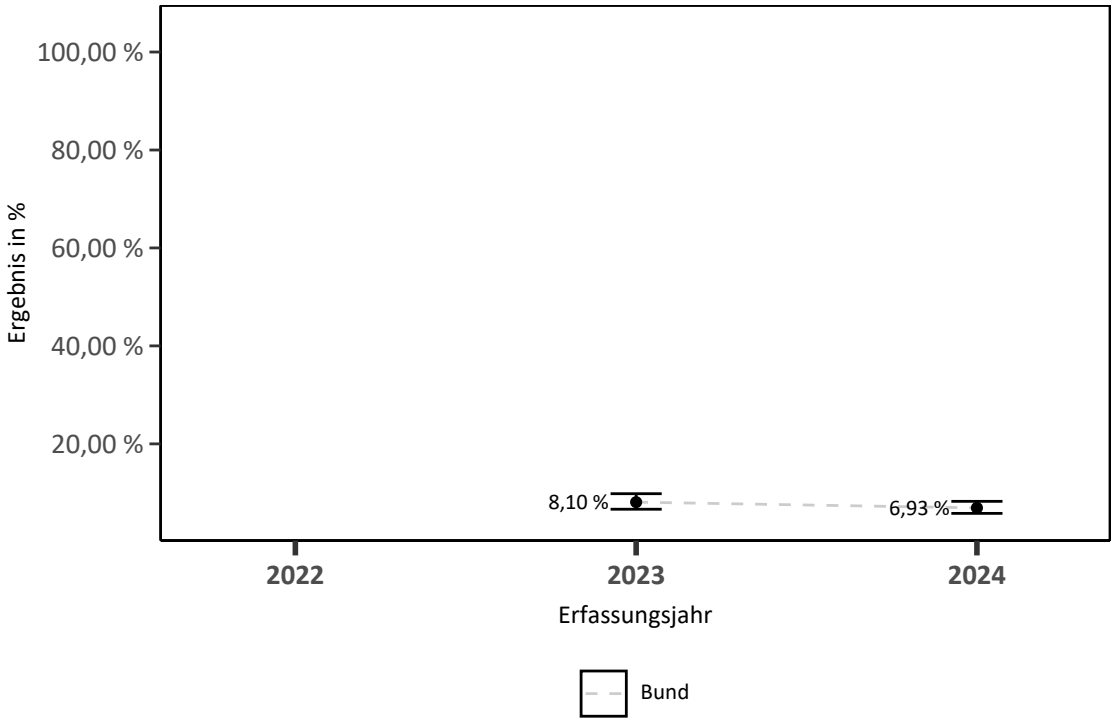
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von drei Jahren nach der Transplantation verstorben sind
Zähler	Transplantationen, bei denen innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

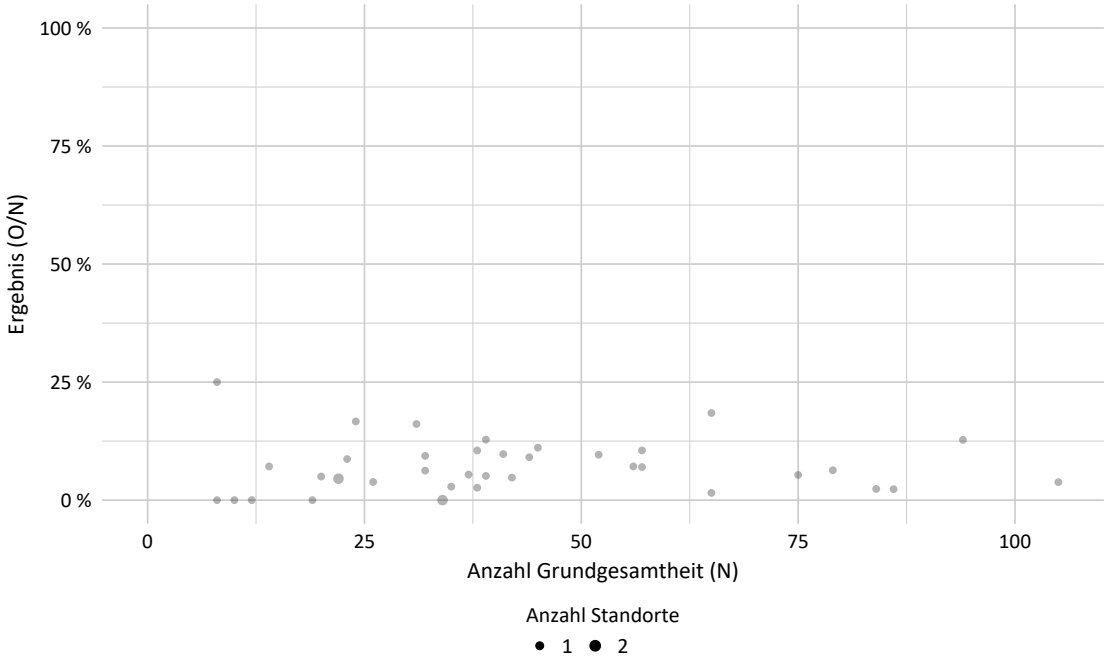
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	93 / 1.148	8,10	6,66 - 9,82
	2024	114 / 1.644	6,93	5,80 - 8,27

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	0	0,00	25,00	5,41

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
15.1	ID: 57_22103 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2021 ohne Retransplantation in 2022 bis 2024[12]	99,01 % 1.799/1.817
15.1.1	ID: 57_22104 davon ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren	89,88 % 1.617/1.799
15.1.1.1	ID: 57_22105 Status "Transplantatversagen" nach 3 Jahren bekannt	96,54 % 1.561/1.617
15.1.1.1.1	ID: 57_22106 Patientinnen und Patienten ohne Transplantatversagen	98,85 % 1.543/1.561
15.1.1.1.2	ID: 57_22107 Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren	1,15 % 18/1.561
15.1.1.2	ID: 57_22109 Status "Transplantatversagen" nach 3 Jahren unbekannt	3,46 % 56/1.617
15.1.2	**ID: 572034** **Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation**	6,93 % 114/1.644

[12] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
15.2	Verlauf kein Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren	
15.2.1	ID: 57_22110 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2021	98,89 % 1.779/1.799
15.2.2	Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen	
15.2.2.1	ID: 57_22111 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	95,38 % 1.672/1.753
15.2.2.2	ID: 57_22112 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	95,50 % 1.718/1.799
15.2.2.3	ID: 57_22113 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	92,94 % 1.672/1.799
15.2.3	Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen	
15.2.3.1	ID: 57_22114 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	93,46 % 1.614/1.727

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
15.2.3.2	ID: 57_22115 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	93,72 % 1.686/1.799
15.2.3.3	ID: 57_22116 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	89,72 % 1.614/1.799
15.2.4	Innerhalb 3 Jahre: kein Transplantatversagen	
15.2.4.1	ID: 57_22117 Innerhalb 3 Jahre: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	92,21 % 1.551/1.682
15.2.4.2	ID: 57_22118 Innerhalb 3 Jahre: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	92,72 % 1.668/1.799
15.2.4.3	ID: 57_22119 Innerhalb 3 Jahre: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	86,21 % 1.551/1.799

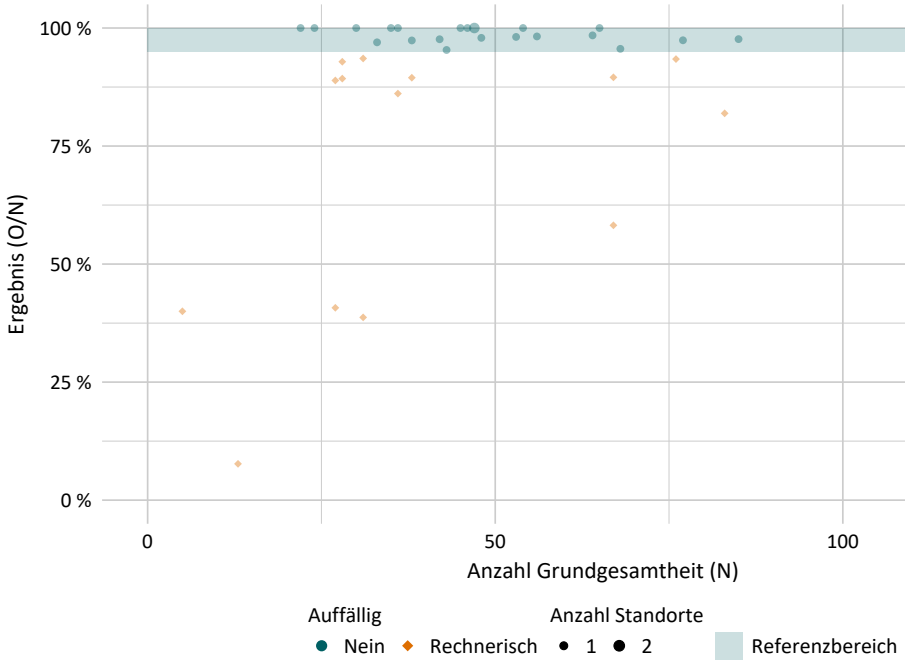
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852210: Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierentransplantation (NET-NTX).
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit einer isolierten Nierentransplantation im Zeitraum 01.10.2023 bis 30.09.2024. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 90-Tages-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	14	7,69	100,00	97,37

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	1.847 / 1.999	92,40	35,90 % 14 / 39

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Alle Nieren-, Pankreas-, oder Pankreas-Nieren-Transplantationen	2.103	100,00
Anzahl isolierter Nierentransplantation, simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK) oder Nierentransplantation in Kombination mit anderen Organen	2.095	99,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen	**N = 2.103**	
Durchgeführte Transplantation		
(1) isolierte Nierentransplantation	2.014	95,77
davon		
1 Organ	1.995	99,06
2 Organe	19	0,94
(2) simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	66	3,14
(3) Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	4	0,19
(4) isolierte Pankreastransplantation	4	0,19
(5) Kombination Niere mit anderen Organen	15	0,71
(6) Kombination Pankreas mit anderen Organen	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.060**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	91	4,42
1. Quartal	545	26,46
2. Quartal	509	24,71
3. Quartal	538	26,12
4. Quartal	377	18,30
Entlassungsquartal		
1. Quartal	499	24,22
2. Quartal	512	24,85
3. Quartal	555	26,94
4. Quartal	496	24,08

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[13]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	2.093
Minimum	1,00
5. Perzentil	9,00
25. Perzentil	12,00
Median	16,00
Mittelwert	20,39
75. Perzentil	23,00
95. Perzentil	45,00
Maximum	264,00

[13] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger

Die Auswertung bezieht sich auf alle (letzte) Transplantationen der Art „Isolierte Nierentransplantation“, SPK und „Kombination Niere mit anderen Organen“.

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.060**	
Geschlecht		
(1) männlich	1.291	62,67
(2) weiblich	768	37,28
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	≤3	x

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.060**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	0	0,00
1 - 9 Jahre	46	2,23
10 - 19 Jahre	70	3,40
20 - 29 Jahre	133	6,46
30 - 39 Jahre	286	13,88
40 - 49 Jahre	334	16,21
50 - 59 Jahre	494	23,98
60 - 69 Jahre	550	26,70
70 - 79 Jahre	144	6,99
≥ 80 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	2.060
Minimum	1,00
5. Perzentil	17,00
25. Perzentil	39,00
Mittelwert	49,89
Median	53,00
75. Perzentil	64,00
95. Perzentil	71,00
Maximum	81,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 2.058**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	137	6,66
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	891	43,29
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	683	33,19
Adipositas (≥ 30)	349	16,96

Befunde Empfängerinnen und Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.060**	
renale Grunderkrankung[14]		
Glomerulonephritis	528	25,63
sekundäre Glomerulonephritis	66	3,20
Zystische Nierenerkrankung	347	16,84
Interstitielle Nephritis	116	5,63
Diabetes mellitus	152	7,38
Vaskuläre Nierenerkrankung	130	6,31
sonstige	722	35,05

[14] Schlüssel 1

	Bund (gesamt)	
	n	%
Diabetes mellitus		
(0) kein Diabetes mellitus	1.815	88,11
(1) Diabetes mellitus, diätetisch behandelt	44	2,14
(2) Diabetes mellitus, orale Medikation	17	0,83
(3) Diabetes mellitus, mit Insulin behandelt	178	8,64
(4) Diabetes mellitus, unbehandelt	6	0,29
Dialysetherapie		
(0) nein	206	10,00
(1) ja	1.854	90,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		
1 = HU (High Urgency)	5	0,24
2 = ACO (Approved Combined Organ)	≤3	x
3 = T (Transplantable)	1.697	81,98
4 = SU (Special Urgency)	≤3	x
5 = I (Immunized)	360	17,39
6 = HI (High Immunized)	6	0,29
Blutgruppe der Empfängerinnen und Empfänger		
(1) A	928	45,05
(2) B	245	11,89
(3) 0	779	37,82
(4) AB	108	5,24

Basisdaten Spenderinnen und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spenderinnen und Spender	**N = 2.095**	
Geschlecht der Spenderin / des Spenders		
männlich	980	46,78
weiblich	1.115	53,22
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00

	Bund (gesamt)
Spenderalter (Jahre)	
Anzahl Spenderinnen und Spender mit Angabe von Werten > 0	1.944
5. Perzentil	21,00
Median	56,00
Mittelwert	53,20
95. Perzentil	76,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spenderinnen und Spender	**N = 2.095**	
Spendertyp		
(1) hirntot	1.459	69,64
(2) lebend	636	30,36

© IQTIG 2025

	Bund (gesamt)	
	n	%
Hirntote Spenderinnen und Spender	**N = 1.459**	
Todesursache Spenderinnen und Spender		
(216) T_CAPI: Trauma: Schädel	164	11,24
(217) T_OTH: Trauma: Nicht anderweitig klassifizierbar	18	1,23
(218) CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar	204	13,98
(220) RESP: Atmung, nicht anderweitig klassifizierbar	27	1,85
(229) CBL: Intrazerebrale Blutung	340	23,30
(230) CID: Ischämischer Insult	111	7,61
(234) SAB: Subarachnoidalblutung	326	22,34

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Spenderinnen und Spender mit Angabe von Werten	2.095
Median	0,80
Mittelwert	0,95
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Spenderinnen und Spender mit Angabe von Werten	2.095
Median	70,72
Mittelwert	84,30

Blutgruppen-Kompatibilität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit Lebendorgan	**N = 636**	
Blutgruppen-inkompatible Nierentransplantationen (Lebendorgan)		
AB0-inkompatible Nierentransplantationen	147	23,11
AB0-kompatible Nierentransplantationen	489	76,89

Blutgruppen-Kompatibilität (Lebendorgan)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

Blutgruppen	Spender = 0	Spender = B	Spender = A	Spender = AB	Spender - Gesamt
Bund (gesamt)					
Empfänger - Gesamt	268 **42,14 %**	64 **10,06 %**	278 **43,71 %**	26 **4,09 %**	636 **100,00 %**
Empfänger = AB	≤3 **x %**	5 **20,83 %**	14 **58,33 %**	≤3 **x %**	24 **100,00 %**
Empfänger = A	85 **28,91 %**	20 **6,80 %**	178 **60,54 %**	11 **3,74 %**	294 **100,00 %**
Empfänger = B	31 **41,33 %**	21 **28,00 %**	17 **22,67 %**	6 **8,00 %**	75 **100,00 %**
Empfänger = 0	150 **61,73 %**	18 **7,41 %**	69 **28,40 %**	6 **2,47 %**	243 **100,00 %**

Transplantation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 2.095**	
OPS[15]		
(5-528.1) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation eines Pankreassegmentes	0	0,00
(5-528.2) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)	66	3,15
(5-528.4) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-528.5) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.0) Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender	638	30,45
(5-555.1*) Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere	1.441	68,78
(5-555.2) Nierentransplantation: Syngen	≤3	x
(5-555.5) Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat	8	0,38
(5-555.6) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthalts	≤3	x
(5-555.7) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts	4	0,19
(5-555.8) Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.x) Nierentransplantation: Sonstige	7	0,33
(5-555.y) Nierentransplantation: N.n.bez.	0	0,00

[15] Mehrfachnennung möglich

Einsatz eines Perfusionssystems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einsatz eines Perfusionssystems		
(0) nein	1.918	91,55
(1) ja, hypotherm	85	4,06
(2) ja, normotherm	0	0,00
(3) ja, hypotherm und normotherm	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 2.095**	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	2.090	99,76
Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
1 = gut	1.952	93,40
2 = mittel	125	5,98
3 = schlecht	13	0,62
(1) ja	5	0,24

Kalte Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Verteilung (Minuten)	
Anzahl Nierentransplantationen mit Angabe von Werten ≥ 30 Minuten bis ≤ 1440 Minuten	2.060
Minimum	30,00
5. Perzentil	134,00
25. Perzentil	213,00
Median	530,00
Mittelwert	535,34
75. Perzentil	763,00
95. Perzentil	1.079,95
Maximum	1.427,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle nicht abgebrochenen Transplantationen	**N = 2.090**	
Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	1.400	66,99
(1) Blutungen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad III, IV oder V fallen	67	3,21
(2) Infektionen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad I, III, IV oder V fallen	53	2,54
(3) Grad III nach Clavien-Dindo (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	303	14,50
(4) Grad IV nach Clavien-Dindo und nicht (nur) aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	37	1,77
(5) Grad IV nach Clavien-Dindo ausschließlich aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	16	0,77
(6) Grad V nach Clavien-Dindo (Tod)	14	0,67
(8) sonstige Komplikationen	108	5,17

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen bei Angabe eines Grades nach Clavien-Dindo-Klassifikation	**N = 476**	
Art der behandlungsbedürftigen schweren intra- oder postoperativen Komplikation(en)[16]		
Blutung	197	41,39
Reoperation erforderlich	242	50,84
sonstige Komplikation	258	54,20

[16] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.060**	
Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung		
(0) nein	77	3,74
(1) ja	1.983	96,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten ohne funktionierendes Nierenimplantat bei Entlassung	**N = 77**	
postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats		
(0) nein	59	76,62
(1) ja	18	23,38

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.060**	
Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme		
ohne postoperative Dialyse	1.549	75,19
mit einer postoperativen Dialyse	187	9,08
mit mehr als einer postoperativen Dialyse	266	12,91

	Bund (gesamt)
Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme (Stunden)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	2.001
Mittelwert	2,64
Median	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
behandlungsbedürftige Abstoßung		
nein	1.879	91,21
ja, Niere	179	8,69
Abstoßung durch Biopsie gesichert		
nein	27	15,08
ja	152	84,92

Entlassung

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung und Angabe von Werten	1.983
Median	1,70
Mittelwert	1,93
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung und Angabe von Werten	1.983
Median	150,28
Mittelwert	170,99

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.060**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.468	71,26
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	528	25,63
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	4	0,19
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	10	0,49
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	12	0,58
(07) Tod	20	0,97
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[17]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	13	0,63
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[18]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[19]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[20]		
(1) ja	7	0,34

[17] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[18] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[19] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[20] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 20**	
Todesursache		
(1) Infektion	9	45,00
(2) kardiovaskulär	6	30,00
(3) cerebrovaskulär	≤3	x
(4) Malignom	0	0,00
(8) andere	4	20,00
(9) unbekannt	0	0,00

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

NET-PNTX: Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 9

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 11

572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 11

Details zu den Ergebnissen 14

572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 15

Details zu den Ergebnissen 18

572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 19

Details zu den Ergebnissen 22

572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 23

Details zu den Ergebnissen 26

312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation 28

572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 30

572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) 33

Details zu den Ergebnissen 36

572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) 37

Details zu den Ergebnissen 40

572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation) 41

Details zu den Ergebnissen 44

572047: Entfernung des Pankreastransplantats 46

Basisauswertung 49

Allgemeine Daten 49

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus 50

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger 51

Geschlecht 51

Patientenalter am Aufnahmetag ... 52
Body Mass Index (BMI) ... 53
Befunde Empfängerinnen und Empfänger ... 54
Basisdaten Spenderinnen und Spender ... 56
Transplantation ... 58
Operation (nach OPS) ... 58
Einsatz eines Perfusionssystems ... 59
Kalte Ischämiezeit ... 60
Postoperativer Verlauf ... 61
Entnahme des Pankreastransplantats ... 62
Entlassung ... 63
Todesursache ... 65

Einleitung

Unter dem Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ werden sowohl die Nierentransplantation, die Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst. Letztere gliedern sich in die Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration und Peritonealdialyse und gehören zu den Blutreinigungsverfahren.

Bei gegebener Indikation findet die Nierentransplantation in Kombination mit einer Pankreastransplantation statt. Um auch Patientinnen und Patienten mit einer solchen kombinierten Transplantation zu betrachten, werden diese in dem QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) eingeschlossen. Aus Praktikabilitätsgründen werden auch Pankreastransplantationen ohne simultane Nierentransplantation einbezogen. Diese äußerst seltenen Eingriffe wurden bislang in der Qualitätssicherung gemeinsam mit der deutlich häufigeren kombinierten Nieren- und Pankreastransplantation erfasst.

Die Transplantation der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) bzw. die kombinierte Pankreas-Nierentransplantation kommt aktuell nur für Typ-1-Diabetikerinnen und -Diabetiker in Betracht, die nach langem Verlauf ihrer Grunderkrankung Endorganschäden, insbesondere eine weit fortgeschrittene Einschränkung der Nierenfunktion, erlitten haben. Bei dieser Patientengruppe werden Bauchspeicheldrüse und Niere gemeinsam transplantiert. Die Kombinationstransplantation verbessert nicht nur die Lebensqualität: Sie ist auch als lebenserhaltender Eingriff zu bewerten, da eine neuerliche diabetische Nierenschädigung verhindert und das Sterberisiko halbiert wird. Aufgrund der Übertragung der insulinproduzierenden Zellen des Pankreas ist dessen Transplantation eine ursächliche Behandlung des insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Das Ziel der Transplantation ist die Wiederherstellung einer ausreichenden körpereigenen Insulinproduktion bzw. gegebenenfalls der Ersatz der geschädigten Niere.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	2.101 2.101 0	2.093	100,38
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	39		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	39	39	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	37	37	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET und zur zukünftigen Patientenbefragung finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die Erfassungsjahre 2023 und 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 5,00 %	x % O = ≤3 N = 129
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 90,00 %	96,00 % O = 96 N = 100
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 80,00 %	93,33 % O = 98 N = 105
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 75,00 %	94,02 % O = 110 N = 117
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation	Sentinel Event	0,03 O = 5 N = 163
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	≥ 75,00 %	84,25 % O = 107 N = 127
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	Transparenzkennzahl	84,00 % O = 84 N = 100
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	Transparenzkennzahl	78,43 % O = 80 N = 102

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	Transparenzkennzahl	79,46 % O = 89 N = 112
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	≤ 20,00 %	11,63 % O = 15 N = 129

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

572036: Sterblichkeit im Krankenhaus

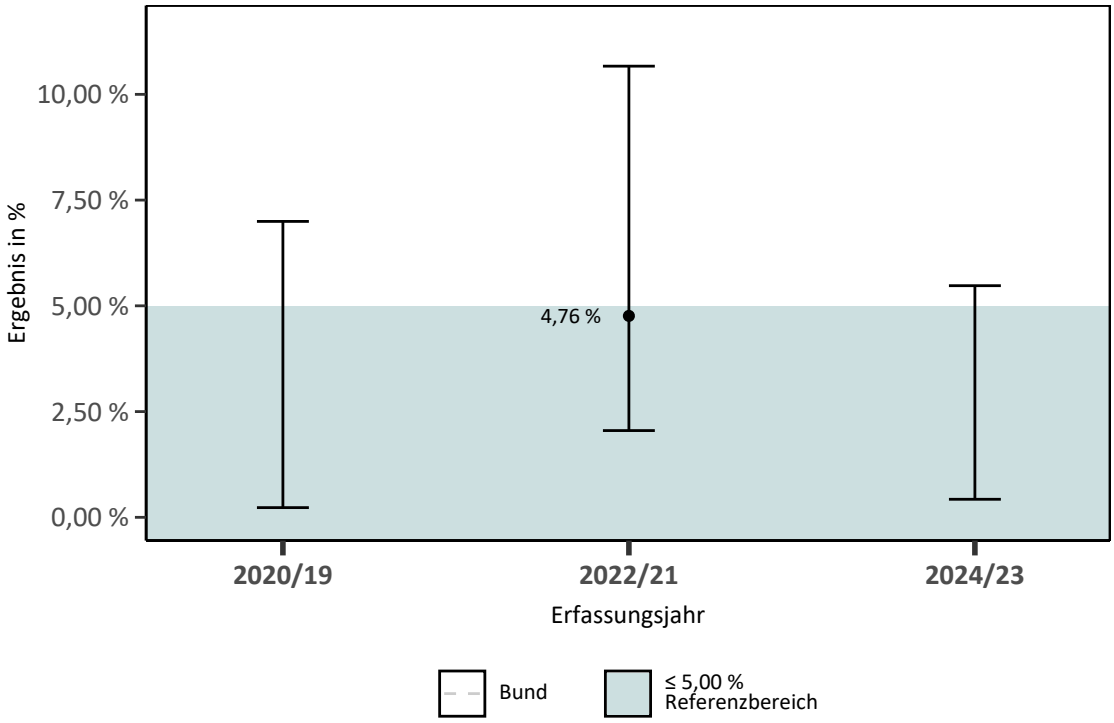
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Transplantationen aller Aufenthalte mit Pankreastransplantationen im Erfassungsjahr 2023 oder 2024
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

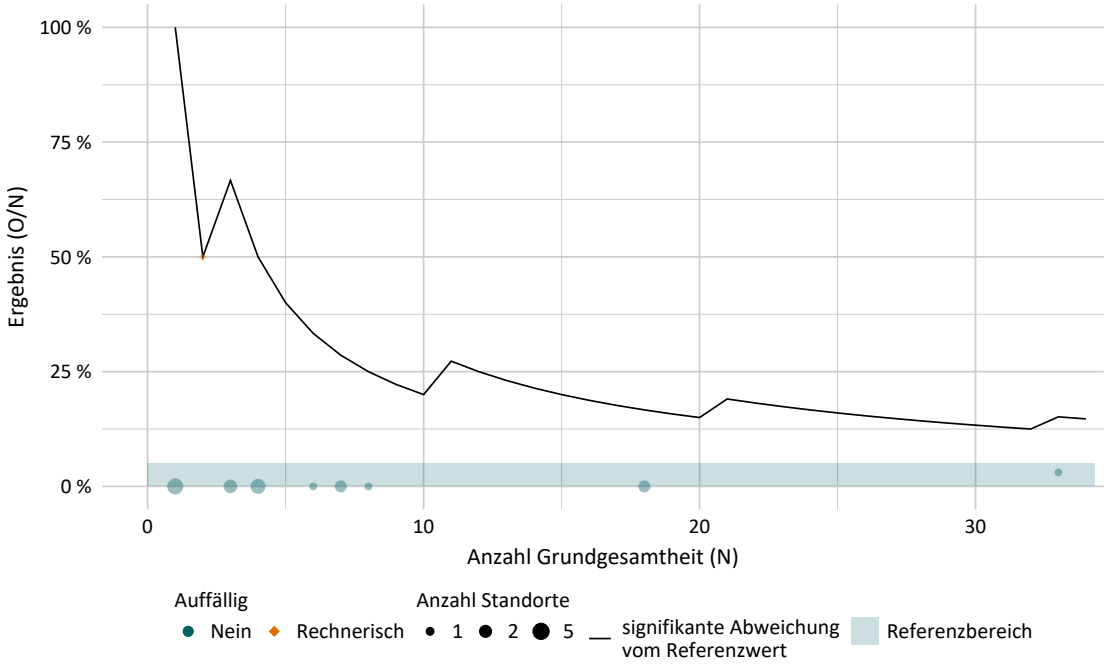
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	≤3 / 77	x	0,23 - 7,00
	2023	5 / 105	4,76	2,05 - 10,67
	2024	≤3 / 129	x	0,43 - 5,48

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	1	0,00	50,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 57_22120 Patientinnen und Patienten mit Entlassung im Erfassungsjahr 2023 oder 2024	100,00 % 129/129
1.1.1	**ID: 572036** **Sterblichkeit im Krankenhaus**	x % ≤3/129
1.1.1.1	ID: 57_22123 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	x % ≤3/119
1.1.1.1.1	davon mit Todesursache	
1.1.1.1.1.1	ID: 57_22124 Infektion	x % ≤3/119
1.1.1.1.1.2	ID: 57_22125 kardiovaskulär	0,00 % 0/119
1.1.1.1.1.3	ID: 57_22126 cerebrovaskulär	0,00 % 0/119
1.1.1.1.1.4	ID: 57_22127 Malignom	0,00 % 0/119
1.1.1.1.1.5	ID: 57_22128 andere Todesursache	0,00 % 0/119
1.1.1.1.1.6	ID: 57_22129 unbekannte Todesursache	0,00 % 0/119
1.1.1.2	ID: 57_22130 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	0,00 % 0/4
1.1.1.3	ID: 57_22131 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit isolierter Pankreastransplantation	0,00 % 0/6
1.1.1.4	ID: 57_22132 Sterblichkeit im Krankenhaus nach Pankreastransplantation in Kombination mit anderen Organen	x % ≤3

572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

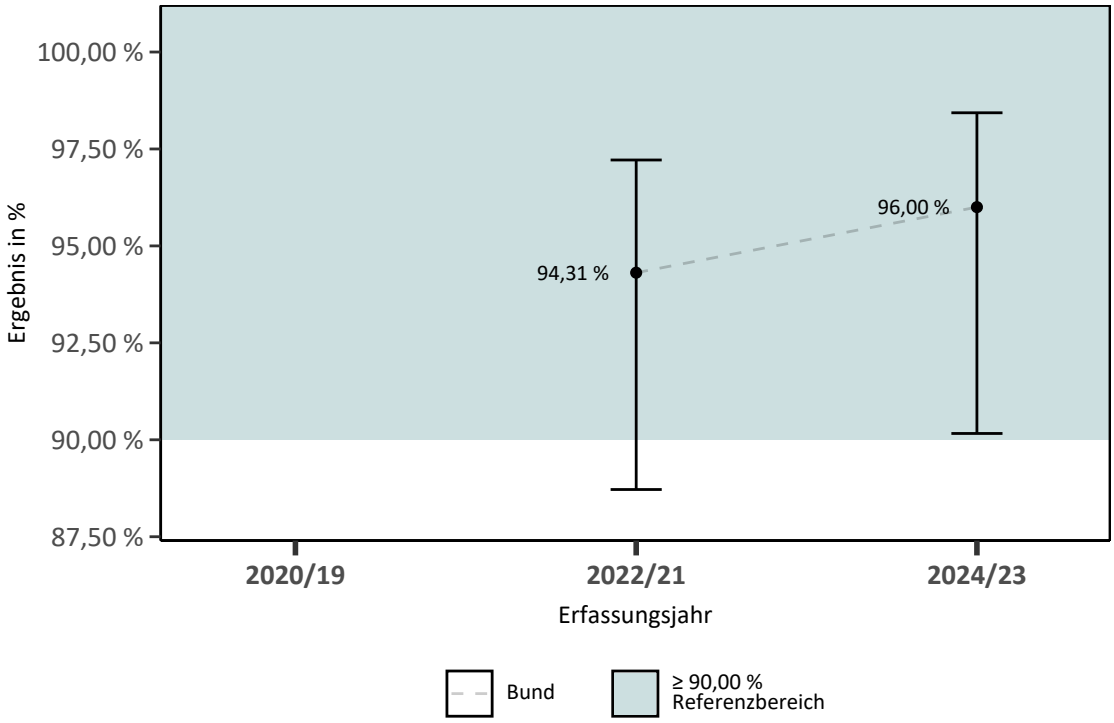
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

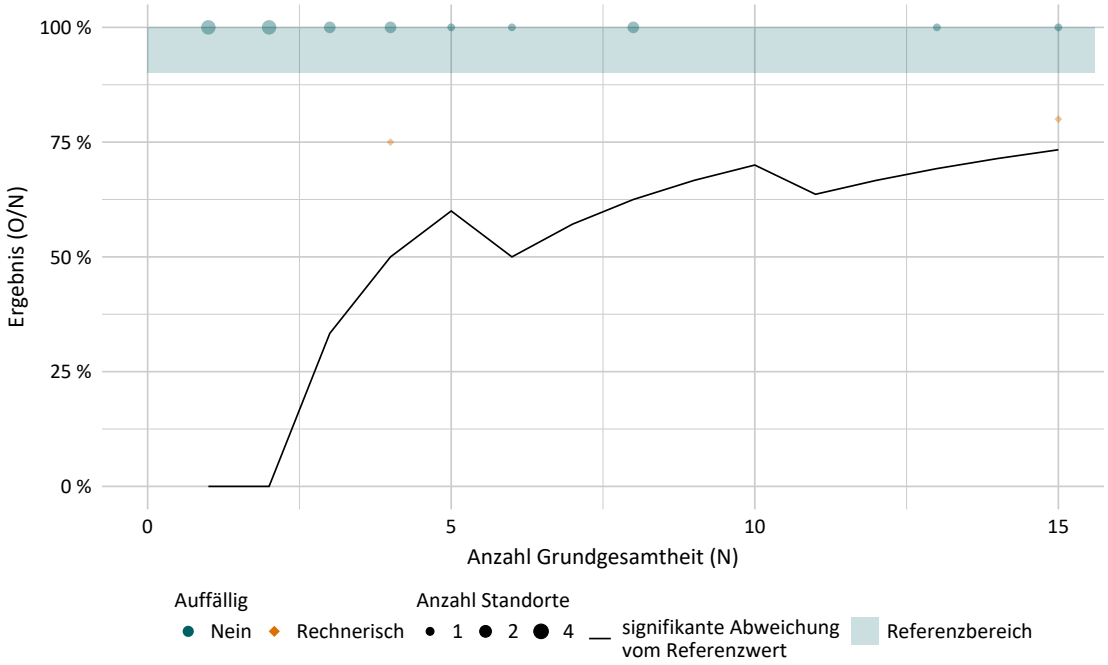
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	116 / 123	94,31	88,72 - 97,22
	2024	96 / 100	96,00	90,16 - 98,43

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	2	75,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 57_22133 Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig wurde	100,00 % 102/102
2.1.1	ID: 57_22134 davon lebend entlassen	97,06 % 99/102
2.1.1.1	ID: 57_22135 Status bekannt	97,98 % 97/99
2.1.1.1.1	ID: 57_22136 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	98,97 % 96/97
2.1.1.1.2	ID: 57_22137 verstorben innerhalb von 1 Jahr	x % ≤3/97
2.1.1.2	ID: 57_22139 Status unbekannt	x % ≤3/99
2.1.1.3	ID: 57_22140 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	96,97 % 96/99

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
2.2.1	ID: 57_22141 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig wurde	97,06 % 99/102
2.2.2	1-Jahres-Überleben	
2.2.2.1	**ID: 572037** **1-Jahres Überleben bei bekanntem Status**	96,00 % 96/100
2.2.2.2	ID: 57_22142 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	96,08 % 98/102

572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

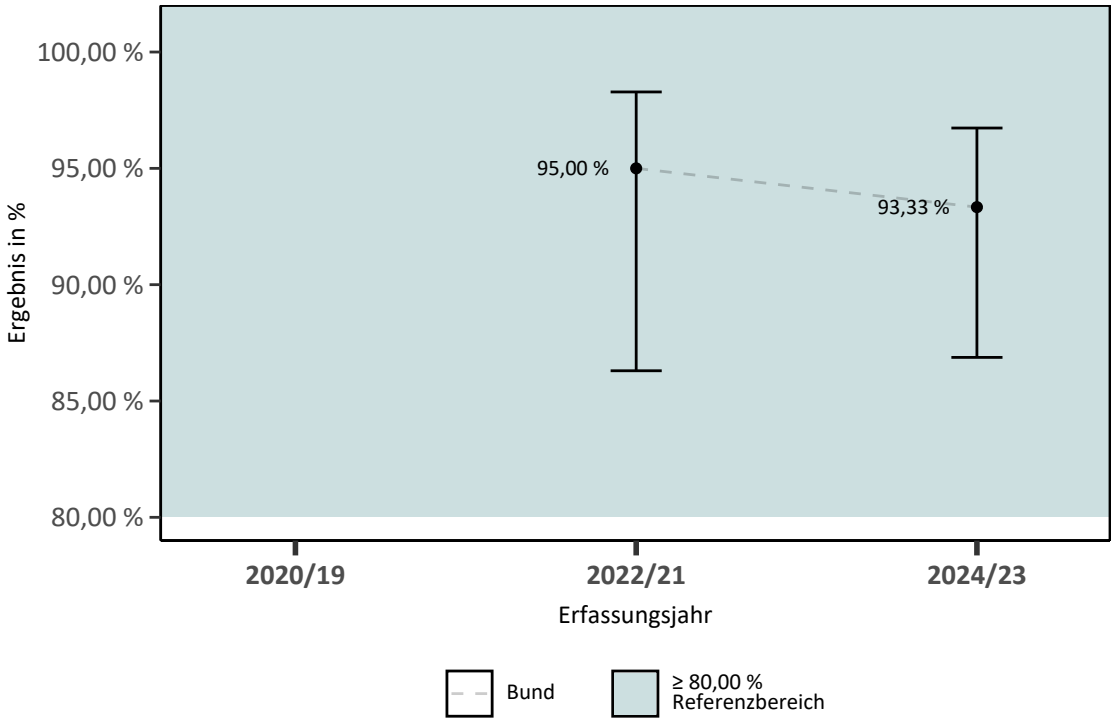
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 80,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

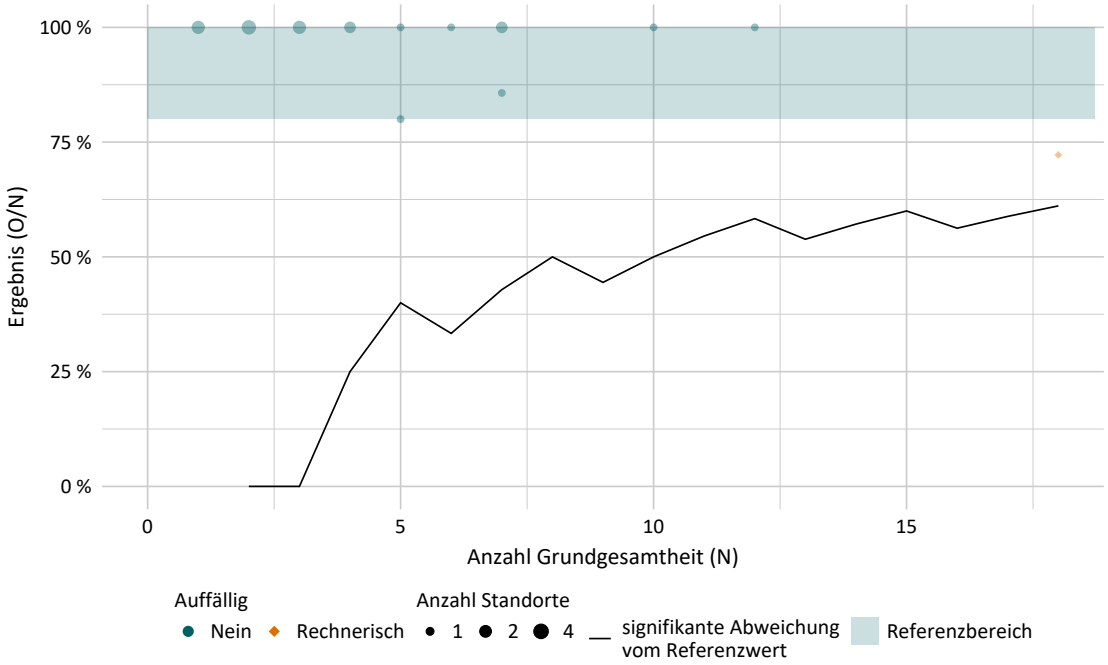
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	57 / 60	95,00	86,30 - 98,29
	2024	98 / 105	93,33	86,87 - 96,73

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	1	72,22	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 57_22143 Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig wurde	100,00 % 109/109
3.1.1	ID: 57_22144 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	94,50 % 103/109
3.1.1.1	ID: 57_22145 Status bekannt	96,12 % 99/103
3.1.1.1.1	ID: 57_22146 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	98,99 % 98/99
3.1.1.1.2	ID: 57_22147 verstorben innerhalb von 2 Jahren	x % ≤3/99
3.1.1.2	ID: 57_22149 Status unbekannt	3,88 % 4/103
3.1.1.3	ID: 57_22150 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	95,15 % 98/103

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 57_22151 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig wurde	95,41 % 104/109
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	ID: 57_22152 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	94,39 % 101/107
3.2.2.2	ID: 57_22153 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	94,50 % 103/109
3.2.3	2-Jahres-Überleben	
3.2.3.1	**ID: 572039** **2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	93,33 % 98/105
3.2.3.2	ID: 57_22155 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	93,58 % 102/109

572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

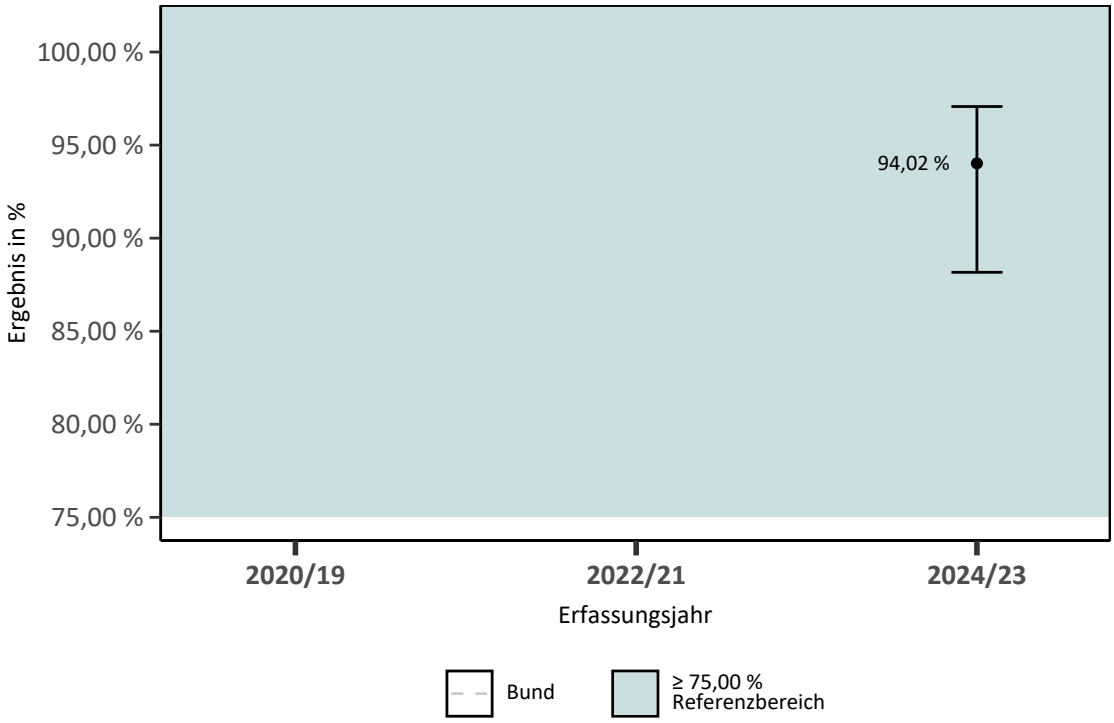
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 75,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

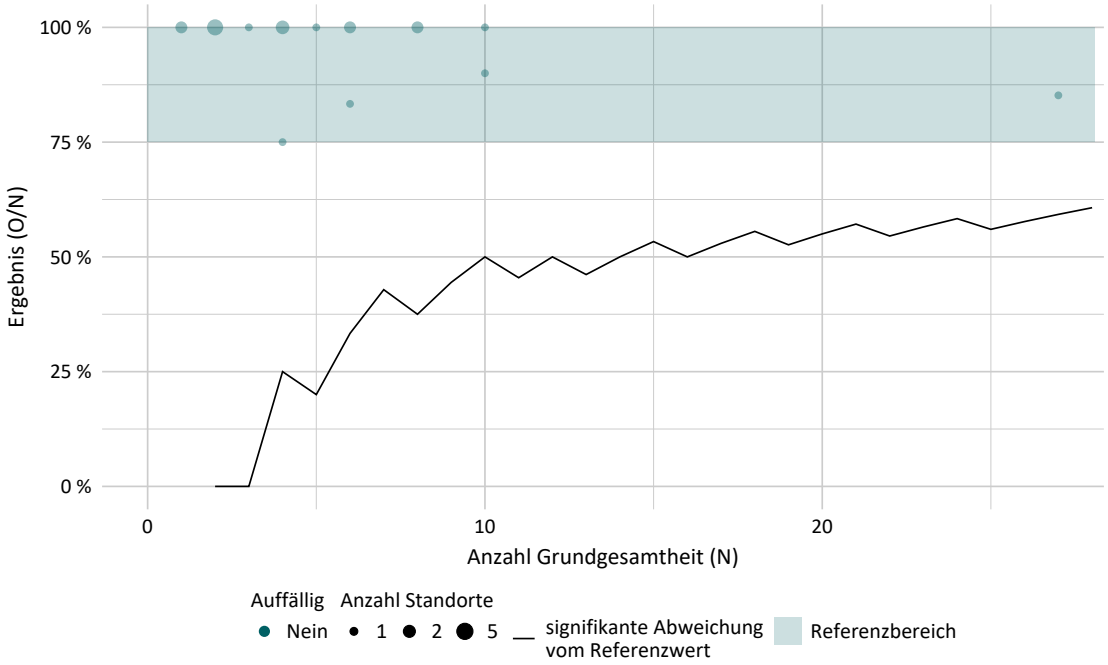
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 0	-	-
	2024	110 / 117	94,02	88,16 - 97,07

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	0	75,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 57_22156 Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig wurde	99,17 % 120/121
4.1.1	ID: 57_22157 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	94,17 % 113/120
4.1.1.1	ID: 57_22158 Status bekannt	97,35 % 110/113
4.1.1.1.1	ID: 57_22159 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	100,00 % 110/110
4.1.1.1.2	ID: 57_22160 verstorben innerhalb von 3 Jahren	0,00 % 0/110
4.1.1.2	ID: 57_22162 Status unbekannt	x % ≤3/113
4.1.1.3	ID: 57_22163 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	97,35 % 110/113

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 57_22164 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig wurde	95,83 % 115/120
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 57_22165 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	94,02 % 110/117
4.2.2.2	ID: 57_22166 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	94,17 % 113/120
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	ID: 57_22168 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	94,02 % 110/117
4.2.3.2	ID: 57_22169 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	94,17 % 113/120
4.2.4	3-Jahres-Überleben	
4.2.4.1	**ID: 572041** **3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	94,02 % 110/117

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.4.2	ID: 57_22171 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	94,17 % 113/120

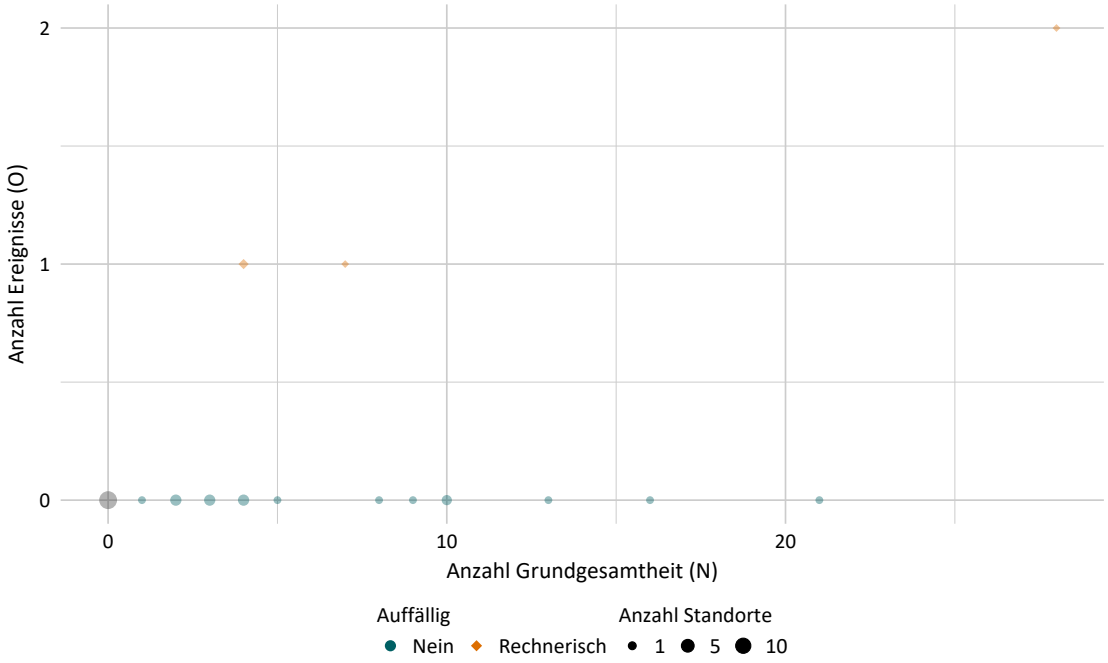
312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2022**	- / -	-
	2023	≤3 / 120	≤3
	2024	5 / 163	5

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

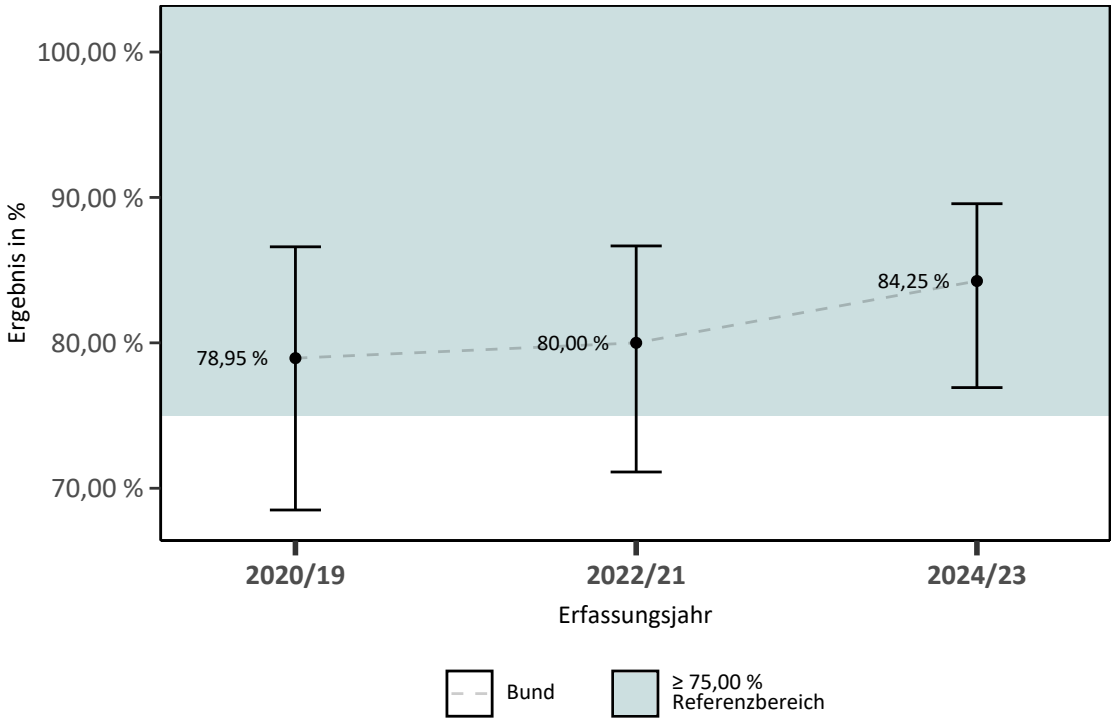
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 und lebend entlassen
Zähler	Aufenthalte von Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung insulinfrei sind
Referenzbereich	≥ 75,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

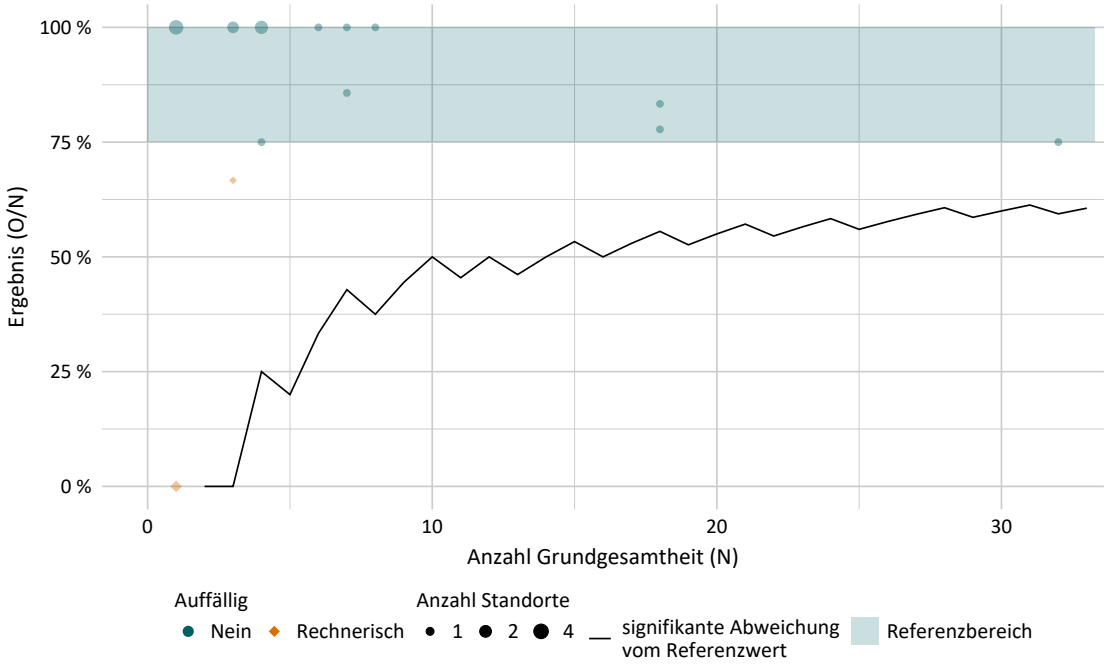
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	60 / 76	78,95	68,50 - 86,60
	2023	80 / 100	80,00	71,12 - 86,66
	2024	107 / 127	84,25	76,92 - 89,57

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	3	0,00	100,00	100,00

572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)

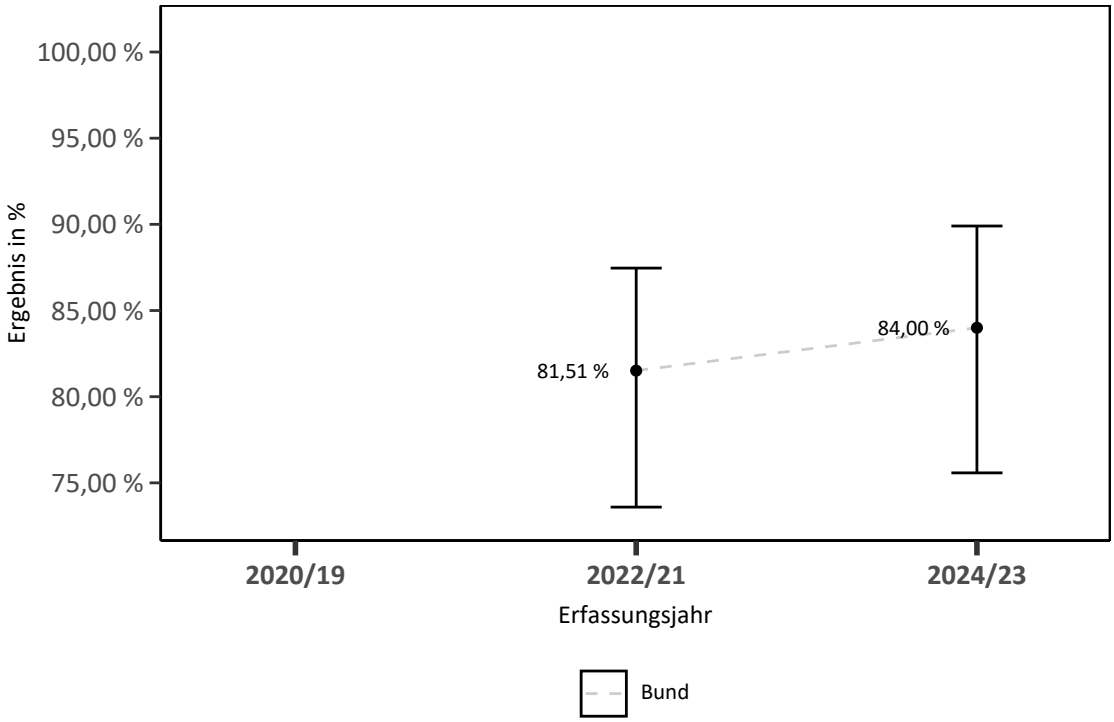
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb des ersten Jahres nach Pankreastransplantation erforderlich
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient 1 Jahr nach der Transplantation insulinfrei ist und bis dahin keine Retransplantation erhalten hat
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

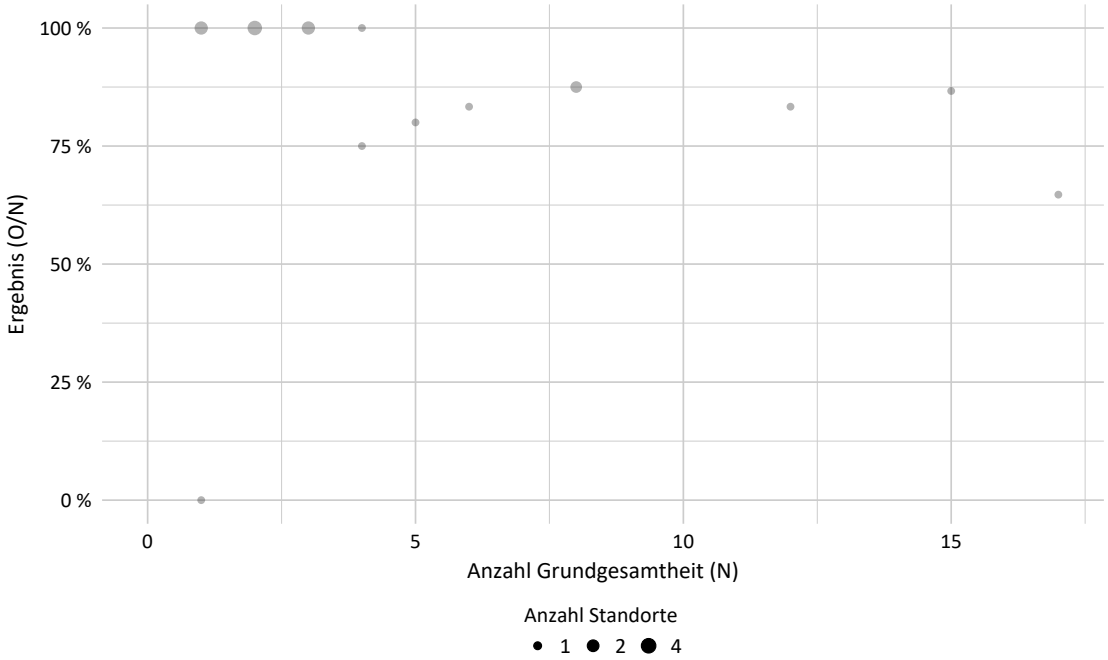
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	97 / 119	81,51	73,59 - 87,46
	2024	84 / 100	84,00	75,58 - 89,90

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	0	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 57_22172 Patientinnen und Patienten mit Transplantation im Erfassungsjahr 2022 oder 2023 ohne Retransplantation bis 2024	100,00 % 102/102
7.1.1	ID: 57_22173 davon lebend entlassen	97,06 % 99/102
7.1.1.1	ID: 57_22174 davon Insulin-Status nach 1 Jahr bekannt	96,97 % 96/99
7.1.1.1.1	ID: 57_22175 insulinfreie Patientinnen und Patienten	85,42 % 82/96
7.1.1.1.2	ID: 57_22176 Patientinnen und Patienten mit Insulintherapie innerhalb von 1 Jahr	14,58 % 14/96
7.1.1.2	ID: 57_22178 unbekannter Insulin-Status nach 1 Jahr	x % ≤3/99
7.1.2	**ID: 572044** **Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)**	84,00 % 84/100
7.1.3	Verlauf insulinfrei innerhalb 1-Jahres	
7.1.3.1	ID: 57_22179 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2022 oder 2023	97,06 % 99/102
7.1.3.1.1	Status "insulinfrei" nach 1 Jahr	
7.1.3.1.1.1	ID: 57_22180 insulinfrei (bei bekanntem Status)	85,42 % 82/96
7.1.3.1.1.2	ID: 57_22181 insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als insulinfrei gezählt)	85,86 % 85/99
7.1.3.1.1.3	ID: 57_22182 insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	82,83 % 82/99

572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)

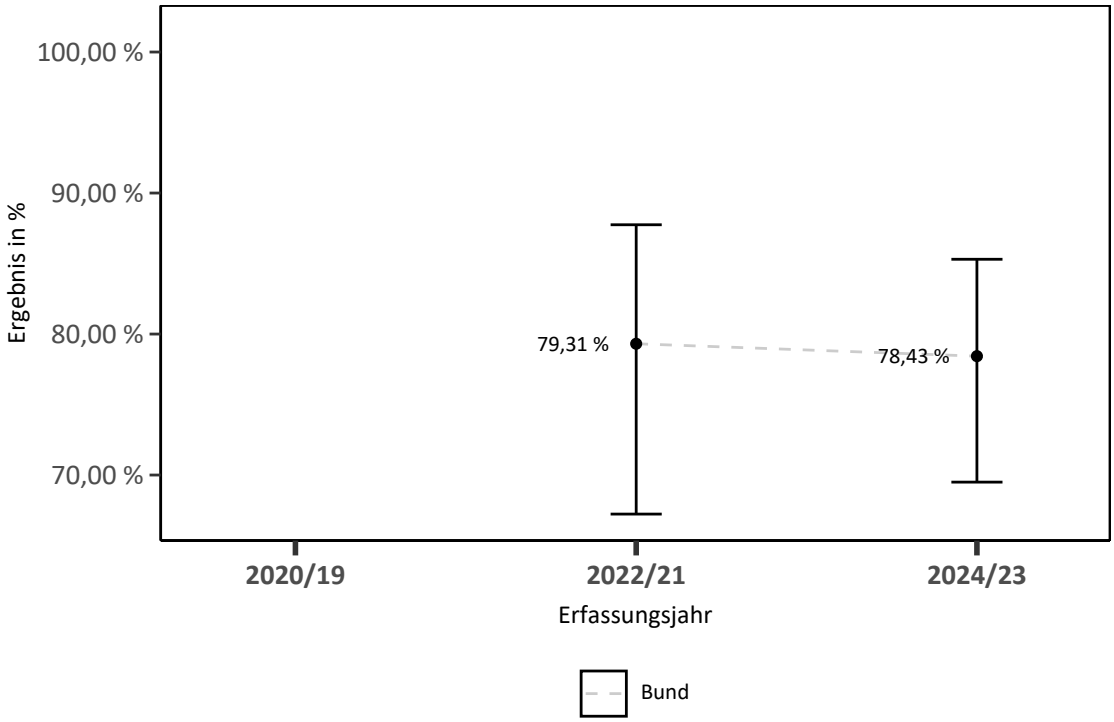
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten zwei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient 2 Jahre nach der Transplantation insulinfrei ist und bis dahin keine Retransplantation erhalten hat
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

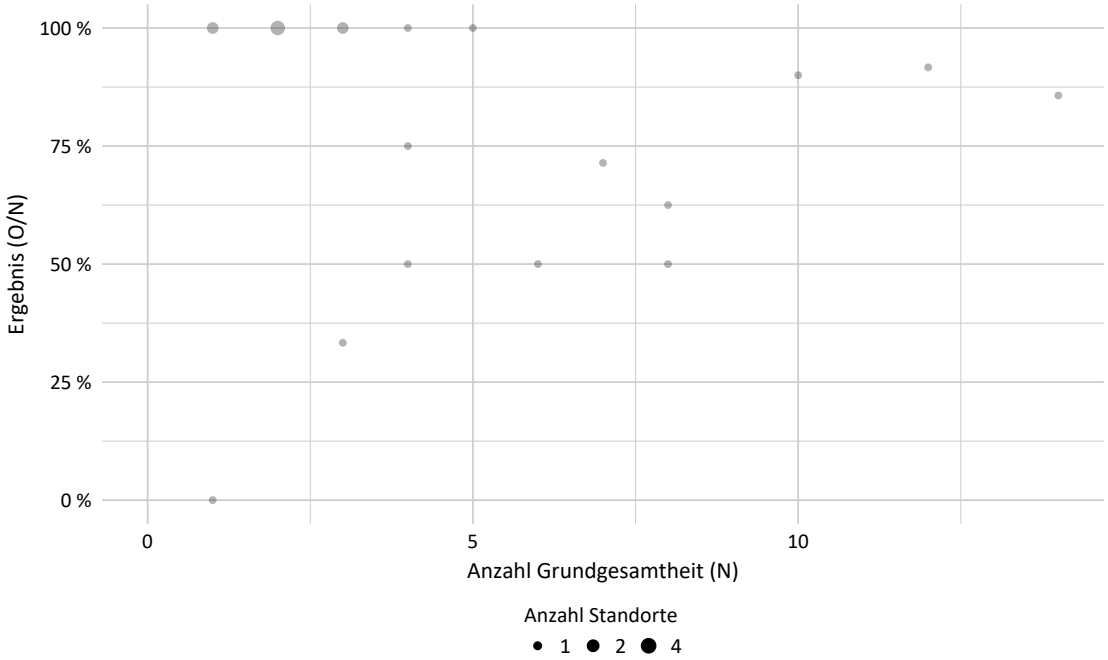
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	46 / 58	79,31	67,23 - 87,75
	2024	80 / 102	78,43	69,50 - 85,30

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	0	0,00	100,00	91,67

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 57_22183 Patientinnen und Patienten mit Transplantation im Erfassungsjahr 2021 oder 2022 ohne Retransplantation bis 2024	100,00 % 109/109
8.1.1	ID: 57_22184 davon ohne dokumentierten Tod oder Insulintherapie innerhalb von 1 Jahr	77,06 % 84/109
8.1.1.1	ID: 57_22185 davon Insulin-Status nach 2 Jahren bekannt	95,24 % 80/84
8.1.1.1.1	ID: 57_22186 insulinfreie Patientinnen und Patienten	100,00 % 80/80
8.1.1.1.2	ID: 57_22187 Patientinnen und Patienten mit Insulintherapie innerhalb von 2 Jahren	0,00 % 0/80
8.1.1.2	ID: 57_22189 unbekannter Insulin-Status nach 2 Jahren	4,76 % 4/84
8.1.2	**ID: 572045** **Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)**	78,43 % 80/102
8.1.3	Verlauf Insulinfrei innerhalb 2 Jahre	
8.1.3.1	ID: 57_22190 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2021 oder 2022	95,41 % 104/109
8.1.3.1.1	Status "insulinfrei" nach 1 Jahr	
8.1.3.1.1.1	ID: 57_22191 Insulinfrei (bei bekanntem Status)	81,19 % 82/101
8.1.3.1.1.2	ID: 57_22192 Insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als insulinfrei gezählt)	81,73 % 85/104
8.1.3.1.1.3	ID: 57_22193 Insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	78,85 % 82/104
8.1.3.1.2	Status "insulinfrei" nach 2 Jahren	
8.1.3.1.2.1	ID: 57_22194 Insulinfrei (bei bekanntem Status)	80,81 % 80/99
8.1.3.1.2.2	ID: 57_22195 Insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als Insulinfrei gezählt)	81,73 % 85/104
8.1.3.1.2.3	ID: 57_22196 Insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	76,92 % 80/104

572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)

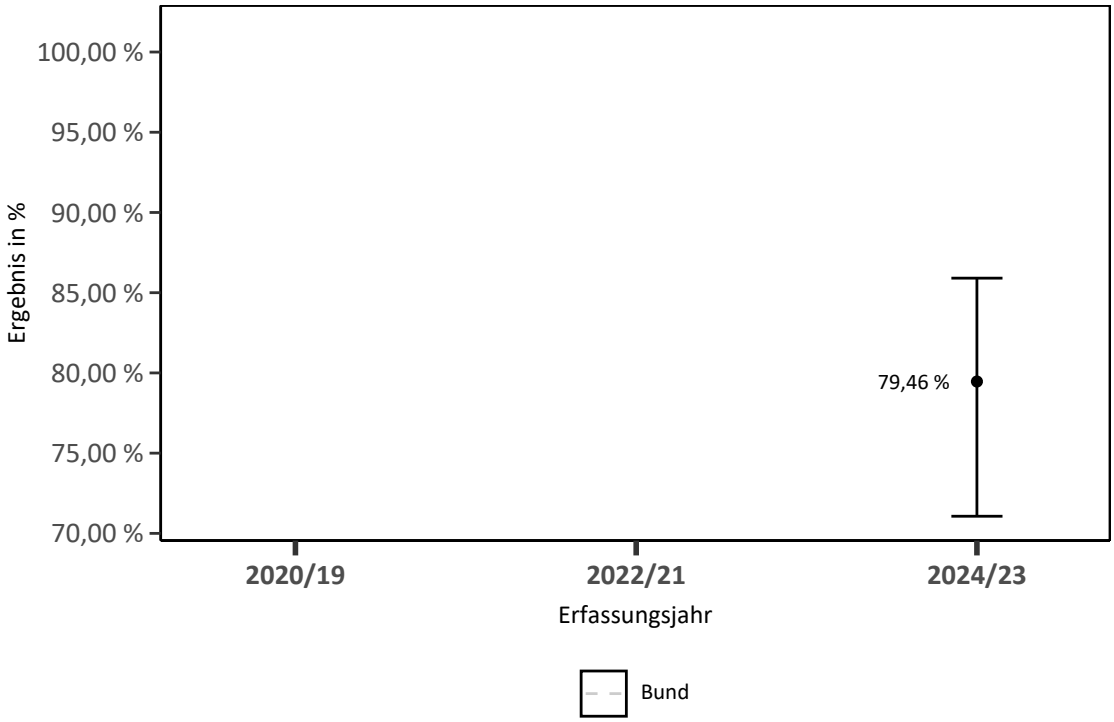
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten drei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient 3 Jahre nach der Transplantation insulinfrei ist und bis dahin keine Retransplantation erhalten hat
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

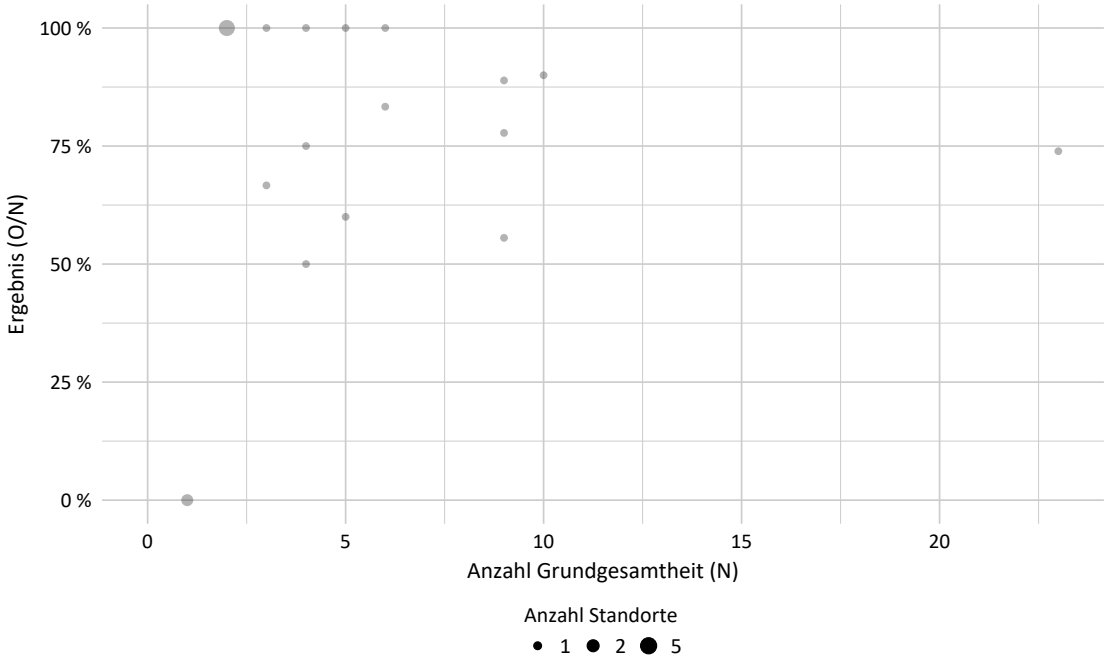
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 0	-	-
	2024	89 / 112	79,46	71,07 - 85,91

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	0	0,00	100,00	88,89

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 57_22197 Patientinnen und Patienten mit Transplantation im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 ohne Retransplantation bis 2024	99,17 % 120/121
9.1.1	ID: 57_22198 davon ohne dokumentierten Tod oder Insulintherapie innerhalb von 2 Jahren	78,33 % 94/120
9.1.1.1	ID: 57_22199 davon Insulin-Status nach 3 Jahren bekannt	96,81 % 91/94
9.1.1.1.1	ID: 57_22200 insulinfreie Patientinnen und Patienten	97,80 % 89/91
9.1.1.1.2	ID: 57_22201 Patientinnen und Patienten mit Insulintherapie innerhalb von 3 Jahren	x % ≤3/91
9.1.1.2	ID: 57_22203 unbekannter Insulin-Status nach 3 Jahren	x % ≤3/94
9.1.2	**ID: 572046** **Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)**	79,46 % 89/112
9.1.3	Verlauf Insulinfrei innerhalb 3 Jahre	
9.1.3.1	ID: 57_22204 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2020 oder 2021	95,83 % 115/120
9.1.3.1	Status "insulinfrei" nach 1 Jahr	
9.1.3.1.1	ID: 57_22205 Insulinfrei (bei bekanntem Status)	83,04 % 93/112
9.1.3.1.2	ID: 57_22206 Insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als Insulinfrei gezählt)	84,17 % 101/120
9.1.3.1.3	ID: 57_22207 Insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	77,50 % 93/120
9.1.3.2	Status "insulinfrei" nach 2 Jahren	
9.1.3.2.1	ID: 57_22208 Insulinfrei (bei bekanntem Status)	81,98 % 91/111
9.1.3.2.2	ID: 57_22209 Insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als Insulinfrei gezählt)	83,33 % 100/120
9.1.3.2.3	ID: 57_22210 Insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	75,83 % 91/120

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1.3.3	Status "insulinfrei" nach 3 Jahren	
9.1.3.3.1	ID: 57_22211 Insulinfrei (bei bekanntem Status)	80,18 % 89/111
9.1.3.3.2	ID: 57_22212 Insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als Insulinfrei gezählt)	81,67 % 98/120
9.1.3.3.3	ID: 57_22213 Insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	74,17 % 89/120

572047: Entfernung des Pankreastransplantats

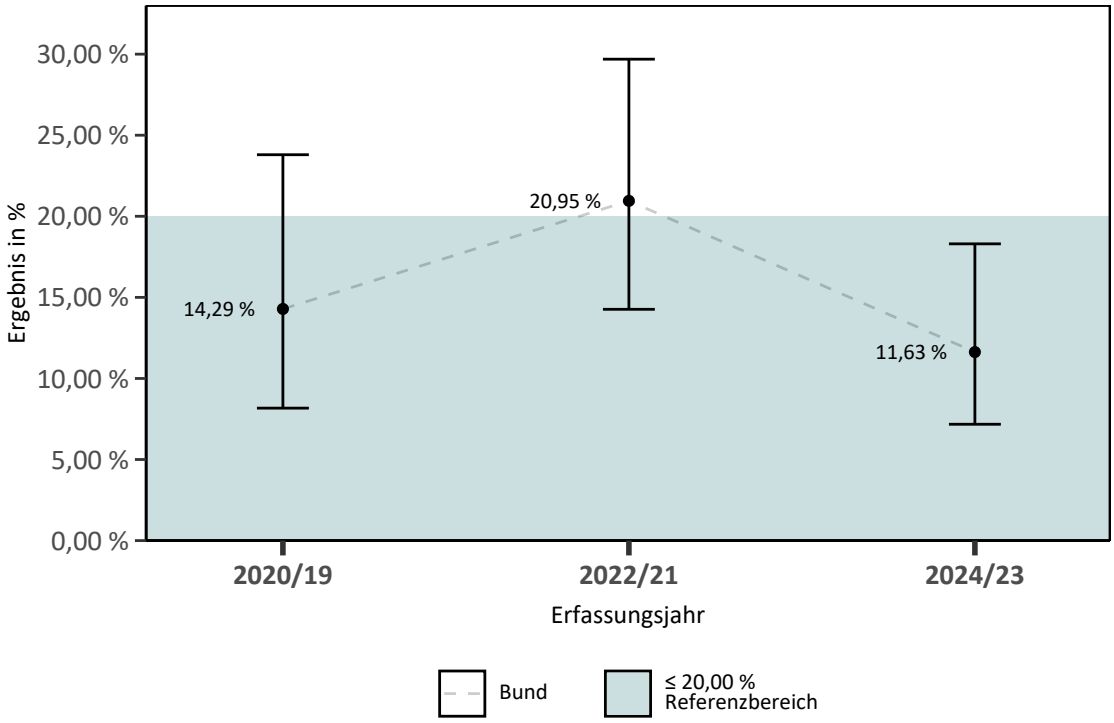
Qualitätsziel	Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2023 oder 2024
Zähler	Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit erfolgter Entfernung des Pankreastransplantats
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

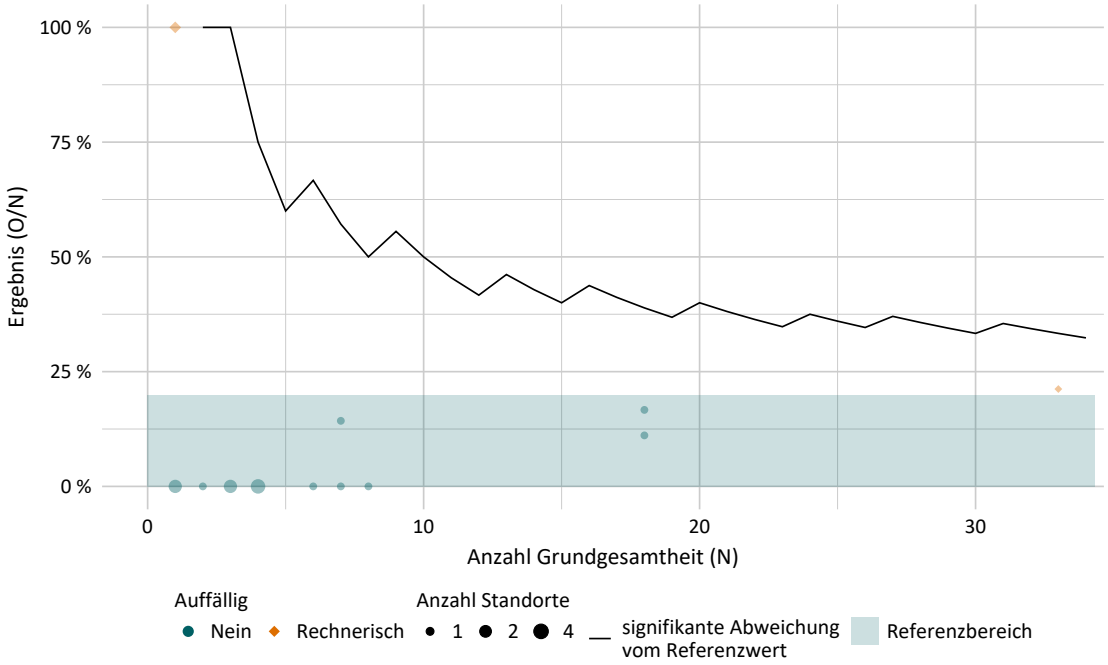
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	11 / 77	14,29	8,17 - 23,80
	2023	22 / 105	20,95	14,26 - 29,69
	2024	15 / 129	11,63	7,17 - 18,30

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	3	0,00	100,00	0,00

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Alle Nieren-, Pankreas-, oder Pankreas-Nieren-Transplantationen	4.215	100,00
Anzahl simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK), Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK), isolierter Pankreastransplantation oder Pankreastransplantation in Kombination mit anderen Organen	131	3,11

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen	**N = 4.215**	
Durchgeführte Transplantation		
(1) isolierte Nierentransplantation	4.052	96,13
davon		
1 Organ	4.018	99,16
2 Organe	34	0,84
(2) simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	120	2,85
(3) Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	4	0,09
(4) isolierte Pankreastransplantation	6	0,14
(5) Kombination Niere mit anderen Organen	32	0,76
(6) Kombination Pankreas mit anderen Organen	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 124**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	61	49,19
1. Quartal	19	15,32
2. Quartal	14	11,29
3. Quartal	19	15,32
4. Quartal	11	8,87
Entlassungsquartal		
1. Quartal	32	25,81
2. Quartal	28	22,58
3. Quartal	36	29,03
4. Quartal	29	23,39

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[1]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	129
Minimum	9,00
5. Perzentil	11,00
25. Perzentil	17,00
Median	23,00
Mittelwert	29,50
75. Perzentil	35,50
95. Perzentil	66,50
Maximum	97,00

[1] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger

Die Auswertung bezieht sich auf alle (letzte) Transplantationen der Art SPK, PAK und „Isolierte Pankreastransplantation“.

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 124**	
Geschlecht		
(1) männlich	60	48,39
(2) weiblich	64	51,61
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 124**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	0	0,00
1 - 9 Jahre	0	0,00
10 - 19 Jahre	≤3	x
20 - 29 Jahre	6	4,84
30 - 39 Jahre	36	29,03
40 - 49 Jahre	50	40,32
50 - 59 Jahre	25	20,16
60 - 69 Jahre	6	4,84
70 - 79 Jahre	0	0,00
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	124
Minimum	19,00
5. Perzentil	29,00
25. Perzentil	38,00
Mittelwert	43,23
Median	42,00
75. Perzentil	49,75
95. Perzentil	60,50
Maximum	66,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 124**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	5	4,03
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	73	58,87
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	30	24,19
Adipositas (≥ 30)	16	12,90

Befunde Empfängerinnen und Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 124**	
renale Grunderkrankung[2]		
Glomerulonephritis	≤3	x
sekundäre Glomerulonephritis	0	0,00
Zystische Nierenerkrankung	0	0,00
Interstitielle Nephritis	0	0,00
Diabetes mellitus	119	95,97
Vaskuläre Nierenerkrankung	0	0,00
sonstige	4	3,23

[2] Schlüssel 1

	Bund (gesamt)	
	n	%
Diabetes mellitus		
(0) kein Diabetes mellitus	≤3	x
(1) Diabetes mellitus, diätetisch behandelt	≤3	x
(2) Diabetes mellitus, orale Medikation	0	0,00
(3) Diabetes mellitus, mit Insulin behandelt	122	98,39
(4) Diabetes mellitus, unbehandelt	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Dialysetherapie		
(0) nein	16	12,90
(1) ja	107	86,29

	Bund (gesamt)	
	n	%
Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		
1 = HU (High Urgency)	0	0,00
2 = ACO (Approved Combined Organ)	0	0,00
3 = T (Transplantable)	108	84,38
4 = SU (Special Urgency)	7	5,47
5 = I (Immunized)	13	10,16
6 = HI (High Immunized)	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Blutgruppe der Empfängerinnen und Empfänger		
(1) A	51	41,13
(2) B	19	15,32
(3) 0	46	37,10
(4) AB	8	6,45

Basisdaten Spenderinnen und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spenderinnen und Spender	**N = 130**	
Geschlecht der Spenderinnen und Spender		
männlich	79	60,77
weiblich	51	39,23
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00

	Bund (gesamt)
Spenderalter (Jahre)	
Anzahl Spenderinnen und Spender mit Angabe von Werten > 0	124
5. Perzentil	14,25
Median	33,00
Mittelwert	31,57
95. Perzentil	48,75

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spenderinnen und Spender	**N = 130**	
Spendertyp		
(1) hirntot	130	100,00
(2) lebend	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Hirntote Spenderinnen und Spender	**N = 130**	
Todesursache Spenderinnen und Spender		
(216) T_CAPI: Trauma: Schädel	29	22,31
(217) T_OTH: Trauma: Nicht anderweitig klassifizierbar	≤3	x
(218) CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar	9	6,92
(220) RESP: Atmung, nicht anderweitig klassifizierbar	4	3,08
(229) CBL: Intrazerebrale Blutung	14	10,77
(230) CID: Ischämischer Insult	7	5,38
(234) SAB: Subarachnoidalblutung	43	33,08

Transplantation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 130**	
OPS[3]		
(5-528.1) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation eines Pankreassegmentes	0	0,00
(5-528.2) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)	129	99,23
(5-528.4) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-528.5) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.0) Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender	≤3	x
(5-555.1*) Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere	117	90,00
(5-555.2) Nierentransplantation: Syngen	0	0,00
(5-555.5) Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat	0	0,00
(5-555.6) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.7) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.8) Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.x) Nierentransplantation: Sonstige	0	0,00
(5-555.y) Nierentransplantation: N.n.bez.	0	0,00

[3] Mehrfachnennung möglich

Einsatz eines Perfusionssystems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einsatz eines Perfusionssystems		
(0) nein	44	33,85
(1) ja, hypotherm	24	18,46
(2) ja, normotherm	0	0,00
(3) ja, hypotherm und normotherm	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 130**	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	129	99,23
davon: Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
1 = gut	126	97,67
2 = mittel	≤3	x
3 = schlecht	0	0,00
(1) ja	≤3	x

Kalte Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Verteilung (Minuten)	
Anzahl Pankreastransplantationen mit Angabe von Werten ≥ 30 Minuten bis ≤ 720 Minuten	109
Minimum	348,00
5. Perzentil	394,50
25. Perzentil	480,00
Median	561,00
Mittelwert	553,20
75. Perzentil	625,50
95. Perzentil	705,00
Maximum	720,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle nicht abgebrochenen Transplantationen	**N = 129**	
Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	26	20,16
(1) Blutungen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad III, IV oder V fallen	≤3	x
(2) Infektionen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad I, III, IV oder V fallen	6	4,65
(3) Grad III nach Clavien-Dindo (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	24	18,60
(4) Grad IV nach Clavien-Dindo und nicht (nur) aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	6	4,65
(5) Grad IV nach Clavien-Dindo ausschließlich aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	0	0,00
(6) Grad V nach Clavien-Dindo (Tod)	0	0,00
(8) sonstige Komplikationen	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen bei Angabe eines Grades nach Clavien-Dindo-Klassifikation	**N = 38**	
Art der behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation(en)[4]		
Blutung	14	36,84
Reoperation erforderlich	23	60,53
sonstige Komplikation	26	68,42

[4] Mehrfachnennung möglich

Entnahme des Pankreastransplantats

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 130**	
Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich		
(0) nein	115	88,46
(1) ja	15	11,54
davon: Ursache für die Entnahme		
(1) arterielle Thrombose	0	0,00
(2) venöse Thrombose	7	46,67
(3) Blutung	≤3	x
(4) Peritonitis/Abzess	≤3	x
(5) Nahtinsuffizienz	≤3	x
(6) Pankreatitis	≤3	x
(7) Rejektion	0	0,00
(8) andere	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 130**	
behandlungsbedürftige Abstoßung		
nein	116	89,23
ja, Pankreas	≤3	x
ja, Niere und Pankreas	≤3	x
Abstoßung durch Biopsie gesichert		
nein	5	100,00
ja	0	0,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 124**	
Patientin oder Patient bei Entlassung insulinfrei?		
(0) nein	19	15,32
(1) ja	105	84,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 124**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	70	56,45
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	48	38,71
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	4	3,23
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	0	0,00
(07) Tod	≤3	x
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[5]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[6]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[7]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[8]		
(1) ja	0	0,00

[5] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[6] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[7] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[8] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N ≤3**	
Todesursache		
(1) Infektion	≤3	x
(2) kardiovaskulär	0	0,00
(3) cerebrovaskulär	0	0,00
(4) Malignom	0	0,00
(8) andere	0	0,00
(9) unbekannt	0	0,00

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

NET-PNTX-D: Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, Nierentransplantation

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, Nierentransplantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

Ergebnisübersicht 5

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 5

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 7

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 7

852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen 7

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 9

850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 9

850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 11

850278: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 13

850279: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 15

850280: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 17

Einleitung

Für das QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) werden die QS-Dokumentationsdaten jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt.

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen können (siehe auch: Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien).

In dieser Bundesauswertung werden die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das gemeinsame Erfassungsmodul Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation (PNTX) für die Auswertungsmodule Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX) und Nierentransplantation (NET-NTX) dargestellt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Ergebnisübersicht

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	= 0	0,00 7 / 2.101	2,56 % 1 / 39

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,38 % 2.101 / 2.093	2,56 % 1 / 39
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,38 % 2.101 / 2.093	2,56 % 1 / 39
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	97,09 % 2.005 / 2.065	15,38 % 6 / 39
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	96,82 % 1.829 / 1.889	28,21 % 11 / 39
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	96,23 % 1.711 / 1.778	20,51 % 8 / 39

© IQTIG 2025

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

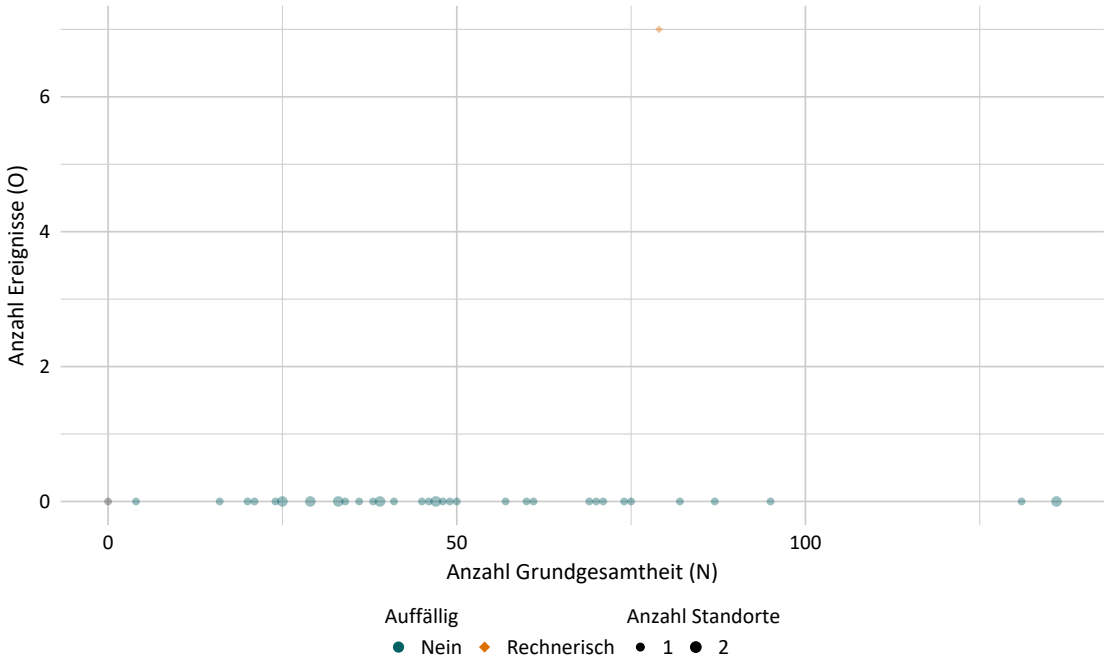
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-) Sterblichkeits-QIs und -Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) 572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation 572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation 572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)

Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Nieren-, Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2024 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

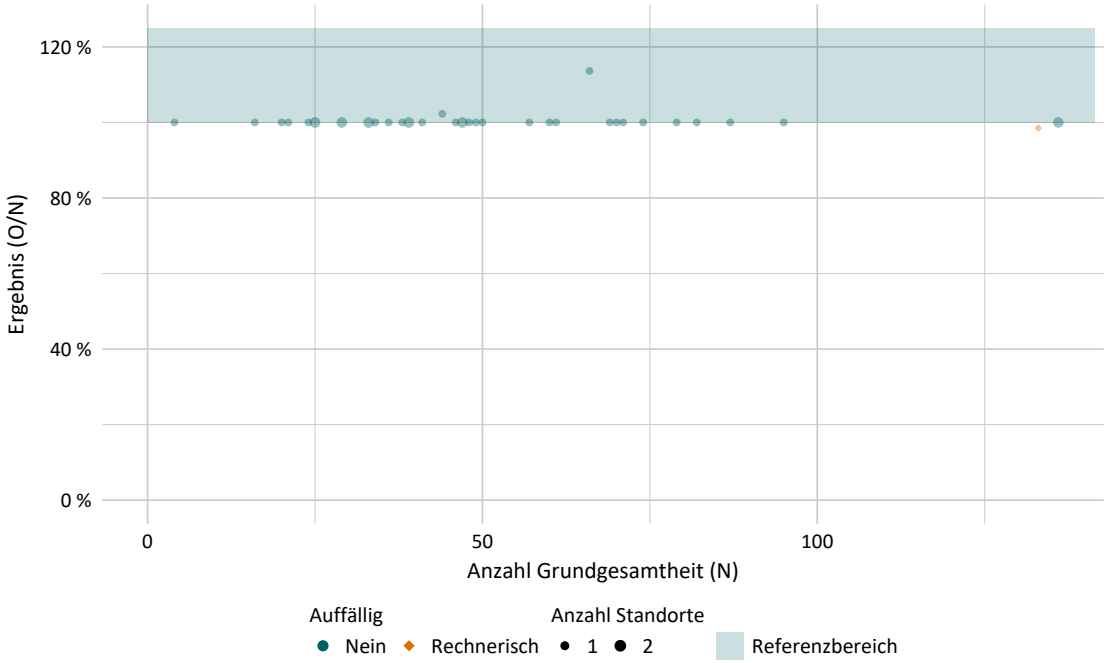
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	7 / 2.101	0,00	2,56 % 1 / 39

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	1	98,50	113,64	100,00

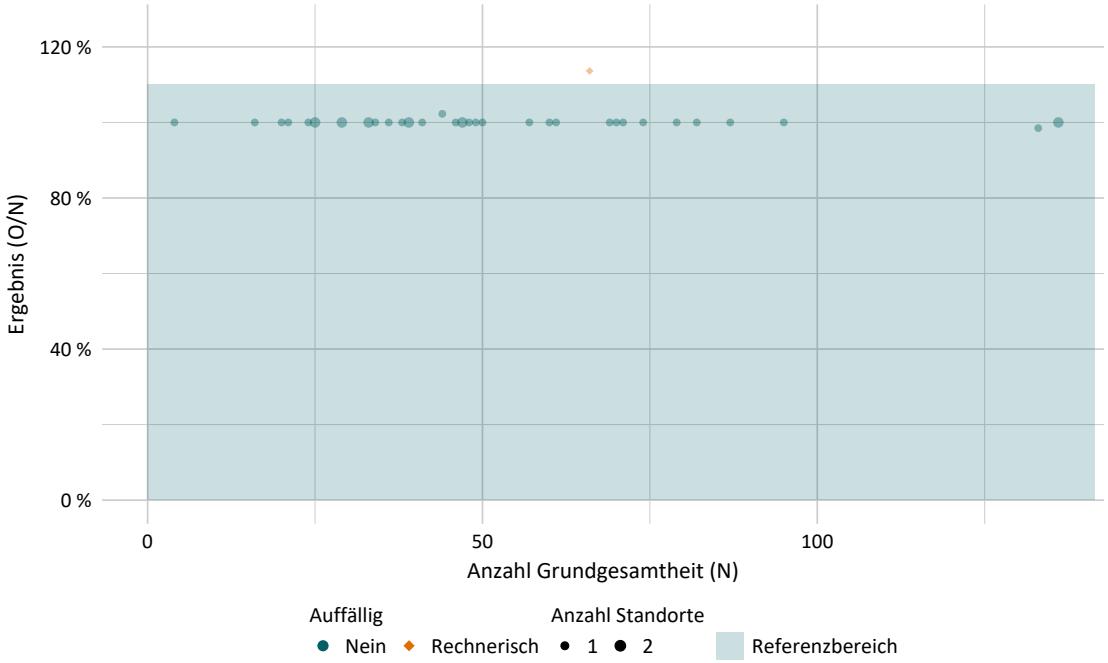
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.101 / 2.093	100,38	2,56 % 1 / 39

850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	1	98,50	113,64	100,00

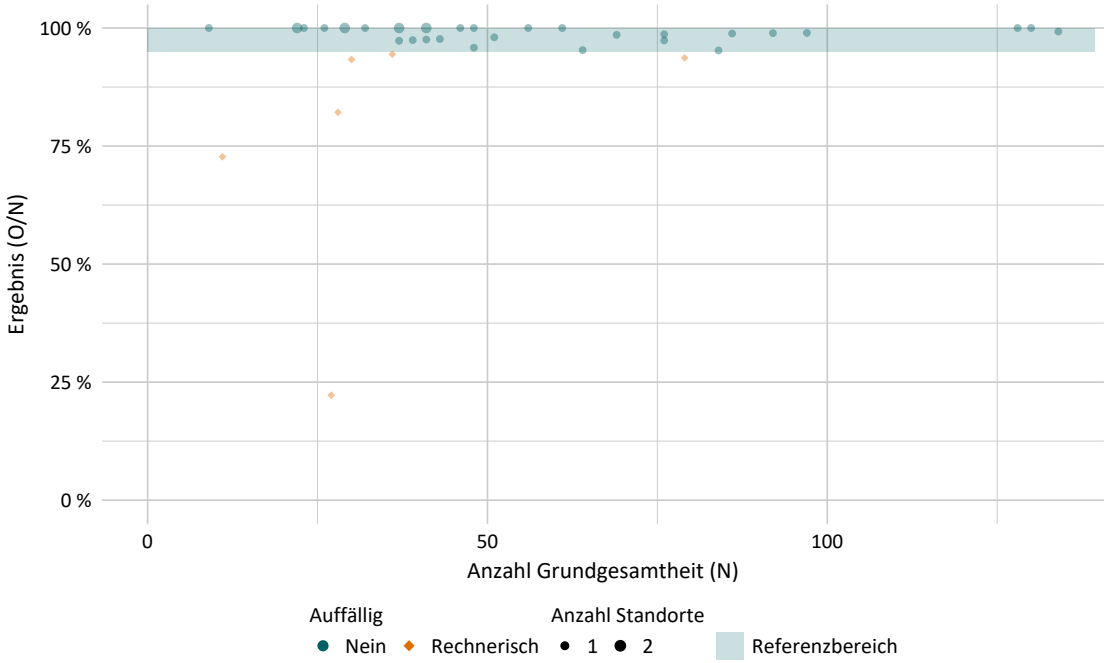
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.101 / 2.093	100,38	2,56 % 1 / 39

850278: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Nieren-, Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	6	22,22	100,00	98,97

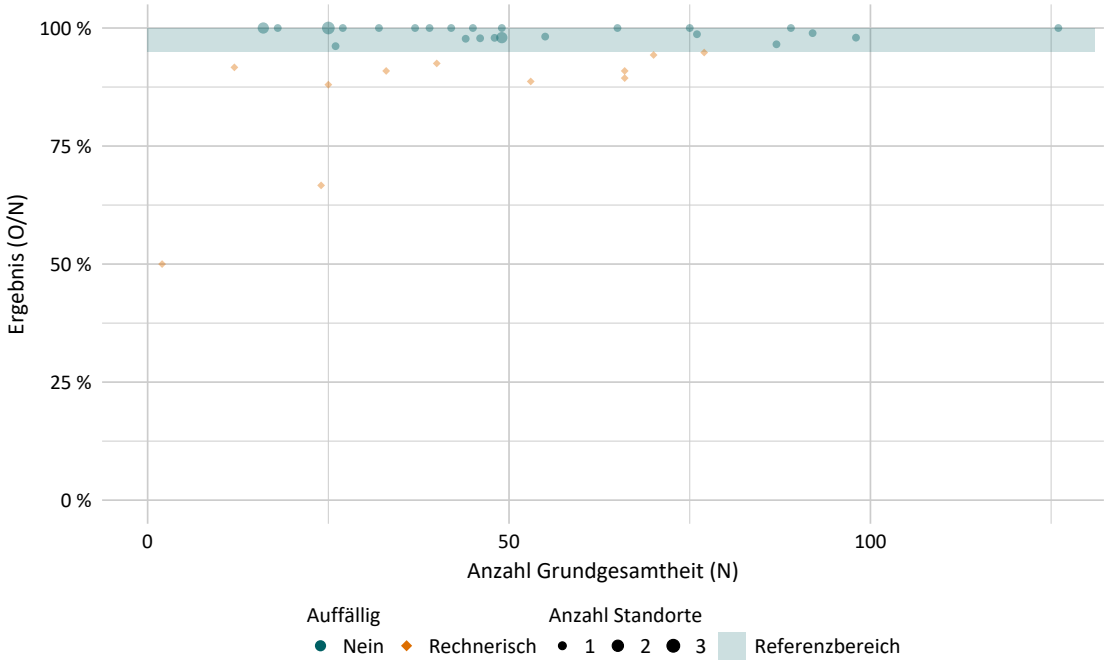
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.005 / 2.065	97,09	15,38 % 6 / 39

850279: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Nieren-, Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	11	50,00	100,00	98,18

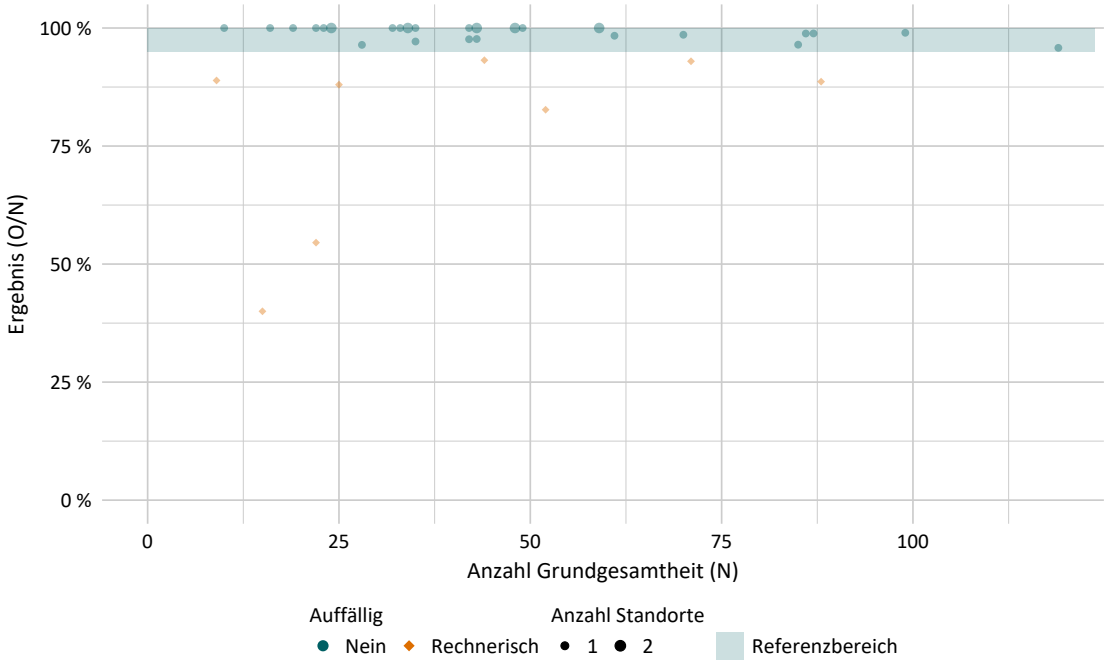
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	1.829 / 1.889	96,82	28,21 % 11 / 39

850280: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Nieren-, Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	39	8	40,00	100,00	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	1.711 / 1.778	96,23	20,51 % 8 / 39

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Transplantationsmedizin*

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Transplantationsmedizin*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 7
Abkürzungsverzeichnis 13
Vorbemerkung 15
Herztransplantationen 17
1 Hintergrund 18
2 Einordnung der Ergebnisse 21
2.1 Datengrundlage 21
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 21
2.2.1 Überblick 21
2.2.2 Detailergebnisse 24
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 28
2.3.1 Überblick 28
2.3.2 Detailergebnisse 30
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 34
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 34
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 37
4 Evaluation 39
5 Ausblick 40
Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen 41
1 Hintergrund 42
2 Einordnung der Ergebnisse 46
2.1 Datengrundlage 46
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 46
2.2.1 Überblick 46
2.2.2 Detailergebnisse 51
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 59
2.3.1 Überblick 59
2.3.2 Detailergebnisse 62
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 65

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 65
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 68
4 Evaluation 70
5 Ausblick 71
Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen 72
1 Hintergrund 73
2 Einordnung der Ergebnisse 75
2.1 Datengrundlage 75
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 75
2.2.1 Überblick 75
2.2.2 Detailergebnisse 79
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 82
2.3.1 Überblick 82
2.3.2 Detailergebnisse 85
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 89
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 89
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 92
4 Evaluation 94
5 Ausblick 95
Lebertransplantationen 96
1 Hintergrund 97
2 Einordnung der Ergebnisse 100
2.1 Datengrundlage 100
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 100
2.2.1 Überblick 100
2.2.2 Detailergebnisse 105
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 111
2.3.1 Überblick 111
2.3.2 Detailergebnisse 115
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 119

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 119
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 121
4 Evaluation 123
5 Ausblick 124
Leberlebendspende 125
1 Hintergrund 126
2 Einordnung der Ergebnisse 129
2.1 Datengrundlage 129
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 129
2.2.1 Überblick 129
2.2.2 Detailergebnisse 135
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 142
2.3.1 Überblick 142
2.3.2 Detailergebnisse 147
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 151
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 151
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 153
4 Evaluation 155
5 Ausblick 156
Nierenlebendspende 157
1 Hintergrund 158
2 Einordnung der Ergebnisse 161
2.1 Datengrundlage 161
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 161
2.2.1 Überblick 161
2.2.2 Detailergebnisse 167
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 174
2.3.1 Überblick 174
2.3.2 Detailergebnisse 179
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 183

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren....183
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)....185
4 Evaluation....187
5 Ausblick....188
Literatur....189

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-HTX 18
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-HTX 19
Tabelle 3: Zählleistungsbereich Herztransplantation (AJ 2025, EJ 2024) – TX-HTX 21
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-HTX 22
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-HTX 23
Tabelle 6: QI 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus 24
Tabelle 7: QI 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 25
Tabelle 8: QI 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 25
Tabelle 9: QI 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 26
Tabelle 10: QI 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation 27
Tabelle 11: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-HTX 28
Tabelle 12: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-HTX 29
Tabelle 13: AK 850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation) 30
Tabelle 14: AK 850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation) 30
Tabelle 15: AK 850257: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 31
Tabelle 16: AK 850258: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 31
Tabelle 17: AK 850259: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 31
Tabelle 18: AK 852310: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen 33
Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-HTX 34
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-HTX 36
Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-HTX 37
Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-HTX 38
Tabelle 23: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – TX-MKU 43
Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-MKU 45
Tabelle 25: Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen (AJ 2025, EJ 2024) – TX-MKU 46
Tabelle 26: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – TX-MKU 48
Tabelle 27: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-MKU 50

Tabelle 28: QI 251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems 51
Tabelle 29: QI 251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens 53
Tabelle 30: QI 52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD 54
Tabelle 31: TKez 52387: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH 55
Tabelle 32: QI 52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD 56
Tabelle 33: TKez 52389: Sepsis bei Implantation eines BiVAD 56
Tabelle 34: TKez 52390: Sepsis bei Implantation eines TAH 57
Tabelle 35: QI 52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD 58
Tabelle 36: TKez 52392: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD 58
Tabelle 37: TKez 52393: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH 58
Tabelle 38: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-MKU 60
Tabelle 39: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-MKU 61
Tabelle 40: AK 850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) 62
Tabelle 41: AK 850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) 62
Tabelle 42: AK 851807: Angabe von VA-ECMO bei Systemart 63
Tabelle 43: AK 852311: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen 64
Tabelle 44: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-MKU 65
Tabelle 45: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-MKU 67
Tabelle 46: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-MKU 68
Tabelle 47: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-MKU 69
Tabelle 48: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LUTX 73
Tabelle 49: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LUTX 74
Tabelle 50: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – TX-LUTX 75
Tabelle 51: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LUTX 77
Tabelle 52: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-LUTX 78
Tabelle 53: QI 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus 79
Tabelle 54: QI 12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 79
Tabelle 55: QI 12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 80
Tabelle 56: QI 12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 80
Tabelle 57: QI 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation 81

Tabelle 58: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LUTX 83
Tabelle 59: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-LUTX 84
Tabelle 60: AK 850245: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 85
Tabelle 61: AK 850246: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 85
Tabelle 62: AK 850266: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 86
Tabelle 63: AK 850267: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 86
Tabelle 64: AK 850268: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 86
Tabelle 65: AK 852314: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen 88
Tabelle 66: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LUTX 89
Tabelle 67: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LUTX 91
Tabelle 68: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LUTX 92
Tabelle 69: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LUTX 93
Tabelle 70: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LTX 98
Tabelle 71: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LTX 99
Tabelle 72: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – TX-LTX 100
Tabelle 73: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LTX 102
Tabelle 74: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-LTX 103
Tabelle 75: QI 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 105
Tabelle 76: QI 2097: Tod durch operative Komplikationen 106
Tabelle 77: QI 2133: Postoperative Verweildauer 106
Tabelle 78: QI 272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation 107
Tabelle 79: QI 12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 108
Tabelle 80: QI 12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 108
Tabelle 81: QI 12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 109
Tabelle 82: QI 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation 110
Tabelle 83: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LTX 112
Tabelle 84: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-LTX 113
Tabelle 85: AK 850243: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 115
Tabelle 86: AK 850244: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 115
Tabelle 87: AK 850263: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 116
Tabelle 88: AK 850264: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 116
Tabelle 89: AK 850265: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 116

Tabelle 90: AK 852313: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen....117
Tabelle 91: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LTX.... 119
Tabelle 92: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LTX 121
Tabelle 93: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LTX.... 121
Tabelle 94: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LTX 122
Tabelle 95: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LLS.... 127
Tabelle 96: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LLS.... 128
Tabelle 97: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – TX-LLS.... 129
Tabelle 98: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LLS 131
Tabelle 99: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-LLS 133
Tabelle 100: QI 2125: Sterblichkeit im Krankenhaus.... 135
Tabelle 101: QI 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende 135
Tabelle 102: QI 12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 136
Tabelle 103: QI 12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 137
Tabelle 104: QI 12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 137
Tabelle 105: QI 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 138
Tabelle 106: QI 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 138
Tabelle 107: QI 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich.... 139
Tabelle 108: QI 12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich.... 139
Tabelle 109: QI 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) 140
Tabelle 110: QI 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende).... 140
Tabelle 111: QI 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende) 141
Tabelle 112: QI 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 141
Tabelle 113: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LLS.... 143

Tabelle 114: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-LLS....144
Tabelle 115: AK 850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation....147
Tabelle 116: AK 850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation....147
Tabelle 117: AK 850260: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up....148
Tabelle 118: AK 850261: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up....148
Tabelle 119: AK 850262: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up....148
Tabelle 120: AK 852312: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden....149
Tabelle 121: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LLS....151
Tabelle 122: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LLS....153
Tabelle 123: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LLS....153
Tabelle 124: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LLS....154
Tabelle 125: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-NLS....159
Tabelle 126: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-NLS....160
Tabelle 127: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – TX-NLS....161
Tabelle 128: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-NLS....163
Tabelle 129: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-NLS....165
Tabelle 130: QI 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus....167
Tabelle 131: QI 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende....167
Tabelle 132: QI 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich....168
Tabelle 133: QI 12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende....169
Tabelle 134: QI 12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende....169
Tabelle 135: QI 12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende....169
Tabelle 136: QI 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)....170
Tabelle 137: QI 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)....171
Tabelle 138: QI 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)....171
Tabelle 139: QI 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende....172
Tabelle 140: QI 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende....172
Tabelle 141: QI 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende....173

Tabelle 142: QI 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 174
Tabelle 143: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-NLS 175
Tabelle 144: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-NLS 176
Tabelle 145: AK 850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 179
Tabelle 146: AK 850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 179
Tabelle 147: AK 850269: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 180
Tabelle 148: AK 850270: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 180
Tabelle 149: AK 850271: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 180
Tabelle 150: AK 852315: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden 182
Tabelle 151: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-NLS 183
Tabelle 152: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-NLS 185
Tabelle 153: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-NLS 185
Tabelle 154: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-NLS 186

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
BiVAD	biventriktuläres Herzunterstützungssystem (*biventricular assist device*)
BQB	Bundesqualitätsbericht
bspw	beispielsweise
Bzw.	beziehungsweise
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EJ	Erfassungsjahr
ET	Eurotransplant
ID	Identifkationsnummer
HTX	Herztransplantation
IKNR	Institutionskennzeichen-Nummer
KIS	Krankenhausinformationssystem
LLS	Leberlebendspende
LTX	Lebertransplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen
LVAD	Linksherzunterstützungssystems (left ventricular assist device)
MDS	Minimaldatensatz
MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen
M&M-Konferenz	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz
n. a.	nicht verfügbar (*not available*)
NLS	Nierenlebendspende
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-Richtlinie	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS TX	Qualitätssicherungsverfahren Transplantationsmedizin
RL	Richtlinie
RVAD	Rechtsherzunterstützungsystem (*right ventricular assist device*)

Abkürzung	Bedeutung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SOP	Standardarbeitsanweisung (*standard operating procedure*)
TAH	Kunstherzen (*total artficial heart*)
TKez	Transparenzkennzahl
TX	Transplantationsmedizin
VA-ECMO	venoarterielle extrakorporale Membranoxygenierung

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* (*QS TX*) verfolgt die Ziele der Verbesserung der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen und der Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen und von Folgeerkrankungen bei transplantationsmedizinischen Eingriffen sowie der Verbesserung der Indikationsstellung bei Herzunterstützungssystemen. Es startete am 1. Januar 2020 im Rahmen der DeQS-RL. Zuvor waren die einzelnen Auswertungsmodule als separate QS-Verfahren nach der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-Richtlinie) geregelt. Das Verfahren *QS TX* setzt sich aus den Auswertungsmodulen

- Herztransplantationen (*TX-HTX*)
- Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen (*TX-MKU*)
- Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (*TX-LUTX*)
- Lebertransplantationen (*TX-LTX*)
- Leberlebendspenden (*TX-LLS*) und
- Nierenlebendspenden (*TX-NLS*)

zusammen. Während die Indikatorensets der Auswertungsmodule *TX-HTX*, *TX-LUTX* sowie *TX-LTX* auf die Qualität der Versorgung von Transplantationspatientinnen und –patienten fokussiert, zielen die Indikatorensets der Auswertungsmodule *TX-LLS* und *TX-NLS* darauf ab, die Qualität der Versorgung von Leber- und Nierenlebendspenderinnen und -spendern abzubilden.

Im Vergleich zu anderen QS-Verfahren umfasst die Transplantationsmedizin nur wenige Fälle pro Jahr. Die DeQS-RL legt daher sowie aufgrund der Unvorhersehbarkeit des Eintritts sowie des Ortes von Ereignissen, besonders des Follow-ups, eine Vollerhebung fest, die auch Minderjährige und privat versicherte Patientinnen und Patienten einschließt.

Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups

Im letztjährigen BQB wurde bereits über Komplikationen bei der Verknüpfung von QS-Datensätzen des Indexeingriffes mit denen des Follow-up berichtet, sowie über deren Implikationen für die Auswertung der Qualitätsindikatoren, das Stellungnahmeverfahren und mögliche Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Auswertungsjahr 2023. Zum Stellungnahmeverfahren 2024 wurden daraufhin die regulären Anforderungstexte an die Leistungserbringer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bei Indikatoren sowie Auffälligkeitskriterien des Follow-up um diesbezügliche Prüfbitten ergänzt. Hierbei wurde um Angaben zu unterschiedlichen Konstellationen von Verknüpfungsproblemen, bspw. Wechsel des Versicherungsstatus (gesetzliche Krankenversicherung versus private Krankenversicherung), abweichende Befüllung des Versicherungsstatus, ohne dass tatsächlich ein Wechsel erfolgte, fehlende Zustimmung von privat versicherten Patientinnen oder Patienten zur Übermittlung personenbezogener QS-Daten an das IQTIG, abweichende eGK-Versichertennummer/ET-Nummer zwischen Index- und Follow-up-Bogen oder im

Lebendspendebereich Angabe der eGK-Versichertennummer der Empfängerin bzw. des Empfängers statt der der Spenderin bzw. des Spenders, gebeten. Vom IQTIG wurden anschließend Einzelfallanalysen durchgeführt, um die Gründe für die Nichtverknüpfbarkeit der Datensätze systematisch zu erkennen und Lösungsansätze zu identifizieren. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens konnten die Follow-up-Indikatoren zum bekannten Überlebensstatus (HTX: IDs 12253, 12269 und 12289; LUTX: IDs 12397, 12413 und 12433; LTX: IDs 12349, 12365 und 12385; LLS: IDs 12296, 12308 und 12324; NLS: IDs 12440, 12452 und 12468) trotz dieser Verknüpfungsproblematik fachlich-inhaltlich bewertet werden. Der neu implementierte Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" (HTX: ID 252300; LUTX: ID 282300; LTX: ID 272300; LLS: ID 262300; NLS: ID 292300) wurde aufgrund dieser Problematiken häufig mit einer D-Kategorie (Dokumentationsprobleme) bewertet. In manchen Fällen zeigte sich im Bewertungsprozess des Indikators „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation", dass mindestens ein Vorgang aufgrund der Verknüpfungsproblematik nicht in den entsprechenden Indikator zum bekannten Überlebensstatus integriert wurde. In solchen Fällen forderte das IQTIG eine Stellungnahme für diesen Vorgang im jeweiligen Follow-up-Indikator nach, um die gesamte Qualitätssituation betrachten und bewerten zu können.

Herztransplantationen

1 Hintergrund

Das Auswertungsmodul *TX-HTX* bezieht sich auf Patientinnen und Patienten, bei denen eine Herztransplantation durchgeführt wurde. Diese stellt eine Möglichkeit zur Therapie bei vorliegender fortgeschrittener Herzinsuffizienz dar, nachdem andere medikamentöse und operative Therapien zur Behebung der Ursache dieser sehr eingeschränkten Pumpfunktion des Herzens ausgeschöpft wurden.

Herztransplantationen sind häufig die letzte Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit einer Herzinsuffizienz - ohne sie hätten die Patientinnen und Patienten nur noch eine geringe Überlebenszeit. Bei einer Herztransplantation handelt es sich um ein etabliertes Behandlungsverfahren, das jedoch sehr komplex und mit vielen Risiken verbunden ist – insbesondere mit dem Risiko des Versterbens der Patientinnen und Patienten oder einer Organabstoßung. Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können diese Risiken zwar nicht gänzlich verhindert, aber doch zumindest erheblich reduziert werden. Für Patientinnen und Patienten hat die Qualität im Versorungsprozess somit einen unmittelbaren Einfluss auf ihr Überleben. Aus diesem Grund fokussiert das QS-Verfahren im Bereich der Herztransplantationen in erster Linie auf das Überleben der Patientinnen und Patienten. Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, zum Überleben und zum Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen. Hierbei spielt nicht zuletzt die Evaluationsqualität bei Empfängerpatientinnen und Empfängerpatienten bei der Betrachtung der Gesamtqualität eine Rolle.

Qualitätsindikatoren

Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2157) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Anschluss an die Operation und noch während des stationären Aufenthalts versterben. Da auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, mit der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen kann, wird das Überleben auch in den drei Jahren nach der Operation betrachtet (IDs 12253, 12269 und 12289). Die Qualität der Nachsorgestruktur und die Durchführung der Nachsorge wird im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 252300) abgebildet.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-HTX

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungs-jahr
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumen-tation	2024
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumen-tation	2024
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumen-tation	2024
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation	QS-Dokumen-tation	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *TX-HTX* gibt es ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf zur Vollzähligkeit.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen" (ID 852310) der Kategorie „Plausibilität und Vollständigkeit" betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund" dokumentiert wurde. Die Berechnungsergebnisse des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 2157), der Follow-up-Indikatoren zur Sterblichkeit (IDs 12253, 12269, 12289) sowie des Indikators zum Follow-up-Status (ID 252300) beruhen auf der Angabe des Todes als Entlassungsgrund. Dieses Auffälligkeitskriterium wurde eingeführt, da das Ergebnis dieser Indikatoren – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl – verfälscht würde, wenn ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850239) und Überdokumentation (850240) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die Anzahl an Datensätzen übermitteln, die ihrer Sollstatistik entspricht. Mit dem Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up (ID 850257, 850258 und 850259) wird darüber hinaus geprüft, ob die Follow-ups in den zielführenden Zeiträumen erhoben werden.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-HTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852310	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das Modul *TX-HTX* wurde ein Datensatz mehr als erwartet übermittelt. Die Vollzähligkeit liegt damit bei 100,29 % und entspricht nahezu identisch dem Wert des Vorjahres. Trotz einer gestiegenen Gesamtzahl übermittelter Datensätze (AJ 2025: 858; AJ 2024: 753) sank die Anzahl der Leistungserbringer mit mindestens einem übermittelten Datensatz (entlassende Standorte) von 20 auf 18.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-HTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

Tabelle 3: Zählleistungsbereich Herztransplantation (AJ 2025, EJ 2024) – TX-HTX

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	341 341 0	340	100,29
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	17		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	18	18	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	17	17	100,00

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse im Modul *TX-HTX* sind insgesamt als gut zu bewerten. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich bei steigender Fallzahl in der Grundgesamtheit eine leicht rückläufige Anzahl von Leistungserbringern, die Herztransplantationen durchgeführt haben. Die Bundesergebnisse des AJ 2025 sind insgesamt als gut zu bewerten, die Qualitätsindikatorergebnisse auf Bundesebene haben sich verbessert.

Die Anzahl rechnerisch auffälliger Qualitätsindikatorergebnisse bzw. Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis liegt, wie in den Vorjahren, auf einem konstanten Niveau. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lagen einzelne Ergebnisse aus laufenden Stellungnahmeverfahren noch nicht vor.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-HTX

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	10,54 % O = 33 N = 313	10,26 % O = 35 N = 341 (≤ 20,00 %)	vergleichbar
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	82,89 % O = 252 N = 304	83,33 % O = 260 N = 312 (≥ 75,00 %)	vergleichbar
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	80,56 % O = 232 N = 288	81,73 % O = 255 N = 312 (≥ 70,00 %)	vergleichbar
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	77,04 % O = 151 N = 196	78,47 % O = 226 N = 288 (≥ 65,00 %)	vergleichbar
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation	O = 54 N = 842	O = 44 N = 956 (≤ 1,00 Fall)	vergleichbar

© IQTIG 2025

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-HTX

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	6 von 19	31,58	2
		2024	4 von 17	23,53	3
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	4 von 17	23,53	-
		2024	4 von 19	21,05	0
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	5 von 20	25,00	-
		2024	4 von 19	21,05	0
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	5 von 19	26,32	-
		2024	4 von 20	20,00	1
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztrans-plantation	2023	6 von 21	28,57	-
		2024	7 von 21	33,33	5

2.2.2 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus

Tabelle 6: QI 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	11,75 % O = 43 N = 366	10,54 % O = 33 N = 313	**10,26 %** **O = 35** **N = 341**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 19 26,32 %	6 von 19 31,58 %	**4 von 17** **23,53 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	**2 / 6** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 19 (15,79 %)	**2 / 19** **(10,53 %)**	n. a.

Das Bundesergebnis des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2157) weist erneut eine positive Tendenz auf.

Bei zwei der sechs rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorenergebnisse erfolgte eine Bewertung mit „qualitativ auffällig“. In einem dieser beiden Fälle wurden im vorausgehenden Stellungnahmeprozess bereits Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel festgestellt. Mit diesem Krankenhaus wurden im vorausgehenden Stellungnahmeprozess bereits Maßnahmen zur Verbesserung vereinbart, zusätzlich hat das Krankenhaus selbst Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Es wurden zudem weitere Hinweise zum Verbesserungspotenzial mitgeteilt. In dem zweiten Fall wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der vom Leistungserbringer verfassten Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringer jedoch Unterstützung durch das IQTIG und ihm wird eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei vier der sechs rechnerisch auffälligen Ergebnisse zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch ausstehenden kollegialen Gesprächen, Begehungen oder weiteren Beratungen mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Zum vorherigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) lagen bei der letztjährigen Berichterstellung zwei Indikatorergebnisse zur „Sterblichkeit im Krankenhaus“ noch nicht vor. In einem der Fälle fand eine Begehung statt, die zu der finalen Bewertung „A99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ geführt hat. Der Leistungserbringer erhielt zusätzlich umfangreiche Erläuterungen zur Bewertungsbegründung und fachliche Hinweise durch das IQTIG. In dem anderen Fall erfolgte eine Bewertung mit „A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln u. a. bezogen auf das Immunsuppressionsmanagement sowie bei der Evaluation bzw. Einschätzung der Organqualität unter Berücksichtigung der klinischen Empfängerrisiken

1-, 2- und 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Tabelle 7: QI 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	82,89 % O = 252 N = 304	**83,33 %** **O = 260** **N = 312**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	4 von 17 23,53 %	**4 von 19** **21,05 %** **(Refbereich: ≥ 75,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 4** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 17** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 8: QI 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	80,56 % O = 232 N = 288	**81,73 %** **O = 255** **N = 312**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	5 von 20 25,00 %	**4 von 19** **21,05 %** **(Refbereich: ≥ 70,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**2 / 5** **(40,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**2 / 20** **(10,00 %)**	n. a.

Tabelle 9: QI 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	77,04 % O = 151 N = 196	**78,47 %** **O = 226** **N = 288**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	5 von 19 26,32 %	**4 von 20** **20,00 %** **(Refbereich: ≥ 65,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 5** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 19** **(0,00 %)**	n. a.

Die Follow-up-Indikatoren zum Überleben bei bekanntem Status messen die Rate an Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus dem transplantierenden Leistungserbringer bekannt ist und die zum Zeitpunkt des jeweils durchgeführten Follow-up leben. In allen Indikatoren kann im Vergleich zum Vorjahresergebnis eine Verbesserung des Bundesergebnisses erkannt werden.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe (IQTIG 2024)).

Bei den rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen des Auswertungsjahres 2024 handelt es sich in der überwiegenden Anzahl (9 von 14) um Vorgänge, die bereits im Vorjahr zu einem früheren Follow-up-Zeitpunkt vorlagen und dementsprechend im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) ausgewertet wurden. Vereinzelt neu hinzugekommene Vorgänge rechtfertigten in diesen Fällen kein qualitativ auffälliges Ergebnis. Deshalb erfolgte eine Bewertung mit „S99 – Sonstiges" mit einem entsprechenden öffentlichen Kommentar. Bei zwei Leistungserbringern wurde das Ergebnis des 2-Jahres-Follow-up (ID 12269) mit „qualitativ auffällig" (A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt) bewertet, da die Anforderungen an die Stellungnahme fachlich nicht erfüllt wurden. Bei einem Leistungserbringer musste das Indikatorergebnis im 1-Jahres-Follow-up aufgrund der in der Vorbemerkung beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups in Kombination mit Dokumentationsproblemen bzw. -fehlern mit „D99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)" bewertet und entsprechend kommentiert werden. Zusätzlich konnte das IQTIG hier fachliche Hinweise geben.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen für zwei der vier rechnerisch auffälligen Ergebnisse zu diesem Zeitpunkt aufgrund eines noch ausstehenden kollegialen Gespräches bzw. weiterem

Analyse- und Beratungsbedarfs mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation

Tabelle 10: QI 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	O = - N = -	O = 54 N = 842	**O = 44** **N = 956**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	6 von 21 28,57 %	**7 von 21** **33,33 %** **(Refbereich: ≤ 1,00 Fall)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 6** **(16,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 21** **(4,76 %)**	n. a.

Der Indikator wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Patientinnen und Patienten betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus seltener unbekannt, was auch vor dem Hintergrund der steigenden Grundgesamtheit eine positive Entwicklung ist.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe (IQTIG 2024)).

Zum Auswertungsjahr 2024 erfolgte nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens bei vier Leistungserbringern eine Bewertung mit „D80 – Unvollzählige oder falsche Dokumentation" aufgrund der in der Vorbemerkung beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups in Kombination mit Dokumentations- bzw. Exportfehlern oder fehlendem (automatischen) Übertrag notwendiger Datenfelder in den Dokumentationsbogen. In einem Fall musste aufgrund einer unzureichenden Stellungnahme mit „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet werden.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 stand die qualitative Bewertung für ein rechnerisch auffälliges Ergebnis zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch nicht abgeschlossenen Beratungen mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnte diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Modul *TX-HTX* werden zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (ID 850239, 850240, 850257, 850258 und 850259) und ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet (ID 852310). Insgesamt weisen die Auffälligkeitskriterien stabile Ergebnisse auf. Auch wenn die Ergebnisse auf Bundesebene teilweise knapp außerhalb des definierten Referenzbereichs liegen (ID 850257 und 850259), kann im Vergleich zum Vorjahr eine Verbesserung festgestellt werden.

Bei Betrachtung der Anzahlen rechnerisch auffälliger Ergebnisse bzw. an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligem Ergebnis wird deutlich, dass sich diese seit Jahren auf einem ähnlichen Niveau befinden.

Tabelle 11: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-HTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852310	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen	0,00 % 0/341 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)	100,29 % 341/340 (≥ 100,00 %)
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)	100,29 % 341/340 (≤ 110,00 %)
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	94,46 % 273/289 (≥ 95,00 %)
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	95,26 % 261/274 (≥ 95,00 %)
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	93,93 % 232/247 (≥ 95,00 %)

Tabelle 12: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-HTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852310	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	0 von 17	0,00	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	0 von 18	0,00	0
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	0 von 18	0,00	0
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	5 von 19	26,32	4
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	6 von 19	31,58	3
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	5 von 19	26,32	3

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation (Herztransplantation) und Überdokumentation (Herztransplantation)

Tabelle 13: AK 850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	103,39 % O = 366 N = 354	100,64 % O = 313 N = 311	**100,29 %** **O = 341** **N = 340**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 20 0,00 %	0 von 20 0,00 %	**0 von 18** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 20 (0,00 %)	**0 / 20** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 14: AK 850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	103,39 % O = 366 N = 354	100,64 % O = 313 N = 311	**100,29 %** **O = 341** **N = 340**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 20 5,00 %	0 von 20 0,00 %	**0 von 18** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 (0,00 %)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 20 (0,00 %)	**0 / 20** **(0,00 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2025 können hier sehr gute Ergebnisse festgestellt werden, ein rechnerisch auffälliges Ergebnis zeigt sich für keinen Leistungserbringer.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up

Tabelle 15: AK 850257: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	92,39 % O = 267 N = 289	**94,46 %** **O = 273** **N = 289**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	7 von 19 36,84 %	**5 von 19** **26,32 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**2 / 7** **(28,57 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**2 / 19** **(10,53 %)**	n. a.

Tabelle 16: AK 850258: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	93,36 % O = 239 N = 256	**95,26 %** **O = 261** **N = 274**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	5 von 19 26,32 %	**6 von 19** **31,58 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 5** **(20,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**1 / 19** **(5,26 %)**	n. a.

Tabelle 17: AK 850259: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	90,70 % O = 156 N = 172	**93,93 %** **O = 232** **N = 247**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	5 von 18 27,78 %	**5 von 19** **26,32 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 5 (20,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**1 / 18 (5,56 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up (ID 850257, 850258 und 850259) betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1, 2 bzw. 3 Jahre nach dem Transplantationsdatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Transplantation und 60 (ID 850257) bzw. 90 (ID 850258 und 850259) Tagen nach dem Jahrestag der Transplantation zulässig. Auf Bundesebene liegen die Ergebnisse zwar teilweise knapp außerhalb des definierten Referenzbereichs (ID 850257 und 850259), im Vergleich zum Vorjahr kann jedoch eine Verbesserung festgestellt werden.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Auffälligkeitskriterien nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe (IQTIG 2024)).

Hinsichtlich der Follow-up-Auffälligkeitskriterien handelt es sich in der überwiegenden Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2024 (13 von 17) um Fälle, die ebenfalls im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ auffällig wurden. Um eine mehrfache qualitativ auffällige Bewertung von denselben Vorgängen, die hier das Ziel des Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen, zu vermeiden, erfolgte eine „S99 – Sonstiges“-Bewertung mit entsprechender Kommentierung. Bei drei Leistungserbringern wurde zu vier Ergebnissen von Auffälligkeitskriterien das Ergebnis mit „qualitativ auffällig“ (A70 – Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)) bewertet. Gründe waren in zwei Fällen Fehldokumentationen, da ein Re-Export des korrigierten Datensatzes nach Datenlieferfrist stattgefunden hat. In einem Fall wurde kein Follow-up-Bogen zum Versterben des Patienten angelegt und übermittelt. In einem weiteren Fall wurde durch eine Zusammenführung von Krankenhausstandorten und den KIS-Systemen der QS-Bogen für das Follow-up in der QS-Dokumentationssoftware nicht angelegt.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen

Tabelle 18: AK 852310: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	0,00 % O = 0 N = 313	**0,00 %** **O = 0** **N = 341**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 19 0,00 %	**0 von 17** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**0 / 19** **(0,00 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen“ (ID 852310) wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, hat dies – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl in diesem Auswertungsmodul – Auswirkungen auf die Grundgesamtheit und damit die Berechnungsergebnisse sämtlicher Indikatoren des Moduls *TX-HTX*.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde, wie bereits im Vorjahr, in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-HTX

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	19	-	96	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	19	100,00	96	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	5	26,32	26	27,08
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	5	100,00	26	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	5	100,00	26	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	5	100,00	26	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	5	100,00	26	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	20,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	40,00	7	26,92
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	3	60,00	5	19,23
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	5	19,23
Sonstiges	0	0,00	9	34,62

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 96 Indikatorergebnissen ergaben sich 26 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 15 Leistungserbringer verteilten. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert, auch die des neu implementierten Qualitätsindikators „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" (ID 252300). Im Vergleich zum letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) ergab sich eine ähnliche Verteilung mit 29 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen (inkl. unveröffentlichter Follow-up-Indikatoren), verteilt auf sieben Qualitätsindikatoren und 13 Leistungserbringer.

Fünf der 26 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden u. a. aufgrund von Hinweisen auf Mängel bei präoperativer Planung und Evaluation sowie für den intra- und postoperativen Verlauf oder die Unterschätzung für das Outcome relevanter Risikofaktoren als qualitativ auffällig bewertet. In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsproblemen sowie Hinweise zu Verbesserungspotenzialen, u. a. zur Konzeption der M&M-Konferenzen nach Leitfaden der Bundesärztekammer sowie einer Nachhaltung durch entsprechend gelenkte Protokollierung. Diese ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können. Mit einem der Krankenhäuser wurden bereits im vorausgehenden Stellungnahmeprozess Maßnahmen zur Verbesserung vereinbart. Zusätzlich hatte das Krankenhaus auch bereits selbst Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der zuvor beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung sowie (IQTIG 2024)) betroffen. Aufgrund des zuvor beschriebenen gezielten Austauschs mit den Leistungserbringern war eine entsprechende Berücksichtigung bei der qualitativen Auswertung möglich.

In einigen Stellungnahmen wurden die Anforderungen an die Stellungnahme fachlich nicht erfüllt, weshalb entsprechend mit „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet wurde. Auch wurden in einigen Fällen die Vorgaben zur Anonymisierung nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 –

Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringer jedoch Unterstützung durch das IQTIG und ihm wird eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei sieben der 26 rechnerisch auffälligen Ergebnisse standen die qualitativen Bewertungen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch ausstehenden kollegialen Gesprächen oder weiteren Beratungen mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden. Mit drei Leistungserbringern mussten, aufgrund von wiederholt festgestellten qualitativen Problemen in einem Indikator in mehreren aufeinander folgenden Auswertungsjahren oder einer festgestellten mehrfachen qualitativen Problematik in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren innerhalb eines Auswertungsjahres, zur Unterstützung des Bewertungsprozesses kollegiale Gespräche erfolgen. In all diesen Gesprächen wurde der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 2157) adressiert, in einem der drei Gespräche zusätzlich auch der Indikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status" (ID 12253).

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-HTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
7	7	1	5	0	0

Von sieben Leistungserbringern mit jeweils mindestens zwei rechnerisch auffälligen Ergebnissen erhielten fünf Leistungserbringer eine qualitativ auffällige Bewertung. Bei zwei dieser sieben Leistungserbringer war eine Bewertung zum Berichtszeitpunkt noch ausstehend. Die übrigen rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)" bewertet, da die Indikatorergebnisse lediglich auf auffälligen Vorgängen beruhten, die bereits im Vorjahr zu einem früheren Follow-up-Zeitpunkt vorlagen und dementsprechend im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) ausgewertet wurde. Bei zwei dieser sieben Leistungserbringer ist eine Bewertung zum Berichtszeitpunkt noch ausstehend.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-HTX

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	40	100,00	115	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1	2,50	17	14,78
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1	100,00	17	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	1	100,00	17	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	100,00	17	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	100,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	0	0,00	4	23,53
Sonstiges	0	0,00	13	76,47
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 115 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul resultierten 17 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf acht Leistungserbringer verteilten. Alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) gab es insgesamt 113 Ergebnisse (inkl. unveröffentlichter Follow-up-Auffälligkeitskriterien) zu Auffälligkeitskriterien.

Vier der 17 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Gründe dafür waren Fehldokumentationen, ein Re-Export eines korrigierten Datensatzes nach Ablauf der Datenlieferfrist, eine ausbleibende Anlage und Übermittlung eines Follow-up-Bogens zum Versterben des Patienten sowie die Nicht-Anlage eines QS-Bogens für das Follow-up infolge der Zusammenführung von Krankenhausstandorten und deren KIS-Systemen.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die zuvor beschriebene Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung) berücksichtigt.

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-HTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
3	1	4	2	1	0

Bei einem Leistungserbringer mit einer rechnerischen Auffälligkeit in zwei Auffälligkeitskriterien wurden beide Ergebnisse qualitativ auffällig bewertet, da ein Re-Export des korrigierten Datensatzes erst nach Datenlieferfrist stattgefunden hat.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *TX-HTX* wurden insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und anschließend in den Expertengremiumssitzungen die folgenden Themen in der Bundesfachkommission aufgegriffen.

Als ein Diskussionspunkt wurde die Relevanz der strukturierten Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) mit interdisziplinärer und tiefgreifender Aufarbeitung von Fällen gemäß Leitfaden der Bundesärztekammer intensiv besprochen.

Daneben bildeten auch die langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben von Organempfängerinnen und Organempfängern einen Schwerpunkt der Diskussion, an die sich Abwägungen zum Aufbau des Indikatorensets im Follow-up-Bereich anschließen werden. Dementsprechend wird derzeit eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bis zu 10 Jahren nach erfolgter Transplantation diskutiert.

Bezüglich der Verknüpfungsproblematik von Indexeingriffen und den zugehörigen Follow-ups wurden ebenfalls Beratungen mit den Expertinnen und Experten durchgeführt. Die fehlerhafte Verknüpfung ließ sich hauptsächlich auf fehlerhafte Angaben bei patientenidentifizierenden Merkmalen zurückführen, die sowohl manuell als auch softwarebasiert fehlerhaft angegeben wurden sowie auf zu spät übermittelte Datensätze. Hier lässt sich der Bedarf für eine optimierte Datenerfassung patientenidentifizierender Maßnahmen erkennen. Aber z. B. auch der zwischenzeitliche Wechsel des Versicherungstyps zwischen gesetzlicher und privater Versicherung verhindert in wenigen Fällen die Verknüpfbarkeit von Indexeingriffen und zugehörigen Follow-ups. Dies ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierungswege der patientenidentifizierenden Merkmale je nach gesetzlicher oder privater Versicherung systemimmanent.

5 Ausblick

Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln auch im AJ 2024 eine sehr gute medizinische Versorgung im Bereich der Herztransplantationen wider. Auch gemäß Bundesfachkommission wird deutlich, dass sich die Ergebnisqualität trotz der immer komplexer werdenden Situationen auf Spender- und Empfängerseite kontinuierlich verbessere und sich im internationalen Vergleich sehr gut darstelle. Dies wird auch durch die konsequente und sensitive Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erreicht. Länger werdende Überlebenszeiten bereichern das Leben Transplantierter, geben aber auch Aufschluss über die Behandlungsqualität. Dementsprechend wird eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume in diesem Auswertungsmodul angestrebt.

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch das QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* (*QS TX*). Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der G-BA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* zunächst nicht zu folgen (G-BA 2025). Neben der Streichung des Indikators zum unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 252300) hatte das IQTIG die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern sowie die Umstellung der Datenakquise auf Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim G-BA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern und die Umstellung auf Sozialdaten einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, hier besonders auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z. B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle.

Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen

1 Hintergrund

Das Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (*TX-MKU*) bezieht sich auf Patientinnen und Patienten, bei denen ein Herzunterstützungssystem bzw. Kunstherz implantiert wurde. Auch wenn Herztransplantationen häufig die letzte Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit einer Herzinsuffizienz sind, stellen Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen eine Möglichkeit zur Therapie bei vorliegender fortgeschrittener Herzinsuffizienz dar, nachdem andere medikamentöse und operative Therapien zur Behebung der Ursache dieser sehr eingeschränkten Pumpfunktion des Herzens ausgeschöpft wurden. Insbesondere hat die Bedeutung von Herzunterstützungssystemen im Sinne einer sogenannten „destination therapy", also als letzte Therapiemöglichkeit für Patientinnen und Patienten, die nach sorgfältiger Evaluation für eine Herztransplantation nicht infrage kommen, erheblich zugenommen. Herzunterstützungssysteme und Kunstherzen dienen der Unterstützung des Herzens bei einer verminderten Pumpfunktion. Sie waren ursprünglich zur Überbrückung der mehr oder weniger langen Wartezeit bis zu einer Herztransplantation entwickelt worden. Sie gewinnen nun aber immer mehr an Bedeutung, da sie sowohl als vorübergehende Unterstützung dienen als auch die endgültige Therapieoption darstellen, wenn eine Transplantation medizinisch nicht oder nicht mehr möglich ist.

Inzwischen wurde auch dazu übergegangen, die Systeme frühzeitiger einzusetzen, um irreversible Schäden als Folge der Herzinsuffizienz an anderen Organen (z. B. Nieren, Leber) vorzubeugen. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung dieser Therapieform in der medizinischen Versorgung finden Herzunterstützungssysteme und Kunstherzen immer häufiger Anwendung. Unterschieden wird zwischen folgenden Systemen:

- linksventrikuläres Herzunterstützungssystem (*left ventricular assist device*, LVAD): unterstützt die Funktion der linken Herzkammer und pumpt das Blut von der linken Herzkammer in die Aorta, es ist das am häufigsten implantierte System
- rechtsventrikuläres Herzunterstützungssystem (*right ventricular assist device*, RVAD): unterstützt die Funktion der rechten Herzkammer und pumpt das Blut von der rechten Herzkammer in die Lungenarterie
- biventrikuläres Herzunterstützungssystem (*biventricular assist device*, BiVAD): unterstützt die Funktion beider Herzkammern
- Kunstherz (*total artificial heart*, TAH): vollständiger künstlicher Ersatz des Herzens

Die Entscheidung, ob und unter welchen Bedingungen Patientinnen und Patienten von einem Herzunterstützungssystem profitieren, ist in der Praxis oftmals schwierig und nicht zuletzt auch unter Expertinnen und Experten Gegenstand von Diskussionen. Zielgenaue Kriterien, unter welchen Bedingungen diese Systeme eingesetzt werden und ob die damit verbundenen Risiken einem adäquaten Nutzen für die Patientinnen und Patienten gegenüberstehen, lassen sich nur schwer identifizieren. Daher ist für jede Patientin und jeden Patienten das individuelle Risiko, nach dem Eingriff zu versterben bzw. schwerste Komplikationen zu entwickeln, bei der Entscheidung für

oder gegen das Einsetzen eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens ausreichend zu berücksichtigen. Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können diese Risiken zwar nicht verhindert, aber doch zumindest reduziert werden.

Das Indikatorenset des Auswertungsmoduls *TX-MKU* fokussiert auf die Sterblichkeit im Krankenhaus, auf das Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens sowie auf Komplikationen (neurologische Komplikationen, Sepsis und Fehlfunktion des Systems) bei der Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens. Damit werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Indikationsstellung, die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe, die Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen, die Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen sowie die Verringerung von Folgeerkrankungen.

Qualitätsindikatoren

Der Qualitätsindikator „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens" (ID 251801) soll prüfen, wie hoch die Sterbewahrscheinlichkeit nach einer solchen Implantation innerhalb eines Krankenhauses im Durchschnitt ist. Die im Indikator berücksichtigte Sterbewahrscheinlichkeit wird hierbei fallweise geschätzt. Dies geschieht auf Basis von bestimmten Risikofaktoren, die bei den Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses vorliegen und im Rahmen der QS-Dokumentation erfasst werden (z. B. das Alter der Patientinnen und Patienten sowie die Art des eingesetzten Systems). Zusätzlich wird auch die Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 251800) betrachtet. Um diesbezüglich einen fairen Vergleich zwischen einzelnen Krankenhäusern zu ermöglichen, wird dieser Indikator risikoadjustiert ausgewertet.

Die Indikatoren und Kennzahlen zu neurologischen Komplikationen bei der Implantation eines Herzunterstützungssystems (IDs 52385, 52386 und 52387), zur Sepsis bei der Implantation eines Herzunterstützungssystems (IDs 52388, 52389 und 52390) sowie zur Fehlfunktion des Systems bei der Implantation eines Herzunterstützungssystems (IDs 52391, 52392 und 52393) erfassen das Auftreten von Komplikationen bei bzw. nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens. Dabei ist jeweils für die Indikatoren, die Patientinnen und Patienten mit Implantation eines LVAD betrachten, ein Referenzbereich festgelegt. Für die Kennzahlen, die Patientinnen und Patienten mit Implantation eines BiVAD oder eines TAH betrachten, ist hingegen derzeit aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen und daher schwieriger statistischer Einordnung kein Referenzbereich festgelegt.

Tabelle 23: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – TX-MKU

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QS-Dokumentation	2024
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QS-Dokumentation	2024
52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD*	QS-Dokumentation	2024
52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QS-Dokumentation	2024
52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD*	QS-Dokumentation	2024
52390	Sepsis bei Implantation eines TAH*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QS-Dokumentation	2024
52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD*	QS-Dokumentation	2024
52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH*	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *TX-MKU* gibt es zwei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und zwei zur Vollzähligkeit.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen“ (ID 852311) der Kategorie „Plausibilität und Vollständigkeit“ betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ dokumentiert wurde. Die Berechnungsergebnisse der Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800) und „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (ID 251801) beruhen auf der Angabe des Todes als Entlassungsgrund. Dieses Auffälligkeitskriterium wurde eingeführt, da das Ergebnis dieser Indikatoren – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl – verfälscht würde, wenn ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist.

VA-ECMO-Implantationen werden im Modul *TX-MKU* eigentlich nicht betrachtet. Wird die Implantation einer VA-ECMO jedoch als Implantation eines Herzunterstützungssystems kodiert, kann

eine Dokumentationspflicht ausgelöst werden. Da es sich hierbei u. U. um eine Fehlkodierung und somit um einen Dokumentationsfehler handelt, wird dies in dem Auffälligkeitskriterium zur Angabe von VA-ECMO bei Systemart (851807) betrachtet. Die konsequente Kodierung von VA-ECMO-Systemen mit thorakalem Zugang betrifft jedoch gleichbleibend über mehrere Jahre nur wenige Leistungserbringer.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850249) und Überdokumentation (ID 850250) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die Anzahl an Datensätzen übermitteln, die ihrer Sollstatistik entspricht.

Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-MKU

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart	QS-Dokumentation
852311	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das Modul *TX-MKU* wurden zwei Datensätze mehr übermittelt als erwartet wurden, einer davon als Minimaldatensatz. Die Vollzähligkeit liegt bei 100,23 % und ist damit nahezu identisch im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024: 100,53 %). Festzustellen ist eine deutliche Zunahme bei der Anzahl der gelieferten Datensätze von 753 im Auswertungsjahr 2024 auf 858 im Auswertungsjahr 2025. Die Bundesfachkommission bewertete diese Zunahme aufgrund steigender Fallzahlen als plausibel. Die Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens einen Datensatz übermittelt haben, stieg um 3 Standorte an.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-MKU* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

Tabelle 25: Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen (AJ 2025, EJ 2024) – TX-MKU

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	858 857 1	856	100,23
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	61		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	63	64	98,44
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	60	60	100,00

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Für die Bundesergebnisse im Modul *TX-MKU* liegen die Bundesergebnisse aller Indikatoren erneut innerhalb des definierten Referenzbereichs. Anhand dieser Ergebnisse zeigt sich demnach im Vergleich zum Vorjahr keine wesentliche Änderung der Versorgungsqualität in der bundesweiten Betrachtung. Bemerkenswert ist allerdings der recht deutliche Anstieg im Nenner sämtlicher Indikatoren und Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr. Nach Ansicht der Bundesfachkommission

ist dies plausibel, da die Anzahl der implantierten Herzunterstützungssysteme tatsächlich zunimmt.

Darüber hinaus steigt der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer Sepsis im postoperativen Verlauf (AJ 2024: 6,34 %; AJ 2025: 8,41 %) und damit verbunden auch der Anteil an Leistungserbringern mit einer rechnerischen Auffälligkeit im entsprechenden Indikator (ID 52388). Die Bundesfachkommission wies darauf hin, dass Infektionen bei den aktuell implantierten Herzunterstützungssystemen aufgrund des größeren Durchmessers ihrer *Driveline* wahrscheinlicher seien. Die *Driveline* verbindet das System mit der externen Energiequelle und Steuereinheit und führt somit aus dem Körper heraus. Ein größerer Durchmesser der Austrittsstelle erhöht hierbei das Risiko für eine Infektion. Dies werde auf Kongressen aktuell stark diskutiert. Ob sich dies auch als Ursache für den Anstieg des Anteils rechnerisch auffälliger Leistungserbringer bestätigt, muss im Stellungnahmeverfahren geklärt werden.

Bei dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems" (ID 251800) zeigte sich im Auswertungsjahr 2024 sowohl ein Anstieg der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (AJ 2023: 16,98 %, AJ 2024: 31,03 %) als auch der qualitativ auffälligen Bewertungen (AJ 2023: 7,55 %, AJ 2024: 18,97 %). Gründe hierfür waren bspw. mangelnde Evaluation von Risikofaktoren und unzureichende diagnostische Maßnahmen im Behandlungsverlauf sowie ein teilweise daraus resultierendes inadäquates (post)operatives Behandlungsmanagement. Dieser statistische Trend scheint sich im Auswertungsjahr 2025 fortzuführen, da der Anteil rechnerisch auffälliger Ergebnisse erneut auf 36,21 % anstieg.

Auch für den Indikator „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD" (ID 52385) ließ sich im Auswertungsjahr 2024 ein Anstieg der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (AJ 2023: 3,77 %, AJ 2024: 10,34 %) sowie der qualitativ auffälligen Bewertungen (AJ 2023: 1,89 %, AJ 2024: 5,17 %) feststellen. Bei diesem Indikator sank der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse jedoch zum Auswertungsjahr 2025 wieder leicht auf 8,62 %.

Tabelle 26: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – TX-MKU

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	1,00 O/E = 132 / 132,00 18,97 % O/N = 132 / 696	0,96 O/E = 150 / 155,92 19,26 % O/N = 150 / 779 (≤ 1,36)	eingeschränkt vergleichbar
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	19,31 % E = 122,81 N = 636	20,16 % E = 145,16 N = 720 (≤ 35,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems				
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	7,08 % O = 48 N = 678	6,94 % O = 52 N = 749 (≤ 20,00 %)	vergleichbar
52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD*	x % O = ≤ 3 N = 20	0,00 % O = 0 N = 25	vergleichbar
52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH*	0,00 % O = 0 N = ≤ 3	x % O = ≤ 3 N = 17	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems				
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	6,34 % O = 43 N = 678	8,41 % O = 63 N = 749 (≤ 20,00 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD*	x % O = ≤ 3 N = 20	16,00 % O = 4 N = 25	vergleichbar
52390	Sepsis bei Implantation eines TAH*	0,00 % O = 0 N = ≤ 3	x % O = ≤ 3 N = 17	vergleichbar
Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems				
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	0,59 % O = 4 N = 678	x % O = ≤ 3 N = 749 (≤ 5,00 %)	vergleichbar
52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD*	0,00 % O = 0 N = 20	x % O = ≤ 3 N = 25	vergleichbar
52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH*	0,00 % O = 0 N = ≤ 3	0,00 % O = 0 N = 17	vergleichbar

© IQTIG 2025

Tabelle 27: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-MKU

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auf-fällig
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungs-systems	2023	18 von 58	31,03	4
		2024	21 von 58	36,21	9
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherz-ens	2023	2 von 44	4,55	0
		2024	1 von 48	2,08	0
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	2023	6 von 58	10,34	0
		2024	5 von 58	8,62	1
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	2023	3 von 58	5,17	0
		2024	10 von 58	17,24	0
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	2023	3 von 58	5,17	0
		2024	1 von 58	1,72	0

2.2.2 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems

Tabelle 28: QI 251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,04 O/E = 129 / 124,30 20,03 % O/N = 129 / 644	1,00 O/E = 132 / 132,00 18,97 % O/N = 132 / 696	**0,96** **O/E = 150 / 155,92** **19,26 %** **O/N = 150 / 779**
rechnerische Auffälligkeiten	9 von 53 16,98 %	18 von 58 31,03 %	**21 von 58** **36,21 %** **(Refbereich: ≤ 1,36)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 9 (44,44 %)	**11 / 18** **(61,11 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 53 (7,55 %)	**11 / 58** **(18,97 %)**	n. a.

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800) betrachtet den Anteil der Operationen zur Implantation eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens, nach denen eine Patientin bzw. ein Patient verstarb. Für eine adäquate Bewertung hinsichtlich des heterogenen Versterberisikos nach Implantationen der verschiedenen Systemarten (LVAD, RVAD, BiVAD und TAH) wird für diesen Indikator eine Risikoadjustierung mittels eines logistischen Regressionsmodells verwendet. Dieses Regressionsmodell berücksichtigt die folgenden Risikofaktoren:

- Patientenalter
- Intermacs-Level der Patientin / des Patienten
- implantierte Systemart
- Lage des Unterstützungssystems
- Thorakale Voroperationen.

Auf Bundesebene zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025, dass 4 % weniger Ereignisse eingetreten sind, als erwartet wurde.

Beim Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800) (AJ 2023: 16,98 %, AJ 2024: 31,03 %) zeigte sich, dass der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer im Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 anstieg.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 zeigte sich ebenso eine Zunahme des Anteils qualitativ auffälliger Leistungserbringer (AJ 2023: 7,55 %, AJ 2024:

18,97 %). Gründe hierfür waren bspw. mangelnde Evaluation von Risikofaktoren und unzureichende diagnostische Maßnahmen im Behandlungsverlauf sowie ein teilweise auch hieraus resultierendes inadäquates (post)operatives Behandlungsmanagement. Für das Auswertungsjahr 2025 zeigt sich für diesen Indikator erneut ein Anstieg des Anteils rechnerisch auffälliger Ergebnisse auf 36,21 %.

Zum Auswertungsjahr 2024 erfolgte nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens bei 11 der 18 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnisse zu diesem Indikator eine Bewertung mit „qualitativ auffällig". Bei sieben Indikatorergebnissen erfolgte die Bewertung mit der Kategorie „A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel" basierend auf mangelnder Evaluation von klinischen Risikofaktoren und nicht ausreichenden diagnostischen Maßnahmen zur Einschätzung der klinischen Gesamtsituation sowie teilweise auch hieraus resultierend inadäquatem (post)operativem Behandlungsmanagement. Insbesondere stellte sich die Evaluation bzw. präoperative Einschätzung der Rechtsherzfunktion mit entsprechendem Komplikationsrisiko bei einigen Leistungserbringern als kritisch heraus. Dabei spielte die unzureichende Indikationsstellung bzw. das Management unter mangelnder Berücksichtigung des Einsatzes von temporären Herzunterstützungssystemen als *bridge-to-decision-therapy* eine nicht unerhebliche Rolle. Auch bei elektiven Eingriffen kam es teilweise zu gravierenden Komplikationen. Kritisiert wurde zudem eine unzureichende interdisziplinäre Evaluation oder (Mit-)Betreuung der Patientinnen und Patienten bei entsprechenden Komorbiditäten oder klinischen Risiken, bspw. hinsichtlich der psychologischen Komponente. In einigen Fällen fehlte für eine ausreichende Aufarbeitung und nachhaltige Verbesserungsmöglichkeiten eine ausreichend interdisziplinär organisierte und strukturierte M&M-Konferenz. Auch aus Einzelfällen erkennbare sinnvolle und notwendige Ableitungen von Maßnahmen für weitere Behandlungsfälle konnten häufig nicht festgestellt werden. In einem Fall wurde seitens des Leistungserbringers keine Stellungnahme eingereicht, woraufhin folgerichtig eine Bewertung mit „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" erfolgten. Eine weitere „A72"-Bewertung erfolgte, da keine qualitätsorientierte epikritische Aufarbeitung erfolgte, sondern Auszüge aus Arztbriefen übermittelt wurden, womit relevante und notwendige Aspekte nicht mitgeteilt wurden.

In einem Fall wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der vom Leistungserbringer verfassten Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringer jedoch Unterstützung durch das IQTIG und ihm wird eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Zwei rechnerisch auffällige Qualitätsindikatorergebnisse wurden mit „U62" und „U99" qualitativ unauffällig bewertet, da kein fehlerhafter oder kritischer Behandlungsprozess erkennbar war.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei fünf der rechnerisch auffälligen Ergebnisse zu diesem Zeitpunkt aufgrund eines noch ausstehenden kollegialen Gespräches bzw. weiterem Analyse- und Beratungsbedarf mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Im Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2023 lagen bei der letztjährigen Berichterstellung fünf Indikatorergebnisse zur „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems" nicht final abgeschlossen vor. In einem Fall fand eine Begehung statt und führte zur Bewertung „A99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)" und entsprechender Kommentierung. Das IQTIG hat dem Leistungserbringer umfangreiche Erläuterungen zur Bewertungsbegründung und fachliche Hinweise mitgeteilt. Zu drei weiteren Indikatorergebnissen erfolgte nach kollegialem Gespräch ebenfalls eine qualitativ auffällige Bewertung jeweils mit „A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel", „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bzw. „A99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)". In einem Fall konnte das geplante kollegiale Gespräch durch Terminabsage des Leistungserbringers erst im Kalenderjahr 2025 unter Berücksichtigung auch der aktuelleren Ergebnisse stattfinden.

Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens

Tabelle 29: QI 251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	19,56 % E = 116,41 N = 595	19,31 % E = 122,81 N = 636	**20,16 %** **E = 145,16** **N = 720**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 37 2,70 %	2 von 44 4,55 %	**1 von 48** **2,08 %** **(Refbereich: ≤ 35,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	**2 / 2** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 37 (2,70 %)	**2 / 44** **(4,55 %)**	n. a.

Der Indikator „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens" (ID 251801) betrachtet das durchschnittliche Risiko der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers. Ein hohes durchschnittliches Risiko deutet darauf hin, dass für die bei dem entsprechenden Leistungserbringer behandelte Nennerpopulation ein Versterben im Krankenhausaufenthalt laut Risikomodell vergleichsweise häufiger erwartet wird. Auf Bundesebene wurden im Auswertungsjahr 2025 ca. 145 Todesfälle bei insgesamt 720 Implantationen von Herzunterstützungssystemen erwartet.

Bei beiden rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen im Auswertungsjahr 2024 zu diesem Indikator erfolgte nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens eine Bewertung mit „qualitativ auffällig" (1-mal A99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert), 1-mal A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel). Gründe waren ein unklarer Evaluations- und Entscheidungsprozess, nicht zuletzt durch teilweise fehlende Angaben in den Epikrisen. Unter anderem wurden keine systematischen Strukturen bei interdisziplinärer Entscheidungsfindung erkannt. Anpassungsbedarf wurde bei seit einiger Zeit nicht überarbeiteten SOP gesehen. Indikationsstellungen waren in einigen Fällen nicht nachvollziehbar und wurden hinsichtlich des Implantationszeitpunkts bei nicht ausreichend kompensierter klinischer Gesamtsituation kritisch gesehen. In einem kollegialen Gespräch konnte der Leistungserbringer darlegen, dass umfangreiche Neustrukturierungen des LVAD-Programms zur Qualitätsverbesserung mit Relevanz für den gesamten Behandlungsprozess eingeleitet wurden.

Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems

Tabelle 30: QI 52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	5,35 % O = 34 N = 636	7,08 % O = 48 N = 678	**6,94 %** **O = 52** **N = 749**
rechnerische Auffälligkeiten	2 von 53 3,77 %	6 von 58 10,34 %	**5 von 58** **8,62 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 (50,00 %)	**3 / 6** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 53 (1,89 %)	**3 / 58** **(5,17 %)**	n. a.

Tabelle 1: TKez 52386: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 22	x % O = ≤ 3 N = 20	**0,00 %** **O = 0** **N = 25**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 31: TKez 52387: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 5	0,00 % O = 0 N = ≤ 3	**x %** **O = ≤ 3** **N = 17**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der Indikator und die beiden Transparenzkennzahlen der Gruppe „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems" messen die Rate an Operationen zur Implantation eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens, nach denen eine relevenate neurologische Komplikation bzw. ein relevantes zerebrovaskuläres Ereignis auftrat.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei drei der sechs rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnisse im Auswertungsjahr 2024 zu „Neurologische[n] Komplikationen bei Implantation eines LVAD" erfolgte nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens eine Bewertung mit „qualitativ auffällig" (A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel). Gründe hierfür waren bspw. unzureichende neurologische Evaluationsprozesse bzw. unklare Evaluationskonzepte oder intraoperative neurologische Diagnostik oder Monitoring, wodurch bestehende Risikofaktoren für neurologische Komplikationen und ein angepasstes Management nicht ausreichend erkannt bzw. umgesetzt wurde. Zudem mussten das operativ-technische Management sowie das Gerinnungs- bzw. Volumenmanagement in einigen Fällen kritisch hinterfragt werden. Ableitbare Maßnahmen wurden seitens der Leistungserbringer häufig nicht erkannt oder umgesetzt. Ein Leistungserbringer leitete allerdings ausführliche Maßnahmen zur Verbesserung des Evaluationsprozesses vor LVAD-Implantation, der operativen Vorbereitung und für den operativen Ablauf ab. Als Verbesserung wurde bspw. angemerkt, die Verbindung der QM-Systeme voranzutreiben, wodurch bspw. frühzeitig Auffälligkeiten identifiziert und diesen begegnet werden könnte. Auch in diesem Indikator wurden einige Leistungserbringer auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Interdisziplinarität der M&M-Konferenzen hingewiesen.

Ein rechnerisch auffälliges Qualitätsindikatorergebnis wurde mit „U62 – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle" als qualitativ unauffällig bewertet, da kein fehlerhafter oder kritischer Behandlungsprozess erkennbar war.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei zwei rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu „Neurologische[n] Komplikationen bei Implantation eines LVAD" zu diesem Zeitpunkt aufgrund

von noch nicht abgeschlossenen Beratungen mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Im Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2023 lagen bei der letztjährigen Beichterstellung bei einem Indikatorergebnis zu „Neurologische[n] Komplikationen bei Implantation eines LVAD" noch keine qualitative Bewertung vor. Nach Stattfinden einer Begehung wurde das Ergebnis final mit „A99" abgeschlossen. Das IQTIG hat dem Leistungserbringer umfangreiche Erläuterungen zur Bewertungsbegründung und fachliche Hinweise mitgeteilt.

Die Entwicklung der Zunahme des Anteils an Leistungserbringern mit qualitativ auffälliger Bewertung im Indikator dieser Gruppe muss weiter beobachtet werden.

Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems

Tabelle 32: QI 52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	7,23 % O = 46 N = 636	6,34 % O = 43 N = 678	**8,41 %** **O = 63** **N = 749**
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 53 15,09 %	3 von 58 5,17 %	**10 von 58** **17,24 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 8 (37,50 %)	**1 / 3** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 53 (5,66 %)	**1 / 58** **(1,72 %)**	n. a.

Tabelle 33: TKez 52389: Sepsis bei Implantation eines BiVAD

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	18,18 % O = 4 N = 22	x % O = ≤ 3 N = 20	**16,00 %** **O = 4** **N = 25**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 34: TKez 52390: Sepsis bei Implantation eines TAH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 5	0,00 % O = 0 N = ≤ 3	**x %** **O = ≤ 3** **N = 17**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der Indikator und die Transparenzkennzahlen dieser Gruppe messen die Rate an Patientinnen und Patienten mit einer Sepsis im postoperativen Verlauf einer Operation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens.

Wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben ist ein steigender Anteil an aufgetretenen Sepsen sowie ein steigender Anteil an Leistungserbringern mit einer rechnerischen Auffälligkeit im Indikator dieser Gruppe zu verzeichnen (ID 52388). Nach Hinweisen der Bundesfachkommission kann sich der relativ große Durchmesser der *Driveline* bei den aktuell implantierten Herzunterstützungssystemen negativ auf das Entstehen von Infektionen auswirken. Als Verbindung des Herzunterstützungssystems mit der externen Energiequelle und Steuereinheit führt die *Driveline* aus dem Körper heraus. Das Risiko für eine Infektion kann hierbei bei einem größeren Durchmesser der Austrittsstelle steigen. Im Stellungnahmeverfahren muss geklärt werden, ob dies wirklich die Ursache für die steigende Zahl rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse ist. Bei einem der drei rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnisse zur „Sepsis bei Implantation eines LVAD" erfolgte nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 eine Bewertung mit „qualitativ auffällig" (A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel). Dem Krankenhaus wurden Hinweise zum Verbesserungspotenzial mitgeteilt.

Ein rechnerisch auffälliges Qualitätsindikatorergebnis wurde im Stellungnahmeverfahren 2024 mit „U99" qualitativ unauffällig bewertet. Trotzdem fiel im Bewertungsprozess Potenzial bei dem betroffenen Leistungserbringer auf, welches jedoch außerhalb des Qualitätsziels dieses Indikators lag. Dem Leistungserbringer wurden Hinweise ohne Bewertungsrelevanz für diesen Indikator gegeben.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 stand die qualitative Bewertung bei einem rechnerisch auffälligen Ergebnis zur „Sepsis bei Implantation eines LVAD" zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch nicht abgeschlossenen Beratungen mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Zum vorherigen Stellungnahmeverfaren (AJ 2023) lag bei der letztjährigen Berichterstellung bei einem Indikatorergebnis zu „Sepsis bei Implantation eines LVAD" noch keine qualitative Bewertung vor. Nach Stattfinden einer Begehung wurde das Ergebnis final mit „A99" abgeschlossen. Das IQTIG hat dem Leistungserbringer umfangreiche Erläuterungen zur Bewertungsbegründung und fachliche Hinweise mitgeteilt.

Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems

Tabelle 35: QI 52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 636	0,59 % O = 4 N = 678	**x %** **O = ≤ 3** **N = 749**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 53 0,00 %	3 von 58 5,17 %	**1 von 58** **1,72 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 3** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 53 (0,00 %)	**0 / 58** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 36: TKez 52392: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 22	0,00 % O = 0 N = 20	**x %** **O = ≤ 3** **N = 25**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 37: TKez 52393: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 5	0,00 % O = 0 N = ≤ 3	**0,00 %** **O = 0** **N = 17**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der Indikator und die Transparenzkennzahlen dieser Gruppe messen die Rate an Patientinnen und Patienten mit einer Fehlfunktion des implantierten Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens. Zum Auswertungsjahr 2025 sind erneut sehr wenige Fälle zu verzeichnen, ein rechnerisch auffälliges Ergebnis tritt lediglich bei einem Leistungserbringer auf.

Zwei rechnerisch auffällige Qualitätsindikatorergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 mit „U99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)" und damit als qualitativ unauffällig bewertet. Den Krankenhäusern wurden dennoch Hinweise zu möglichen (fachabteilungsübergreifenden) Verbesserungspotenzialen gegeben, u. a. zur Erstellung von SOP zu Kernprozessen der Behandlung, bspw. zum Gerinnungsmanagement bei LVAD-Implantation oder der Einbeziehung der Kardiologie bzw. Kardiochirurgie bei der Evaluation bzw. Indikationsstellung. Ein rechnerisch auffälliges Qualitätsindikatorergebnis wurde mit „D99" bewertet, da eine primäre oder sekundäre Fehlfunktion der Systeme nicht erkannt werden konnte, womit hier eine Fehldokumentation bezogen auf diesen Indikator festgestellt wurde.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Modul *TX-MKU* werden zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (ID 850249 und 850250) und zwei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (ID 851807 und 852311) ausgewertet. Das Bundesergebnis sowie die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bzw. die Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringer befinden sich bei den Auffälligkeitskriterien insgesamt seit Jahren auf einem gleichbleibend guten Niveau.

Bei dem Auffälligkeitskriterium „Angabe von VA-ECMO bei Systemart" wurde im Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr eine Verschlechterung des Bundesergebnisses um knapp 2 Prozentpunkte (AJ 2023: 3,13 %, AJ 2024: 4,92 %) sowie eine Zunahme des Anteils an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligem Ergebnis festgestellt (AJ 2023: 3 von 55 Leistungserbringer (5,45 %), AJ 2024: 6 von 60 Leistungserbringer (10,00 %)). Zum Auswertungsjahr 2025 verbessert sich das Bundesergebnis hingegen wieder auf 3,31 %, sodass nicht von einer nachhaltigen Verschlechterung in Bezug auf dieses Auffälligkeitskriterium auszugehen ist.

Bei dem zum Auswertungsjahr 2024 neu eingeführten Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen" gibt es erneut keinen Fall zu verzeichnen.

Tabelle 38: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-MKU

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart	3,31 % 29/876 (= 0)
852311	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen	0,00 % 0/857 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	100,23 % 858/856 (≥ 100,00 %)
850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	100,23 % 858/856 (≤ 110,00 %)

Tabelle 39: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-MKU

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	4 von 61	6,56	3
852311	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen	251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems 251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	2024	0 von 61	0,00	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	1 von 64	1,56	0
850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	0 von 64	0,00	0

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) und Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

Tabelle 40: AK 850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,00 % O = 717 N = 717	100,53 % O = 753 N = 749	**100,23 %** **O = 858** **N = 856**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 57 5,26 %	2 von 59 3,39 %	**1 von 64** **1,56 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 3 (100,00 %)	**1 / 2** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 57 (5,26 %)	**1 / 59** **(1,69 %)**	n. a.

Tabelle 41: AK 850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,00 % O = 717 N = 717	100,53 % O = 753 N = 749	**100,23 %** **O = 858** **N = 856**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 57 1,75 %	1 von 59 1,69 %	**0 von 64** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 (0,00 %)	**1 / 1** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 57 (0,00 %)	**1 / 59** **(1,69 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2025 können hier sehr gute Ergebnisse festgestellt werden, ein rechnerisch auffälliges Ergebnis zeigt sich jeweils nur für zwei bzw. einen Leistungserbringer.

Bei den beiden qualitativen Auffälligkeiten zu den Auffälligkeitskriterien zur „Unterdokumentation" bzw. „Überdokumentation" im Auswertungsjahr 2024 handelte es sich um klassische Dokumentationsfehler, die zu einer „Unter-" bzw. „Überdokumentation" führten. In einem anderen Fall

liegt per se keine Unterdokumentation vor, da die Kodierung eines nicht verwendeten Herzunterstützungssystems versehentlich erfolgte, weshalb eine Bewertung mit „U99“ resultierte.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe von VA-ECMO bei Systemart

Tabelle 42: AK 851807: Angabe von VA-ECMO bei Systemart

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	3,13 % O = 23 N = 735	4,92 % O = 38 N = 773	**3,31 %** **O = 29** **N = 876**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 55 5,45 %	6 von 60 10,00 %	**4 von 61** **6,56 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 (33,33 %)	**3 / 6** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 55 (1,82 %)	**3 / 60** **(5,00 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe von VA-ECMO bei Systemart“ (ID 851807) misst die Rate an Eingriffen, bei denen eine VA-ECMO implantiert wird. VA-ECMO-Implantationen werden im Modul *TX-MKU* nicht betrachtet. Es kann jedoch zur Auslösung einer Dokumentationspflicht kommen, wenn die Implantation einer VA-ECMO als Implantation eines Herzunterstützungssystems kodiert wird. Da es sich hierbei u. U. um eine Fehlkodierung und somit um einen Dokumentationsfehler handelt, wird dies in einem Auffälligkeitskriterium betrachtet. Das Bundesergebnis befindet sich im Vergleich zu den letzten Jahren auf einem ähnlichen Niveau.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 erfolgten 3 Bewertungen mit „A70 – Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)“ aufgrund einer Fehldokumentation einer ECMO als Herzunterstützungssystem. Die übrigen 3 Bewertungen (S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)) beruhen auf einem ungelösten Kodierproblem. Diese Leistungserbringer sehen die Kodierung eines Herzunterstützungssystems als gerechtfertigt an, da der Aufwand durch die Modifikation des VA-ECMO-Systems und der Art des thorakalen Zugangs dem eines Herzunterstützungssytems gleichen würde.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

Tabelle 43: AK 852311: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	0,00 % O = 0 N = 753	**0,00 %** **O = 0** **N = 857**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 60 0,00 %	**0 von 61** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**0 / 60** **(0,00 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen“ (ID 852311) betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, hat dies – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl in diesem Auswertungsmodul – Auswirkungen auf die Grundgesamtheit und damit die Berechnungsergebnisse des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800) sowie „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (ID 251801).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde, wie bereits im Vorjahr, in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 44: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-MKU

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	249	-	276	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	249	100,00	276	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	20	8,03	32	11,59
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	20	100,00	32	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	20	100,00	32	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	20	100,00	32	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	20	100,00	32	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	8	25,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	20,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	7	35,00	8	25,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	4	20,00	6	18,75
Bewertung als qualitativ auffällig	9	45,00	17	53,12
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	1	3,12
Sonstiges	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 276 Indikatorergebnissen ergaben sich 32 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 24 Leistungserbringer verteilten. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) gab es mit 20 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen, verteilt auf vier Qualitätsindikatoren und 17 Leistungserbringer, deutlich weniger rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse.

17 der 32 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden u. a. aufgrund von mangelnden Evaluationen (von Risikofaktoren) und unzureichenden diagnostischen Maßnahmen (zur Einschätzung der klinischen Gesamtsituation) als qualitativ auffällig bewertet. Hiermit verbunden kam es teilweise außerdem zu der nicht adäquaten (post-)operativen Planung des Behandlungsprozesses und des postoperativen Managements, insbesondere bei Komplikationen. In einigen Fällen wurde das operativ-technische Management sowie Gerinnungs- bzw. Volumenmanagement kritisch eingeschätzt. Problematisch schien u. a. auch die suffiziente Indikationsstellung von temporären Herzunterstützungssystemen sowie deren Management als Bridging-System. Problematisch schien, wie schon im Vorjahr, die mangelnde Interdisziplinarität bei der Evaluation und der (Mit-)Betreuung der Patientinnen und Patienten. Während viele Leistungserbringer selbstständig keine sinnvollen und notwendigen Verbesserungsansätze erkannten, nutzen einige Leistungserbringer problematische Fälle sehr ausführlich zur Ableitung qualitätsfördernder Maßnahmen. So konnte bspw. ein Leistungserbringer, mit dem ein kollegiales Gespräch geführt wurde, im Rahmen des Gespräches vermitteln, dass umfangreiche Neustrukturierungen des LVAD-Programms und zur Qualitätsverbesserung ab- und eingeleitet wurden. Dies bezieht sich auf Strukturen des Programms sowie den gesamten Behandlungsprozess. In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsproblemen sowie Hinweise zu Verbesserungspotenzialen, u. a. zur Konzeption der M&M-Konferenzen nach Leitfaden der Bundesärztekammer sowie einer Nachhaltung durch entsprechende Protokollierung. Diese ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei 8 der 32 rechnerisch auffälligen Ergebnisse standen die qualitativen Bewertungen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von

noch ausstehenden kollegialen Gesprächen oder weiteren Beratungen mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Mit sechs Leistungserbringern mussten, aufgrund von wiederholt festgestellten qualitativen Problemen in einem Indikator in mehreren aufeinander folgenden Auswertungsjahren oder einer festgestellten mehrfachen qualitativen Problematik in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren innerhalb eines Auswertungsjahres, zur Unterstützung des Bewertungsprozesses kollegiale Gespräche erfolgen. In all diesen Gesprächen wurde bzw. wird der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems" (ID 251800) adressiert, zwei Mal wurde zusätzlich der Indikator „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD" (ID 52385) adressiert und in einem Gespräch zusätzlich auch der Indikator „Sepsis bei Implantation eines LVAD" (ID 52388). Bei den vier bereits durchgeführten kollegialen Gesprächen sind vonseiten des IQTIG drei Zielvereinbarungen vorgesehen.

In einigen Stellungnahmen wurden die Anforderungen an die Stellungnahme fachlich nicht erfüllt, da keine qualitätsorientierte epikritische Aufarbeitung erfolgte, sondern Auszüge aus Arztbriefen übermittelt wurden oder Angaben fehlten, womit relevante und notwendige Aspekte nicht mitgeteilt wurden. Die Bewertung erfolgte mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt". In einem weiteren Fall wurden die Vorgaben zur Anonymisierung nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringer jedoch Unterstützung durch das IQTIG und ihm wird eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Tabelle 45: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-MKU

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
16	8	0	11	3	0

Mit zwei Leistungserbringern, die zwei qualitative Auffälligkeiten aufwiesen, wurde ein kollegiales Gespräch geführt und gemeinsam Qualitätsverbesserungen eruiert. Ein anderer Leistungserbringer mit zwei qualitativen Auffälligkeiten hat bereits selbstständig umfangreiche Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 46: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-MKU

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	169	100,00	240	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	7	4,14	9	3,75
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	7	100,00	9	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	7	100,00	9	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	100,00	9	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	14,29	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	1	11,11
Bewertung als qualitativ auffällig	4	57,14	5	55,56
Sonstiges	2	28,57	3	33,33
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 240 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul ergaben sich 9 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 8 Leistungserbringer verteilten. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) gab es insgesamt 169 Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien. Nach wie vor werden durch

Fehldokumentationen von ECMOs als Herzunterstützungssysteme sowie in diesem Zusammenhang ungelöste Kodierprobleme rechnerische und teilweise auch qualitative Auffälligkeiten ausgelöst.

Fünf der neun rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden aufgrund von klassischen Dokumentationsfehlern bzw. Fehldokumentationen als qualitativ auffällig bewertet.

Tabelle 47: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-MKU

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
7	1	0	3	1	0

Beim Leistungserbringer mit einer qualitativen Auffälligkeit in zwei Auffälligkeitskriterien handelt es sich in beiden Fällen um einen Dokumentationsfehler bzw. eine Fehldokumentation.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *TX-MKU* wurden insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und anschließend in den Expertengremiumssitzungen die folgenden Themen in der Bundesfachkommission aufgegriffen.

Als ein Diskussionspunkt wurde die Relevanz der strukturierten Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) mit interdisziplinärer und tiefgreifender Aufarbeitung von Fällen gemäß Leitfaden der Bundesärztekammer intensiv besprochen.

Daneben bildeten auch die langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben von Empfängern eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens einen Schwerpunkt der Diskussion, an die sich Abwägungen zum Aufbau des Indikatorensets im Follow-up-Bereich anschließen werden. Dies setzt allerdings aufgrund der nahezu jährlich stattfindenden fachlichen Weiterentwicklungen eine sorgfältige Neuentwicklung möglicher Qualitätsindikatoren voraus.

Bezüglich der Verknüpfungsproblematik von Indexeingriffen und den zugehörigen Follow-ups wurden ebenfalls Beratungen mit den Expertinnen und Experten durchgeführt. Die fehlerhafte Verknüpfung ließ sich hauptsächlich auf fehlerhafte Angaben bei patientenidentifizierenden Merkmalen zurückführen, die sowohl manuell als auch softwarebasiert fehlerhaft angegeben wurden sowie auf zu spät übermittelte Datensätze. Hier lässt sich der Bedarf für eine optimierte Datenerfassung patientenidentifizierender Maßnahmen erkennen. Aber z. B. auch der zwischenzeitliche Wechsel des Versicherungstyps zwischen gesetzlicher und privater Versicherung verhindert in wenigen Fällen die Verknüpfbarkeit von Indexeingriffen und zugehörigen Follow-ups. Dies ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierungswege der patientenidentifizierenden Merkmale je nach gesetzlicher oder privater Versicherung systemimmanent.

5 Ausblick

Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln eine überwiegend sehr gute medizinische Versorgung im Bereich der Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen wider. Durch den negativen Trend der Zunahme von rechnerisch sowie qualitativ auffälligen Indikatorergebnissen zur Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems (QI 251800) bedarf es allerdings einer genauen Beobachtung der Ergebnisse und Aufarbeitung im Stellungnahmeverfahren. Die Bundesfachkommission schätzt die Indikatorergebnisse allerdings als plausibel ein. Um den dauerhaften Nutzen von Herzunterstützungssystemen bzw. Kunstherzen für die Patientinnen und Patienten zu überprüfen, wird die Entwicklung von Follow-up-Indikatoren in diesem Bereich angestrebt.

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch das QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* (*QS TX*). Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der G-BA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* vorerst nicht zu folgen (G-BA 2025). Neben der Streichung des Indikators und der Kennzahlen zur Fehlfunktion des Systems (IDs 52391, 52392, 52393) hatte das IQTIG die Anpassung der Indikatoren und der Kennzahlen zu neurologischen Komplikationen (IDs 52385, 52386, 52387) und zur Sepsis (IDs 52388, 52389, 52390) empfohlen. Darüber hinaus wurde die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern sowie die Umstellung der Datenakquise auf Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer zu reduzieren. Ähnliche Anpassungen wurden auch für die Auswertungsmodule zu Organempfängern und Organlebendspendern (*TX-HTX*, *TX-LUTX*, *TX-LTX*, *TX-LLS*, *TX-NLS*, *NET-NTX* und *NET-PNTX*) empfohlen. Auch wenn diese Empfehlungen beim G-BA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern und die Umstellung auf Sozialdaten einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, hier besonders auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z.B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle. Den Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* wurde insgesamt zunächst nicht gefolgt. Aus diesem Grund wurde auch für das Auswertungsmodul *TX-MKU* keine Umsetzung der Empfehlungen beschlossen, auch wenn keine Daten aus diesem Auswertungsmodul an das Transplantationsregister übermittelt werden.

Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

1 Hintergrund

Eine Transplantation (von Teilen) der Lunge bzw. der Lunge in Kombination mit einer Transplantation des Herzens, wie im Auswertungsmodul *TX-LUTX*, kommt aufgrund der Schwere des Eingriffs nur dann infrage, wenn es keine anderen Therapieoptionen für die bestehenden Erkrankungen gibt und die Patientin bzw. der Patient ohne diese Transplantation eine nur noch geringe Lebenserwartung hat. Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können diese Risiken zwar nicht verhindert, aber doch zumindest reduziert werden. Für Patientinnen und Patienten hat die Qualität im Versorgungsprozess somit einen unmittelbaren Einfluss auf ihr Überleben. Bösartige Erkrankungen sowie das Vorliegen weiterer, schwerer Erkrankungen anderer Organe sprechen gegen einen solchen Eingriff.

Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, zum Überleben und zum Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen. Hierbei spielt nicht zuletzt die Evaluationsqualität bei Empfängerpatientinnen und Empfängerpatienten bei der Betrachtung der Gesamtqualität eine Rolle.

Qualitätsindikatoren

Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2155) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Anschluss an die Operation und noch während des stationären Aufenthalts versterben. Da auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, mit der Qualität der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen kann, wird das Überleben auch in den drei Jahren nach der Operation betrachtet (IDs 12397, 12413 und 12433). Die Qualität der Nachsorgestruktur und die Durchführung der Nachsorge wird im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 282300) abgebildet.

Tabelle 48: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LUTX

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2024
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2024
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	QS-Dokumentation	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *TX-LUTX* gibt es ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf zur Vollzähligkeit.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen" (ID 852314) der Kategorie „Plausibilität und Vollständigkeit" betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund" dokumentiert wurde. Die Berechnungsergebnisse des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 2155), der Follow-up-Indikatoren zur Sterblichkeit (IDs 12397, 12413, 12433) sowie des Indikators zum Follow-up-Status (ID 282300) beruhen auf der Angabe des Todes als Entlassungsgrund. Dieses Auffälligkeitskriterium wurde eingeführt, da das Ergebnis dieser Indikatoren – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul und der vergleichsweise niedrigen Leistungserbringeranzahl – verfälscht würde, wenn ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850245) und Überdokumentation (ID 850246) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die Anzahl an Datensätzen übermitteln, die ihrer Sollstatistik entspricht. Mit dem Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-ups (ID 85026, 850267 und 850268) wird geprüft, ob die Follow-ups in den zielführenden Zeiträumen erhoben werden.

Tabelle 49: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LUTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852314	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850266	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850267	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850268	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das Modul *TX-LUTX* entspricht sowohl die Anzahl der übermittelten Datensätze als auch die Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens einen Datensatz übermittelt haben, der erwarteten Anzahl.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LUTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

Tabelle 50: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – TX-LUTX

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	305 305 0	305	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	12		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	13	13	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	12	12	100,00

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse im Modul *TX-LUTX* sind insgesamt als gut zu bewerten. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich zwar bei einigen Indikatoren eine Verschlechterung (ID 12397, 12433 und 282300), diese ist jedoch jeweils nur geringfügig.

Für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2155) zeigte sich vom Auswertungsjahr 2023 zum Auswertungsjahr 2024 eine Ergebnisverschlechterung um mehr als 3 Prozentpunkte. Für das Auswertungsjahr 2025 kann nun aber wieder eine Ergebnisverbesserung festgestellt werden, sodass nicht von einer nachhaltigen Verschlechterung in Bezug auf das Qualitätsziel dieses Indikators auszugehen ist.

Das Bundesergebnis des Indikators „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation“ (ID 282300) verschlechtert sich im Auswertungsjahr

2025 im Vergleich zum Vorjahr von 10 Fällen auf 16 Fälle. Allerdings wies im Auswertungsjahr 2025 nur noch ein Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf, während es im Vorjahr noch vier Leistungserbringer waren. Somit ist auch hier nicht von einer grundsätzlichen Verschlechterung hinsichtlich des Qualitätsziels des Indikators auszugehen.

Tabelle 51: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LUTX

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	7,49 % O = 20 N = 267	5,90 % O = 18 N = 305 (≤ 20,00 %)	vergleichbar
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	88,52 % O = 216 N = 244	87,50 % O = 210 N = 240 (≥ 70,00 %)	vergleichbar
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	79,15 % O = 224 N = 283	80,99 % O = 196 N = 242 (≥ 65,00 %)	vergleichbar
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	76,02 % O = 187 N = 246	74,46 % O = 207 N = 278 (≥ 60,00 %)	vergleichbar
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	O = 10 N = 783	O = 16 N = 776 (≤ 1,00 Fall)	vergleichbar

Tabelle 52: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-LUTX

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	1 von 10	10,00	0
		2024	2 von 12	16,67	0
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	1 von 10	10,00	-
		2024	0 von 10	0,00	-
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	3 von 10	30,00	-
		2024	1 von 10	10,00	1
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	1 von 11	9,09	-
		2024	2 von 10	20,00	0
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	2023	4 von 12	33,33	-
		2024	1 von 11	9,09	1

2.2.2 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus

Tabelle 53: QI 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,37 % O = 11 N = 252	7,49 % O = 20 N = 267	**5,90 %** **O = 18** **N = 305**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 10 0,00 %	1 von 10 10,00 %	**2 von 12** **16,67 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**1 / 1** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 10 (0,00 %)	**1 / 10** **(10,00 %)**	n. a.

Für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2155) zeigte sich vom Auswertungsjahr 2023 zum Auswertungsjahr 2024 eine Ergebnisverschlechterung um mehr als 3 Prozentpunkte. Für das Auswertungsjahr 2025 kann nun aber wieder eine Ergebnisverbesserung festgestellt werden, sodass nicht von einer nachhaltigen Verschlechterung in Bezug auf das Qualitätsziel dieses Indikators auszugehen ist.

Zum Auswertungsjahr 2024 wurde für einen Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis festgestellt, das nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens als qualitativ auffällig bewertet wurde. Über dezidierte Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsdefiziten hinaus hat der entsprechende Leistungserbringer zusätzlich Hinweise zu Verbesserungspotenzialen erhalten. Daneben hat er selbst Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet.

1-, 2- und 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Tabelle 54: QI 12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	88,52 % O = 216 N = 244	**87,50 %** **O = 210** **N = 240**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	1 von 10 10,00 %	**0 von 10** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 70,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 1 (100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 10 (10,00 %)**	n. a.

Tabelle 55: QI 12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	79,15 % O = 224 N = 283	**80,99 % O = 196 N = 242**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	3 von 10 30,00 %	**1 von 10 10,00 % (Refbereich: ≥ 65,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**3 / 3 (100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**3 / 10 (30,00 %)**	n. a.

Tabelle 56: QI 12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	76,02 % O = 187 N = 246	**74,46 % O = 207 N = 278**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	1 von 11 9,09 %	**2 von 10 20,00 % (Refbereich: ≥ 60,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 1 (0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 11 (0,00 %)**	n. a.

Die Follow-up-Indikatoren zum Überleben bei bekanntem Status messen die Rate an Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus dem transplantierenden Leistungserbringer bekannt ist und die zum Zeitpunkt des jeweils durchgeführten Follow-up leben. Zum Auswertungsjahr 2025 muss zwar für die Indikatoren „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12397) und „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12433) eine Verschlechterung im Vergleich zum Vorjahr festgestellt werden, hierbei handelt es sich aber um eine geringfügige Verschlechterung. Somit ist dies zunächst nicht als kritisch zu bewerten.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe (IQTIG 2024)).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden vier von fünf rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Gründe hierfür war die nicht ausreichende präoperative Berücksichtigung von erheblichen Risikofaktoren, die im postoperativen Verlauf und beim insuffizienten Management eine Rolle spielten. Außerdem wurden die Nachsorgestrukturen bei einigen Leistungserbringern als verbesserungswürdig angesehen. Zudem wurden Struktur- und Prozessprobleme im Qualitätsmanagement festgestellt, bspw. auch hinsichtlich SOP und Zusammensetzung sowie Nachhaltigkeit von M&M-Konferenzen. Verbesserungspotenziale wurden auch hinsichtlich der Struktur und Lenkung von M&M-Protokollen erkannt.

In einem Fall wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der vom Leistungserbringer verfassten Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringer jedoch Unterstützung durch das IQTIG und ihm wird eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Da das Indikatorergebnis in einem Fall lediglich auf einem auffälligen Vorgang beruhte, der bereits im Vorjahr zu einem früheren Follow-up-Zeitpunkt vorlag und dementsprechend im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) ausgewertet wurde, wurde das entsprechende Indikatorergebnis mit „S99 – Sonstiges“ und entsprechender öffentlicher Kommentierung bewertet.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation

Tabelle 57: QI 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	O = - N = -	O = 10 N = 783	**O = 16** **N = 776**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	4 von 12 33,33 %	**1 von 11** **9,09 %** **(Refbereich: ≤ 1,00 Fall)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 4 (25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 12 (8,33 %)**	n. a.

Der Indikator wurde erstmal zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Patientinnen und Patienten betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus häufiger unbekannt. Allerdings weist im Auswertungsjahr 2025 nur noch ein Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf, während es im Vorjahr noch vier Leistungserbringer waren. Somit ist nicht von einer grundsätzlichen Verschlechterung hinsichtlich des Qualitätsziels des Indikators auszugehen.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe (IQTIG 2024)).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 erfolgten aufgrund der in der Vorbemerkung beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups in Kombination mit Dokumentationsfehlern zwei Bewertungen mit „D80 – Unvollzählige oder falsche Dokumentation“ im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation“. In einem Fall erfolgte keine ausreichende Stellungnahme, da vom Krankenhaus keine Prüfung der Fälle gemäß der Hilfestellung des IQTIG erfolgte. Eine Bewertung mit „A99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ ging daraus hervor. Zusätzlich wurden dem Krankenhaus erneut Hinweise zum Verbesserungspotenzial des Dokumentationsprozesses gegeben.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 stand die qualitative Bewertung bei einem der vier rechnerisch auffälligen Ergebnisse zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch ausstehendem Analyse- und Beratungsbedarf mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnte diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Modul *TX-LUTX* werden zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (ID 850245, 850246, 850266, 850267, 850268) und ein Auffälligkeitskriterium zur

Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet (ID 852314). Insgesamt weisen die Auffälligkeitskriterien stabile Ergebnisse auf.

Bei Betrachtung der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse bzw. der Anzahl an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligem Ergebnis wird deutlich, dass sich diese seit Jahren auf einem ähnlichen Niveau befinden. Das Ergebnis eines Stellungnahmeverfahrens stand zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht fest und konnte daher für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 58: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LUTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852314	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	0,00 % 0/305 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,00 % 305/305 (≥ 100,00 %)
850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,00 % 305/305 (≤ 110,00 %)
850266	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	97,38 % 223/229 (≥ 95,00 %)
850267	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	99,53 % 210/211 (≥ 95,00 %)
850268	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	95,61 % 218/228 (≥ 95,00 %)

Tabelle 59: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-LUTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852314	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus 12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	2024	0 von 12	0,00	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	0 von 13	0,00	0
850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	0 von 13	0,00	0
850266	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	2 von 10	20,00	0
850267	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	1 von 10	10,00	1
850268	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	5 von 11	45,45	1

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation

Tabelle 60: AK 850245: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,40 % O = 252 N = 251	100,00 % O = 267 N = 267	**100,00 %** **O = 305** **N = 305**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 11 9,09 %	0 von 10 0,00 %	**0 von 13** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 (0,00 %)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 11 (0,00 %)	**0 / 10** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 61: AK 850246: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,40 % O = 252 N = 251	100,00 % O = 267 N = 267	**100,00 %** **O = 305** **N = 305**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 11 9,09 %	0 von 10 0,00 %	**0 von 13** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 11 (9,09 %)	**0 / 10** **(0,00 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2025 können hier sehr gute Ergebnisse festgestellt werden, es zeigt sich weder eine Unter- noch eine Überdokumentation.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up

Tabelle 62: AK 850266: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	99,57 % O = 230 N = 231	**97,38 %** **O = 223** **N = 229**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	1 von 10 10,00 %	**2 von 10** **20,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 1** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**1 / 10** **(10,00 %)**	n. a.

Tabelle 63: AK 850267: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	95,97 % O = 238 N = 248	**99,53 %** **O = 210** **N = 211**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	5 von 11 45,45 %	**1 von 10** **10,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 5** **(20,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**1 / 11** **(9,09 %)**	n. a.

Tabelle 64: AK 850268: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	98,52 % O = 200 N = 203	**95,61 %** **O = 218** **N = 228**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	2 von 11 18,18 %	**5 von 11** **45,45 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 2 (50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**1 / 11 (9,09 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up (IDs 850266, 850267 und 85028) betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1, 2 bzw. 3 Jahre nach dem Transplantationsdatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Transplantation und 60 (ID 850266) bzw. 90 (ID 850267 und 850268) Tagen nach dem Jahrestag der Transplantation zulässig. Auf Bundesebene liegen die Ergebnisse jeweils innerhalb des definierten Referenzbereichs und sind auch vor diesem Hintergrund als gut zu bewerten.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Auffälligkeitskriterien nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe (IQTIG 2024)).

Hinsichtlich der Follow-up-Auffälligkeitskriterien handelte es sich im Auswertungsjahr 2024 in der Hälfte der rechnerischen Auffälligkeiten (vier von acht) um Fälle, die ebenfalls im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 282300) auffällig wurden. Um eine mehrfache qualitativ auffällige Bewertung von denselben Vorgängen, die hier das Ziel des Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen, zu vermeiden, erfolgte eine Bewertung mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ mit entsprechender Kommentierung. Bei drei Leistungserbringern wurde zu drei Ergebnissen von Auffälligkeitskriterien das Ergebnis mit „qualitativ auffällig“ bewertet. Gründe waren Fehldokumentationen von eGK-Versichertennummern oder Geburtsdaten bzw. organisatorische Umstellungen und hierdurch nicht zeitgerechte Erhebung des notwendigen Follow-up.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 lag zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis zu diesem Zeitpunkt aufgrund anhaltenden Analysebedarfs noch keine finale qualitative Bewertung vor. Daher konnte diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

Tabelle 65: AK 852314: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	0,00 % O = 0 N = 267	**0,00 %** **O = 0** **N = 305**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 10 0,00 %	**0 von 12** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**0 / 10** **(0,00 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen“ (ID 852314) wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, hat dies – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl in diesem Auswertungsmodul – Auswirkungen auf die Grundgesamtheit und damit die Berechnungsergebnisse sämtlicher Indikatoren des Moduls *TX-LUTX*.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde wie bereits im Vorjahr in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 66: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LUTX

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	10	-	53	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	10	100,00	53	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	0	0,00	10	18,87
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	0	100,00	10	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	0	0,00	10	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	10	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	10	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	2	20,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	1	10,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	0	0,00	6	60,00
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	2	20,00
Sonstiges	0	0,00	1	10,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 53 Indikatorergebnissen ergaben sich 10 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 8 Leistungserbringer verteilten. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert, auch die des neu implementierten Qualitätsindikators „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 282300). Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) ergab sich mit neun rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen (inkl. unveröffentlichter Follow-up-Indikatoren), verteilt auf vier Qualitätsindikatoren und fünf Leistungserbringer, eine engere Verteilung.

Sechs der zehn rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden u. a. aufgrund einer nicht ausreichenden Berücksichtigung von erheblichen Risikofaktoren oder kritisch und als verbesserungswürdig angesehene Nachsorgestrukturen als qualitativ auffällig bewertet. Zudem wurden Struktur- und Prozessprobleme im Qualitätsmanagement festgestellt, bspw. hinsichtlich SOP und der Zusammensetzung sowie Nachhaltigkeit von M&M-Konferenzen. Verbesserungspotenziale hinsichtlich Dokumentenerstellung und -lenkung wurden mitgeteilt, konnten in einem Fall aber auch bereits erkannt werden. In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsproblemen sowie Hinweise zu Verbesserungspotenzialen, u. a. zur Konzeption der M&M-Konferenzen nach Leitfaden der Bundesärztekammer sowie einer Nachhaltung durch entsprechende Protokollierung. Diese ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der zuvor beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung sowie den (IQTIG 2024)) betroffen. Aufgrund des zuvor beschriebenen gezielten Austauschs mit den Leistungserbringern war eine entsprechende Berücksichtigung bei der qualitativen Auswertung möglich.

Mit einem Leistungserbringer erfolgte aufgrund mehrfacher qualitativer Problematiken in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren innerhalb eines Auswertungsjahres zur Unterstützung des Bewertungsprozesses ein kollegiales Gespräch zu den Indikatoren „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12397) und „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12413). Vonseiten des IQTIG ist der Abschluss einer Zielvereinbarung vorgesehen.

In einer Stellungnahme wurden die Anforderungen an die Stellungnahme fachlich nicht erfüllt, was zu einer Bewertung mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die

rechnerische Auffälligkeit benannt" führte. In einem weiteren Fall wurden die Vorgaben zur Anonymisierung nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringer jedoch Unterstützung durch das IQTIG und ihm wird eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei einem der 10 rechnerisch auffälligen Ergebnisse stand zu diesem Zeitpunkt aufgrund von weiterem Analysebedarf noch keine finale qualitative Bewertung fest. Daher konnte dieses für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 67: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LUTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
6	2	0	2	2	0

Bei einem Leistungserbringer wurden zwei Indikatorergebnisse nach Stattfinden eines kollegialen Gespräches mit qualitativ auffällig bewertet. Bei einem anderen Leistungserbringer mit zwei qualitativen Auffälligkeiten erfolgte eine qualitativ auffällige Bewertung aufgrund einer Entanonymisierung, in einem anderen Indikator erfolgten erneut Hinweise zum Verbesserungspotenzial des Dokumentationsprozesses.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 68: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LUTX

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	22	100,00	62	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	2	9,09	8	12,90
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	2	100,00	8	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	2	100,00	8	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	100,00	8	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	1	12,50
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	50,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	1	50,00	3	37,50
Sonstiges	0	0,00	4	50,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 62 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien resultierten 8 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 6 Leistungserbringer verteilten. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) gab es insgesamt 64 Ergebnisse (inkl. nicht veröffentlichter Follow-up-Auffälligkeitskriterien) zu Auffälligkeitskriterien.

3 von den 8 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden aufgrund von Fehldokumentationen bzw. organisatorischen Umstellungen und einer hierdurch nicht zeitgerechten Erhebung des notwendigen Follow-ups als qualitativ auffällig bewertet.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die zuvor beschriebene Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung) berücksichtigt.

Tabelle 69: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LUTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
4	2	0	3	0	0

Es gab keine Leistungserbringer, bei denen mehrfache qualitative Auffälligkeiten festgestellt wurden.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *TX-LUTX* wurden insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und anschließend in den Expertengremiumssitzungen die folgenden Themen in der Bundesfachkommission aufgegriffen.

Als ein Diskussionspunkt wurde die Relevanz der strukturierten Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) mit interdisziplinärer und tiefgreifender Aufarbeitung von Fällen gemäß Leitfaden der Bundesärztekammer intensiv besprochen.

Daneben bildeten auch die langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben von Organempfängerinnen und Organempfängern einen Schwerpunkt der Diskussion, an die sich Abwägungen zum Aufbau des Indikatorensets im Follow-up-Bereich anschließen werden. Dementsprechend wird derzeit eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bis zu 10 Jahren nach erfolgter Transplantation diskutiert.

Bezüglich der Verknüpfungsproblematik von Indexeingriffen und den zugehörigen Follow-ups wurden ebenfalls Beratungen mit den Expertinnen und Experten durchgeführt. Die fehlerhafte Verknüpfung ließ sich hauptsächlich auf fehlerhafte Angaben bei patientenidentifizierenden Merkmalen zurückführen, die sowohl manuell als auch softwarebasiert fehlerhaft angegeben wurden sowie auf zu spät übermittelte Datensätze. Hier lässt sich der Bedarf für eine optimierte Datenerfassung patientenidentifizierender Maßnahmen erkennen. Aber z. B. auch der zwischenzeitliche Wechsel des Versicherungstyps zwischen gesetzlicher und privater Versicherung verhindert in wenigen Fällen die Verknüpfbarkeit von Indexeingriffen und zugehörigen Follow-ups. Dies ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierungswege der patientenidentifizierenden Merkmale je nach gesetzlicher oder privater Versicherung systemimmanent.

5 Ausblick

Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln eine überwiegend sehr gute medizinische Versorgung im Bereich der Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen wider. Auch gemäß Bundesfachkommission wird deutlich, dass sich die Ergebnisqualität trotz der immer komplexer werdenden Situationen auf Spender- und Empfängerseite kontinuierlich verbessere und sich im internationalen Vergleich sehr gut darstelle. Dies wird auch durch die konsequente und sensitive Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erreicht. Länger werdende Überlebenszeiten bereichern das Leben Transplantierter, geben aber auch Aufschluss über die Behandlungsqualität. Dementsprechend wird eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume in diesem Auswertungsmodul angestrebt.

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch das QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* (*QS TX*). Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der G-BA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* vorerst nicht zu folgen (G-BA 2025). Neben der Streichung des Indikators zum unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 282300) hatte das IQTIG die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern sowie die Umstellung der Datenakquise auf Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim G-BA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern und die Umstellung auf Sozialdaten einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, hier besonders auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z. B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle.

Lebertransplantationen

1 Hintergrund

Im Auswertungsmodul *TX-LTX* werden sowohl Transplantationen der gesamten Leber als auch Transplantationen betrachtet, bei denen nur ein Teil des Organs transplantiert wird. Letzteres ist immer dann der Fall, wenn es sich um das Organ einer Lebendspenderin bzw. eines Lebendspenders handelt, kann aber auch dann erfolgen, wenn die Leber eines verstorbenen Menschen geteilt und zur Versorgung von zwei Patientinnen und Patienten verwendet wird (Split-Lebertransplantation). Das hier besprochene Auswertungsmodul bezieht sich ausschließlich auf die Organempfängerinnen und -empfänger – im Gegensatz zum Auswertungsmodul *TX-LLS*, das den lebenden Organspenderinnen und Organspendern gilt.

Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, dem Tod durch operative Komplikationen, der postoperativen Verweildauer, intra- und postoperativen Komplikationen, dem Überleben sowie dem Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen, der Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen, der Verringerung von Folgeerkrankungen, dem Tod durch operative Komplikationen sowie der postoperativen Verweildauer.

Qualitätsindikatoren

Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2096) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Anschluss an die Operation und noch während des stationären Aufenthalts versterben. Außerdem werden Todesfälle betrachtet, bei denen die Organempfängerin oder der Organempfänger am Tag oder am Folgetag des Eingriffs verstirbt. In der Regel sind in diesen Fällen operative Komplikationen die Ursache des Versterbens (ID 2097). Als Surrogat für das Auftreten von postoperativen Komplikationen wird der Indikator „Postoperative Verweildauer“ (ID 2133) ausgewertet. Es wird davon ausgegangen, dass bei Patientinnen und Patienten mit langer postoperativer Verweildauer kein normaler postoperativer Verlauf vorliegt. Ausgenommen sind in diesem Indikator Kinder unter 7 Jahren, da bei diesen eine lange postoperative Verweildauer auch bei normalem Verlauf indiziert sein kann. Da auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen kann, wird das Überleben auch in den drei Jahren nach der Operation betrachtet (IDs 12349, 12365 und 12385). Die Qualität der Nachsorgestruktur und die Durchführung der Nachsorge wird im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 2752300) abgebildet.

Im Auswertungsjahr 2025 wird erstmals auch der Indikator Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation (ID 272400) ausgewertet.

Tabelle 70: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LTX

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungs-jahr
2097	Tod durch operative Komplikationen	QS-Dokumen-tation	2024
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumen-tation	2024
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumen-tation	2024
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumen-tation	2024
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumen-tation	2024
272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation	QS-Dokumen-tation	2024
2133	Postoperative Verweildauer	QS-Dokumen-tation	2024
272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertrans-plantation	QS-Dokumen-tation	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *TX-LTX* gibt es ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf zur Vollzähligkeit.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen“ (ID 852313) der Kategorie „Plausibilität und Vollständigkeit“ betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ dokumentiert wurde. Die Berechnungsergebnisse des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2096), Tod durch operative Komplikationen (ID 2097) der Follow-up-Indikatoren zur Sterblichkeit (IDs 12349, 12365, 12385) sowie des Indikators zum Follow-up-Status (ID 272300) beruhen auf der Angabe des Todes als Entlassungsgrund. Dieses Auffälligkeitskriterium wurde eingeführt, da das Ergebnis dieser Indikatoren – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl – verfälscht würde, wenn ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850243) und Überdokumentation (ID 850244) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die Anzahl an Datensätze übermitteln, die ihrer Sollstatistik entspricht. Mit dem Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechte Durchführung des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up (ID 850263, 850264 und 850265) wird geprüft, ob die Follow-ups in den zielführenden Zeiträumen erhoben werden.

Tabelle 71: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852313	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850263	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850264	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850265	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das Modul *TX-LTX* wurde ein Datensatz mehr übermittelt als erwartet wurden. Die Vollzähligkeit liegt bei 100,12 % und ist damit identisch im Vergleich zum Vorjahr. Bei leicht gestiegener Anzahl an gelieferten Datensätzen (AJ 2025: 849; AJ 2024: 829) stieg die Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens einen Datensatz übermittelt haben (entlassende Standorte), von 20 auf 21.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

Tabelle 72: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – TX-LTX

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	849 849 0	848	100,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	20		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	21	21	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	20	20	100,00

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse im Modul *TX-LTX* sind insgesamt als gut zu bewerten. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich nur geringfügige Änderungen.

Für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2096) zeigt sich im Verlauf der letzten 3 Jahre eine deutliche Zunahme der Fälle in der Grundgesamtheit. Wurden im Auswertungsjahr 2022 noch 717 Fälle betrachtet, sind es für das Auswertungsjahr 2025 832 Fälle. Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten bleibt jedoch auf einem ähnlichen Niveau.

Erstmals ausgewertet wurde der Indikator „Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation“ (ID 272400), der in knapp der Hälfte der Fälle das Auftreten einer intra- oder postoperativen Komplikation aufzeigt. Als Referenzbereich ist das 90. Perzentil festgelegt, das für das

Auswertungsjahr 2025 bei 68,33 % liegt. Ein Leistungserbringer wies ein Ergebnis auf, dass oberhalb des 90. Perzentils liegt und wurde daher rechnerisch auffällig. Die Bundesfachkommission bewertet die Ergebnisse dieses neuen Indikators als plausibel und im Rahmen dessen, was erwartet wurde.

Tabelle 73: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LTX

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2097	Tod durch operative Komplikationen	0,72 % O = 6 N = 828	0,72 % O = 6 N = 832 (≤ 5,00 %)	nicht vergleichbar
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	9,06 % O = 75 N = 828	10,70 % O = 89 N = 832 (≤ 20,00 %)	nicht vergleichbar
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	85,42 % O = 545 N = 638	85,98 % O = 644 N = 749 (≥ 70,00 %)	nicht vergleichbar
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	79,25 % O = 550 N = 694	81,83 % O = 527 N = 644 (≥ 72,59 %; 10. Perzentil)	nicht vergleichbar
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	75,10 % O = 383 N = 510	77,33 % O = 532 N = 688 (≥ 62,82 %; 10. Perzentil)	nicht vergleichbar
272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation	O = 77 N = 1.919	O = 84 N = 2.165 (≤ 1,00 Fall)	nicht vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2133	Postoperative Verweildauer	24,67 % O = 188 N = 762	24,41 % O = 185 N = 758 (≤ 30,00 %)	nicht vergleichbar
272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	- O = - N = -	47,12 % O = 392 N = 832 (≤ 68,33 %; 90. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet

Tabelle 74: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-LTX

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2097	Tod durch operative Komplikationen	2023	1 von 20	5,00	0
		2024	0 von 20	0,00	-
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	2 von 20	10,00	1
		2024	2 von 20	10,00	0
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	4 von 21	19,05	-
		2024	2 von 21	9,52	2
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	4 von 21	19,05	-
		2024	5 von 21	23,81	3

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auf-fällig
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2023	1 von 20	5,00	-
		2024	5 von 21	23,81	0
272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertrans-plantation	2023	14 von 21	66,67	-
		2024	11 von 21	52,38	9
2133	Postoperative Verweildauer	2023	5 von 20	25,00	1
		2024	3 von 20	15,00	0
272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	2023	-	-	-
		2024	1 von 20	5,00	-

2.2.2 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus

Tabelle 75: QI 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	10,04 % O = 72 N = 717	9,06 % O = 75 N = 828	**10,70 %** **O = 89** **N = 832**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 21 14,29 %	2 von 20 10,00 %	**2 von 20** **10,00 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 (33,33 %)	**1 / 2** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 21 (4,76 %)	**1 / 20** **(5,00 %)**	n. a.

Für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 2096) zeigt sich im Verlauf der letzten 3 Jahre eine deutliche Zunahme der Fälle in der Grundgesamtheit. Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten bleibt jedoch auf einem ähnlichen Niveau. Da ab dem Auswertungsjahr 2025 Fälle mit Multiviszeraltransplantationen aus diesem Auswertungsmodul ausgeschlossen werden, sind die Ergebnisse nicht mit den Werten der Vorjahresauswertung vergleichbar. Die in Tabelle 75 dargestellten Vorjahreswerte sind jedoch mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2025 neuberechnet worden und somit vergleichbar.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 zeigte sich für zwei Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens war bei einem Leistungserbringer kein fehlerhafter oder kritischer Behandlungsprozess erkennbar, weshalb eine Bewertung mit „U62 – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle" vorgenommen wurde. Bei dem zweiten Leistungserbringer mussten hingegen qualitative Probleme festgestellt werden. Hier hatte das Krankenhaus aber bereits Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Tod durch operative Komplikationen

Tabelle 76: QI 2097: Tod durch operative Komplikationen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,70 % O = 5 N = 717	0,72 % O = 6 N = 828	**0,72 %** **O = 6** **N = 832**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 21 4,76 %	1 von 20 5,00 %	**0 von 20** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	**1 / 1** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 21 (4,76 %)	**1 / 20** **(5,00 %)**	n. a.

Der Indikator „Tod durch operative Komplikationen" (ID 2097) betrachtet Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient am Tag oder am Folgetag des Eingriffs verstarb. Das Bundesergebnis weist im Verlauf der letzten Jahre eine steigende Grundgesamtheit auf, die Rate bleibt hingegen nahezu unverändert. Da ab dem Auswertungsjahr 2025 Fälle mit Multiviszeraltransplantationen aus diesem Auswertungsmodul ausgeschlossen werden, sind die Ergebnisse nicht mit den Werten der Vorjahresauswertung vergleichbar. Die in Tabelle 76 dargestellten Vorjahreswerte sind jedoch mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2025 neuberechnet worden und somit vergleichbar.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden bei einem Leistungserbringer qualitative Probleme festgestellt. Das Krankenhaus hat aber bereits Maßnahmen abgeleitet. Zusätzlich wurden dem Leistungserbringer weitere Verbesserungspotenziale mitgeteilt.

Postoperative Verweildauer

Tabelle 77: QI 2133: Postoperative Verweildauer

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	23,56 % O = 155 N = 658	24,67 % O = 188 N = 762	**24,41 %** **O = 185** **N = 758**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 21 23,81 %	5 von 20 25,00 %	**3 von 20** **15,00 %** **(Refbereich: ≤ 30,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	**5 / 5** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 21 (14,29 %)	**5 / 20** **(25,00 %)**	n. a.

Der Indikator „Postoperative Verweildauer“ (ID 2133) adressiert den Anteil der Patientinnen und Patienten, deren postoperative Verweildauer nach einer Lebertransplantation oberhalb des 75. Perzentils liegt. Es wird davon ausgegangen, dass mit einer längeren Verweildauer auch postoperative operationsspezifische sowie allgemeine Komplikationen aufgegriffen werden, die im Stellungnahmeverfahren adressiert werden können. Auch für diesen Indikator weist die Rate auf Bundesebene im Verlauf der letzten Jahre kaum Veränderungen auf. Da ab dem Auswertungsjahr 2025 Fälle mit Multiviszeraltransplantationen aus diesem Auswertungsmodul ausgeschlossen werden, sind die Ergebnisse nicht mit den Werten der Vorjahresauswertung vergleichbar. Die in Tabelle 77 dargestellten Vorjahreswerte sind jedoch mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2025 neuberechnet worden und somit vergleichbar.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden zu allen rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Indikator qualitative Probleme festgestellt. In zwei Fällen erfolgte eine Bewertung mit „A99“. Hier wurden den Leistungserbringern Hinweise zu Verbesserungspotenzialen gegeben. In einem Fall hat das Krankenhaus bereits selbst Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten waren aufgetretene Komplikationen, die auf Mängel im chirurgischen Management schließen lassen. Einordnungen und die Analyse von den aufgetretenen Komplikationen fanden nicht ausreichend statt, Vermeidungs- und Verbesserungspotenziale wurden nicht geprüft. Zudem konnten ein nicht ausreichendes Empfänger-Spender(-organ)-Matching oder verlängerte warme Ischämiezeiten erkannt werden, die allerdings nicht hinterfragt oder auf Optimierungspotenziale hin geprüft wurden. In drei Fällen musste eine „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“-Bewertung vorgenommen werden, da die epikritischen Darstellungen für eine fachliche Einordnung nicht ausreichend waren. So waren zeitliche Einordnungen der nur aufgezählten Komplikationen erschwert und fanden zudem vom Leistungserbringer nicht statt. Vorhandene Verbesserungspotenziale konnten so auch seitens des Krankenhauses nicht erkannt werden bzw. wurden nicht mitgeteilt. Eine Verknüpfung zu den mitgeteilten Risikofaktoren fand ebenso nicht statt.

Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation

Tabelle 78: QI 272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**47,12 %** **O = 392** **N = 832**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**1 von 20** **5,00 %** **(Refbereich: ≤ 68,33 %; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der Indikator „Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation“ (ID 272400), wurde zum Auswertungsjahr 2025 erstmals ausgewertet und zeigt in knapp der Hälfte der Fälle das Auftreten einer intra- oder postoperativen Komplikation auf. Die Bundesfachkommission bewertet die Ergebnisse dieses Indikators als plausibel und im Rahmen dessen, was erwartet wurde.

1-, 2- und 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Tabelle 79: QI 12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	85,42 % O = 545 N = 638	**85,98 %** **O = 644** **N = 749**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	4 von 21 19,05 %	**2 von 21** **9,52 %** **(Refbereich: ≥ 70,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**2 / 4** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**2 / 21** **(9,52 %)**	n. a.

Tabelle 80: QI 12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	79,25 % O = 550 N = 694	**81,83 %** **O = 527** **N = 644**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	4 von 21 19,05 %	**5 von 21** **23,81 %** **(Refbereich: ≥ 72,59 %; 10. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**2 / 4** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**2 / 21** **(9,52 %)**	n. a.

Tabelle 81: QI 12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	75,10 % O = 383 N = 510	**77,33 %** **O = 532** **N = 688**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	1 von 20 5,00 %	**5 von 21** **23,81 %** **(Refbereich: ≥ 62,82 %; 10. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 1** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 20** **(0,00 %)**	n. a.

Die Follow-up-Indikatoren zum Überleben bei bekanntem Status messen die Rate an Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus bekannt ist und die zum Zeitpunkt des jeweils durchgeführten Follow-up leben. In allen Indikatoren kann im Vergleich zum Vorjahresergebnis eine Verbesserung des Bundesergebnisses erkannt werden. Da ab dem Auswertungsjahr 2025 Fälle mit Multiviszeraltransplantationen aus diesem Auswertungsmodul ausgeschlossen werden, sind die Ergebnisse nicht mit den Werten der Vorjahresauswertung vergleichbar. Die in Tabelle 79, Tabelle 80 und Tabelle 81 dargestellten Vorjahreswerte sind jedoch mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2025 neuberechnet worden und somit vergleichbar.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe (IQTIG 2024)).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurde bei insgesamt 3 Leistungserbringern und 4 Indikatorergebnissen das Ergebnis mit qualitativ auffällig bewertet. Es bestanden Mängel im Umgang mit eingegangenen Risiken im perioperativen Prozess, der Aufbau von qualitätsorientierten Strukturen wurde in einem Fall empfohlen. Zudem wurden Mängel hinsichtlich der Evaluation und entsprechender interdisziplinärer Behandlungsplanung erkannt.

In zwei Fällen wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der vom Leistungserbringer verfassten Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringer jedoch Unterstützung durch das IQTIG und ihm wird eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Bei einem Leistungserbringer kam es zu Dokumentationsfehlern, die Stellungnahme zu einem weiteren verstorbenen Fall wurde in einer Präzisierung nachgefordert. Bei einem anderen Leistungserbringer lag der überwiegende Anteil der rechnerisch auffälligen Vorgänge zu einem früheren Follow-up-Zeitpunkt vor und wurde dementsprechend im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) ausgewertet. Die neu hinzugekommenen Vorgänge rechtfertigten in diesem Fall kein qualitativ auffälliges Ergebnis. Den beiden Krankenhäusern wurden dennoch Hinweise zum möglichen Verbesserungspotenzial mitgeteilt. Bei zwei Leistungserbringern wurden alle Vorgänge zu einem früheren Follow-up-Zeitpunkt im letztjährigen Stellungnahmeverfahren oder zuvor ausgewertet.

Ein Ergebnis musste mit „D99" bewertet werden, da es sich überwiegend um Dokumentationsprobleme oder -fehler in Verbindung mit der in der Vorbemerkung beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups handelte. Ohne Dokumentationsprobleme wäre das Ergebnis dieses Indikators laut Krankenhaus nicht rechnerisch auffällig. Dem Leistungserbringer wurden dennoch fachliche Hinweise gegeben.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation

Tabelle 82: QI 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	O = - N = -	O = 77 N = 1.919	**O = 84** **N = 2.165**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	14 von 21 66,67 %	**11 von 21** **52,38 %** **(Refbereich: ≤ 1,00 Fall)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 14** **(7,14 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 21** **(4,76 %)**	n. a.

Der Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation" (ID 272300) wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Patientinnen und Patienten betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus etwas häufiger unbekannt, allerdings verringert sich gleichzeitig die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis. Da ab dem Auswertungsjahr 2025 Fälle mit Multiviszeraltransplantationen aus diesem Auswertungsmodul ausgeschlossen werden, sind die Ergebnisse nicht mit den Werten der Vorjahresauswertung vergleichbar. Die in Tabelle 82dargestellten Vorjahreswerte sind jedoch mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2025 neuberechnet worden und somit vergleichbar.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe (IQTIG 2024)).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurde ein rechnerisch auffälliges Ergebnis mit „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet, da die Analyse des Leistungserbringers nicht ausreichend war. In den übrigen Fällen wurde aufgrund der in der Vorbemerkung beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups in Kombination mit Dokumentationsfehlern und -problemen mit „D80" und „D99" bewertet.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Modul *TX-LTX* werden zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (ID 850243, 850244, 850263, 850264, 850265) und ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet (ID 852313). Insgesamt weisen die Auffälligkeitskriterien stabile Ergebnisse auf. So kann seit Jahren bei der Dokumentation der Indexeingriffe nahezu eine Vollzähligkeit erkannt werden, rechnerische Auffälligkeiten bestehen bei der „Unterdokumentation" sowie „Überdokumentation" erneut nicht.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen" (ID 852313) betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, hat dies – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul – Auswirkungen auf die Grundgesamtheit und damit die Berechnungsergebnisse der Indikatoren zur Sterblichkeit bzw. zum Tod (IDs 2097, 2096) sowie zum Follow-up (IDs 12349, 12365, 12385, 2712300) des Moduls *TX-LTX*. Im Auswertungsjahr 2025 wurde erstmals in 3 Fällen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, was bei einem Leistungserbringer zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt hat. Im Stellungnahmeverfahren wird zu klären sein, aus welchem Grund eine entsprechende Dokumentation erfolgte.

Tabelle 83: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852313	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen	x % ≤ 3/849 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,12 % 849/848 (≥ 100,00 %)
850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,12 % 849/848 (≤ 110,00 %)
850263	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	94,52 % 673/712 (≥ 95,00 %)
850264	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	95,80 % 547/571 (≥ 95,00 %)
850265	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	94,79 % 546/576 (≥ 95,00 %)

Tabelle 84: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-LTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852313	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen	2097: Tod durch operative Komplikationen 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	1 von 20	5,00	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 2097: Tod durch operative Komplikationen 2133: Postoperative Verweildauer	2024	0 von 21	0,00	0
850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 2097: Tod durch operative Komplikationen 2133: Postoperative Verweildauer	2024	0 von 21	0,00	0
850263	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	6 von 21	28,57	5
850264	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	5 von 21	23,81	2

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850265	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2024	6 von 21	28,57	3

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation

Tabelle 85: AK 850243: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,42 % O = 717 N = 714	100,12 % O = 829 N = 828	**100,12 %** **O = 849** **N = 848**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 23 4,35 %	0 von 20 0,00 %	**0 von 21** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 (0,00 %)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 23 (0,00 %)	**0 / 20** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 86: AK 850244: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,42 % O = 717 N = 714	100,12 % O = 829 N = 828	**100,12 %** **O = 849** **N = 848**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 23 0,00 %	0 von 20 0,00 %	**0 von 21** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 23 (0,00 %)	**0 / 20** **(0,00 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2025 können hier sehr gute Ergebnisse festgestellt werden, es zeigt sich lediglich eine Überdokumentation von einem Fall. Daraus resultiert kein rechnerisch auffälliges Ergebnis des entsprechenden Leistungserbringers.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up

Tabelle 87: AK 850263: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	95,12 % O = 565 N = 594	**94,52 %** **O = 673** **N = 712**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	8 von 21 38,10 %	**6 von 21** **28,57 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 8** **(12,50 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**1 / 21** **(4,76 %)**	n. a.

Tabelle 88: AK 850264: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	94,82 % O = 567 N = 598	**95,80 %** **O = 547** **N = 571**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	4 von 21 19,05 %	**5 von 21** **23,81 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 4** **(25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**1 / 21** **(4,76 %)**	n. a.

Tabelle 89: AK 850265: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	93,35 % O = 393 N = 421	**94,79 %** **O = 546** **N = 576**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	8 von 21 38,10 %	**6 von 21** **28,57 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**3 / 8 (37,50 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**3 / 21 (14,29 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up (ID 850263, 850264 und 850265) betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1, 2 bzw. 3 Jahre nach dem Transplantationsdatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Transplantation und 60 (ID 850263) bzw. 90 Tagen (ID 850264 und 850265) nach dem Jahrestag der Transplantation zulässig. Auf Bundesebene liegen die Ergebnisse für das Auffälligkeitskriterium zur Durchführung des 1-Jahres-Follow-up (ID 850263) außerhalb des definierten Referenzbereichs, dennoch zeigen sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügige Änderungen bei den Ergebnissen.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Auffälligkeitskriterien nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde (siehe (IQTIG 2024)).

Hinsichtlich der Follow-up-Auffälligkeitskriterien handelt es sich in der überwiegenden Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Auswertungsjahr 2024 (15 von 20) um Fälle, die ebenfalls im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation“ auffällig wurden. Um eine mehrfache qualitativ auffällige Bewertung von denselben Vorgängen, die hier das Ziel des Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen, zu vermeiden, erfolgte eine „S99“-Bewertung mit entsprechender Kommentierung. Bei drei Leistungserbringern wurde zu fünf Ergebnissen von Auffälligkeitskriterien das Ergebnis mit „qualitativ auffällig“ bewertet. Gründe waren in der überwiegenden Anzahl der Fälle, dass das Zeitfenster des Follow-up nicht eingehalten wurde. In einigen Fällen handelt es sich um Mischkonstellationen aus zusätzlichen Dokumentationsfehlern.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes

Tabelle 90: AK 852313: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	0,00 % O = 0 N = 828	**0,12 %** **O = 3** **N = 849**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 20 0,00 %	**1 von 20** **5,00 %** **(Refbereich: = 0)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0 (-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**0 / 20 (0,00 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen“ (ID 852313) wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, hat dies – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und der vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl in diesem Auswertungsmodul – Auswirkungen auf die Grundgesamtheit und damit die Berechnungsergebnisse der Indikatoren zur Sterblichkeit bzw. zum Tod (IDs 2097, 2096) sowie zum Follow-up (IDs 12349, 12365, 12385, 272300) des Moduls *TX-LTX*.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde erstmals in 3 Fällen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, was bei einem Leistungserbringer zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt hat. Im Stellungnahmeverfahren wird zu klären sein, aus welchem Grund eine entsprechende Dokumentation erfolgte.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 91: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LTX

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	63	-	143	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	63	100,00	143	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	9	14,29	31	21,68
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	9	100,00	31	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	9	100,00	31	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	9	100,00	31	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	100,00	31	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	11,11	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	11,11	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	3	33,33	1	3,23
Bewertung als qualitativ auffällig	5	55,56	12	38,71
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	14	45,16
Sonstiges	0	0,00	4	12,90

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 143 Indikatorergebnissen ergaben sich 31 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 20 Leistungserbringer beziehen. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert, auch die des neu implementierten Qualitätsindikators „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation" (ID 272300). Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) gab es 25 rechnerisch auffällige Indikatorenergebnisse (inkl. nicht veröffentlichter Follow-up-Indikatoren), verteilt auf sieben Qualitätsindikatoren und zwölf Leistungserbringer.

Zwölf der 31 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden u. a. aufgrund von Mängeln in der Evaluation, im chirurgischen Management, im Umgang mit eingegangenen Risiken im perioperativen Prozess oder in der interdisziplinären Behandlungsplanung als qualitativ auffällig bewertet. Zudem mussten verlängerte warme Ischämiezeiten oder ein unzureichendes Empfänger-Spender(-Organ)-Matching festgestellt werden. Eine Prüfung auf Optimierungspotenziale oder die Einordnungen und Analyse der aufgetretenen Komplikationen erfolgte nicht in allen Fällen (ausreichend). Zudem waren Stellungnahmen in einigen Fällen fachlich-inhaltlich nicht genügend, bspw. bezogen auf die epikritische Darstellung. Einige Krankenhäuser haben aber bereits Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Darüber hinaus wurden einigen Krankenhäusern auch weitere Verbesserungspotenziale mitgeteilt, u. a. auch bezogen auf den Aufbau von qualitätsorientierten Strukturen. In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsproblemen sowie Hinweise zu Verbesserungspotenzialen, u. a. zur Konzeption der M&M-Konferenzen nach Leitfaden der Bundesärztekammer sowie einer Nachhaltung durch entsprechende Protokollierung. Diese ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der zuvor beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung sowie (IQTIG 2024)) betroffen. Aufgrund des zuvor beschriebenen gezielten Austauschs mit den Leistungserbringern war eine entsprechende Berücksichtigung bei der qualitativen Auswertung möglich.

In wenigen Fällen wurden die Vorgaben zur Anonymisierung nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht

zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringer jedoch Unterstützung durch das IQTIG und ihm wird eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Tabelle 92: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
14	2	4	8	2	0

Bei einem Krankenhaus mit zwei qualitativ auffällige Bewertungen erfolgte eine Bewertung aufgrund eines Anonymsierungsverstoßes in der Stellungnahme.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 93: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LTX

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	46	100,00	123	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1	2,17	20	16,26
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1	100,00	20	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	1	100,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	20	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	20	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	0	0,00	5	25,00
Sonstiges	0	0,00	15	75,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 123 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien resultierten 20 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf elf Leistungserbringer verteilten. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) gab es insgesamt 128 Ergebnisse (inkl. nicht veröffentlichter Follow-up-Indikatoren) zu Auffälligkeitskriterien.

Fünf von den 20 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden aufgrund von Nicht-Einhaltung des Follow-up-Zeitfensters und Dokumentationsfehlern als qualitativ auffällig bewertet.

Tabelle 94: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LTX

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
4	5	2	2	0	1

Bei einem Leistungserbringer kam es in drei Auffälligkeitskriterien zu einer Bewertung mit „A70“, da das Zeitfenster des Follow-up tatsächlich nicht eingehalten wurde. Hinzu kamen hier in einigen Fällen Fehldokumentationen.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *TX-LTX* wurden insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und anschließend in den Expertengremiumssitzungen die folgenden Themen in der Bundesfachkommission aufgegriffen.

Als ein Diskussionspunkt wurde die Relevanz der strukturierten Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) mit interdisziplinärer und tiefgreifender Aufarbeitung von Fällen gemäß Leitfaden der Bundesärztekammer intensiv besprochen.

Daneben bildeten auch die langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben von Organempfängerinnen und Organempfängern einen Schwerpunkt der Diskussion, an die sich Abwägungen zum Aufbau des Indikatorensets im Follow-up-Bereich anschließen werden. Dementsprechend wird derzeit eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bis zu 10 Jahren nach erfolgter Transplantation diskutiert.

Bezüglich der Verknüpfungsproblematik von Indexeingriffen und den zugehörigen Follow-ups wurden ebenfalls Beratungen mit den Expertinnen und Experten durchgeführt. Die fehlerhafte Verknüpfung ließ sich hauptsächlich auf fehlerhafte Angaben bei patientenidentifizierenden Merkmalen zurückführen, die sowohl manuell als auch softwarebasiert fehlerhaft angegeben wurden sowie auf zu spät übermittelte Datensätze. Hier lässt sich der Bedarf für eine optimierte Datenerfassung patientenidentifizierender Maßnahmen erkennen. Aber z. B. auch der zwischenzeitliche Wechsel des Versicherungstyps zwischen gesetzlicher und privater Versicherung verhindert in wenigen Fällen die Verknüpfbarkeit von Indexeingriffen und zugehörigen Follow-ups. Dies ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierungswege der patientenidentifizierenden Merkmale je nach gesetzlicher oder privater Versicherung systemimmanent.

5 Ausblick

Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln eine überwiegend sehr gute medizinische Versorgung im Bereich der Lebertransplantationen wider. Auch gemäß Bundesfachkommission wird deutlich, dass sich die Ergebnisqualität trotz der immer komplexer werdenden Situationen auf Spender- und Empfängerseite kontinuierlich verbessere und sich im internationalen Vergleich sehr gut darstelle. Dies wird auch durch die konsequente und sensitive Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erreicht. Länger werdende Überlebenszeiten bereichern das Leben Transplantierter, geben aber auch Aufschluss über die Behandlungsqualität. Dementsprechend wird eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume in diesem Auswertungsmodul angestrebt.

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch das QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* (*QS TX*). Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der G-BA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* vorerst nicht zu folgen (G-BA 2025). Neben der Streichung des Indikators zum unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 272300) hatte das IQTIG die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern sowie die Umstellung der Datenakquise auf Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim G-BA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern und die Umstellung auf Sozialdaten einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, hier besonders auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z. B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle.

Leberlebendspende

1 Hintergrund

Im Auswertungsmodul *TX-LLS* werden Patientinnen und Patienten betrachtet, denen ein Teil der Leber für eine Leberlebendspende entnommen wird. Möglich ist dies zum einen dadurch, dass etwa ein Drittel der Leber bei gesunden Menschen ausreicht, um alle notwendigen Funktionen zu erfüllen. Für die Spendenden besteht daher auch nach der Entnahme in der Regel kein dauerhafter gesundheitlicher Nachteil. Zum anderen besitzt die Leber erstaunliche regenerative Fähigkeiten, die nach der Entnahme dafür sorgen, dass die Leber wieder auf etwa die ursprüngliche Größe anwächst.

Die Indikation für eine Leberlebendspende ergibt sich daraus, dass eine nahestehende Person der möglichen Lebendspenderin / des möglichen Lebendspenders eine neue Leber benötigt, jedoch kein passendes, postmortal gespendetes Organ rechtzeitig oder zeitnah zur Verfügung steht. In diesen Fällen bietet die Lebendspende eine Therapiemöglichkeit.

Die Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-LLS* beziehen sich ausschließlich auf die Lebendspenderinnen und Lebendspender. Bei der Lebendspende soll durch sorgfältige Bewertung der spendenden Person vor dem Eingriff und durch bestmögliche Qualität der medizinischen Versorgung während und nach der Lebendspende ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden. Es gilt, jede Komplikation für die Lebendspenderinnen und Lebendspender zu vermeiden.

Mit Indikatoren zum Überleben, der Leberfunktion und der Notwendigkeit einer Lebertransplantation während des Krankenhausaufenthalts oder in den Jahren nach der Leberlebendspende (Follow-up) sowie zu behandlungsbedürften Komplikationen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen.

Qualitätsindikatoren

Die Indikatoren in diesem Auswertungsmodul beziehen sich sowohl auf auftretende intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen (ID 2128) als auch auf die Erfassung der Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 2125) bzw. die Überlebensraten der Lebendspenderinnen und Lebendspender im Langzeitverlauf (IDs 12296 und 12308). Kommt es im Anschluss an eine Organspendeoperation tatsächlich zum Versterben einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders, soll dies unmittelbar dem IQTIG zur Überprüfung gemeldet werden, um eine sorgfältige Ursachenanalyse durchführen zu können.

Aufgrund der bestehenden besonderen Pflicht der transplantierenden Einrichtung zur Nachsorge der Lebendspenderinnen und Lebendspender wird die Qualität der Nachsorgestruktur und deren Durchführung im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 262300) ausgewertet, in dem der unbekannte Überlebensstatus der Lebendspenderinnen und Lebendspender innerhalb von drei Jahren nach Leberlebendspende erfasst wird. Darüber hinaus wird betrachtet, ob in den drei Jahren nach der Transplantation (inklusive

des stationären Aufenthalts) eine Lebertransplantation bei der Lebendspenderin oder dem Lebendspender erforderlich ist (IDs 2127, 12549, 12561 und 12577) oder ob die Funktion der Leber der spendenden Person in den drei Jahren nach der Transplantation beeinträchtigt ist (IDs 12609 und 12613). Da der Gesundheitszustand der Lebendspenderinnen und Lebendspender oberste Priorität haben muss, sind alle Qualitätsindikatoren als sogenannte Sentinel-Event-Indikatoren definiert, d. h., dass jedes aufgetretene Ereignis im Stellungnahmeverfahren hinsichtlich qualitativer Mängel überprüft wird.

Tabelle 95: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LLS

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	QS-Dokumentation	2024
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QS-Dokumentation	2024
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QS-Dokumentation	2024
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QS-Dokumentation	2024
262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QS-Dokumentation	2024
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QS-Dokumentation	2024
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	QS-Dokumentation	2024
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QS-Dokumentation	2024
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QS-Dokumentation	2024
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	QS-Dokumentation	2024
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	QS-Dokumentation	2024
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	QS-Dokumentation	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *TX-LLS* gibt es ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf zur Vollzähligkeit.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden“ (ID 852312) der Kategorie „Plausibilität und Vollständigkeit“ betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ dokumentiert wurde. Die Berechnungsergebnisse des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2125), der Follow-up-Indikatoren zur Sterblichkeit (IDs 12296, 12308, 12324) sowie des Indikators zum Follow-up-Status (ID 262300) beruhen auf der Angabe des Todes als Entlassungsgrund. Dieses Auffälligkeitskriterium wurde eingeführt, da das Ergebnis dieser Indikatoren – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl – verfälscht würde, wenn ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850241) und Überdokumentation (850242) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die Anzahl an Datensätzen übermitteln, die ihrer Sollstatistik entspricht. Mit dem Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechte Durchführung des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-ups (ID 850260, 850261, und 850262) wird geprüft, ob die Follow-ups in den zielführenden Zeiträumen erhoben werden.

Tabelle 96: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852312	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850260	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850261	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850262	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das *Modul TX-LLS* entspricht sowohl die Anzahl der übermittelten Datensätze als auch die Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens einen Datensatz übermittelt haben, der erwarteten Anzahl. Im Vergleich zum Vorjahr verringert sich die Anzahl der Leistungserbringer um 3, während sich die Anzahl der Datensätze um 6 erhöht.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LLS* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

Tabelle 97: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – TX-LLS

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	56 56 0	56	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	7		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	7	7	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	7	7	100,00

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Modul *TX-LLS* zeigt sich im Auswertungsjahr 2025 erfreulicherweise erneut, dass weder im Krankenhaus, noch innerhalb der ersten 3 Jahre nach einer Transplantation eine Lebendspenderin oder ein Lebendspender verstorben ist. Zudem zeigte sich innerhalb der ersten 3 Jahre nach der Spende keine beeinträchtigte Leberfunktion bei einer Spenderin bzw. bei einem Spender, sodass auch keine Lebertransplantation bei einer Spenderin bzw. einem Spender notwendig wurde.

Im Indikator „Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende“ (ID 2128) treten vereinzelte Fälle auf. Für das Auswertungsjahr 2025 kann hier jedoch die niedrigste Rate seit dem Auswertungsjahr 2021 (1,92 %) verzeichnet werden.

Der Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Leberlebendspende“ (ID 262300) wurde erstmal zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Spenderinnen und Spender, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Spenderinnen und Spender betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus etwas häufiger unbekannt, die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis steigt von 3 auf 4. Gründe für den Anstieg werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eruiert.

Hinsichtlich der Anzahl an rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen kommt es zu einer Reduktion von acht im Auswertungsjahr 2024 auf sechs im Auswertungsjahr 2025.

Zum Auswertungsjahr 2024 können für das 3-Jahres-Follow-up keine Ergebnisse dargestellt werden, da durch die falsche Befüllung der Versichertennummer mit Empfänger- statt Spenderdaten in vielen Fällen die zugehörigen Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 nicht mit dem Follow-up verknüpft werden können.

Tabelle 98: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-LLS

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	12,00 % O = 6 N = 50	x % O = ≤ 3 N = 56 (Sentinel Event)	vergleichbar
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,00 % O = 0 N = 50	0,00 % O = 0 N = 56 (Sentinel Event)	vergleichbar
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	0,00 % O = 0 N = 33	0,00 % O = 0 N = 31 (Sentinel Event)	vergleichbar
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	0,00 % O = 0 N = 33	0,00 % O = 0 N = 33 (Sentinel Event)	vergleichbar
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 31 (Sentinel Event)	im Vorjahr nicht berechnet
262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	0,06 O = 4 N = 70	0,10 O = 11 N = 106 (Sentinel Event)	vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	0,00 % O = 0 N = 50	0,00 % O = 0 N = 56 (Sentinel Event)	vergleichbar
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	0,00 % O = 0 N = 33	0,00 % O = 0 N = 31 (Sentinel Event)	vergleichbar
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	0,00 % O = 0 N = 33	0,00 % O = 0 N = 33 (Sentinel Event)	vergleichbar
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 31 (Sentinel Event)	im Vorjahr nicht berechnet
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	0,00 % O = 0 N = 20	0,00 % O = 0 N = 18 (Sentinel Event)	vergleichbar
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	0,00 % O = 0 N = 24	0,00 % O = 0 N = 20 (Sentinel Event)	vergleichbar

© IQTIG 2025

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 20 (Sentinel Event)	im Vorjahr nicht berechnet

Tabelle 99: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-LLS

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	2023	5 von 10	50,00	2
		2024	2 von 7	28,57	2
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	0 von 10	0,00	-
		2024	0 von 7	0,00	-
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	2023	0 von 9	0,00	-
		2024	0 von 7	0,00	-
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	2023	0 von 9	0,00	-
		2024	0 von 9	0,00	-
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	2023	-	-	-
		2024	0 von 9	0,00	-

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	2023	3 von 12	25,00	-
		2024	4 von 12	33,33	2
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	2023	0 von 10	0,00	-
		2024	0 von 7	0,00	-
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	2023	0 von 9	0,00	-
		2024	0 von 7	0,00	-
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	2023	0 von 9	0,00	-
		2024	0 von 9	0,00	-
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	2023	-	-	-
		2024	0 von 9	0,00	-
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	2023	0 von 7	0,00	-
		2024	0 von 5	0,00	-
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	2023	0 von 9	0,00	-
		2024	0 von 6	0,00	-
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	2023	-	-	-
		2024	0 von 8	0,00	-

2.2.2 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus

Tabelle 100: QI 2125: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 41	0,00 % O = 0 N = 50	**0,00 %** **O = 0** **N = 56**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 11 0,00 %	0 von 10 0,00 %	**0 von 7** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 11 (0,00 %)	**0 / 10** **(0,00 %)**	n. a.

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2125) adressiert den Anteil an Spenderinnen und Spendern, die nach einer Leberlebendspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind. Im Auswertungsjahr 2025 trat – wie auch in den Vorjahren – kein Fall auf.

Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende

Tabelle 101: QI 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 41	12,00 % O = 6 N = 50	**x %** **O = ≤ 3** **N = 56**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 11 27,27 %	5 von 10 50,00 %	**2 von 7** **28,57 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 (33,33 %)	**1 / 5** **(20,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 11 (9,09 %)	**1 / 10** **(10,00 %)**	n. a.

Der Indikator „Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende“ (ID 2128) adressiert den Anteil der Spenderinnen und Spender mit mindestens einer intra-

oder postoperativen (behandlungsbedürftigen) Komplikation. Im Auswertungsjahr 2025 traten erneut nur wenige Fälle auf.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde einem Krankenhaus ein Hinweis bezüglich der verbesserungswürdigen fachlichen Aufbereitung im Rahmen der Qualitätssicherung gegeben und das Ergebnis mit „A99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)" bewertet. Bei den übrigen vier Auffälligkeiten konnte kein fehlerhafter oder kritischer Behandlungsprozess erkannt werden, sodass eine Bewertung mit „U62 – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle" resultierte.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum vorherigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) lag bei der letztjährigen Berichterstattung bei einem Indikatorergebnis zu „Intra- und postoperative behandlungsbedürftige[n] Komplikationen" noch keine qualitative Bewertung vor. In diesem Fall fand eine Begehung statt, die zu einer qualitativen Unauffälligkeit mit „U99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)" führte. Das IQTIG hat dem Leistungserbringer umfangreiche Erläuterungen zur Bewertungsbegründung und fachliche Hinweise mitgeteilt.

Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres, des 2. Jahres oder des 3. Jahres nach Leberlebendspende

Tabelle 102: QI 12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 33	**0,00 %** **O = 0** **N = 31**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 9 0,00 %	**0 von 7** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 9** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 103: QI 12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 33	**0,00 %** **O = 0** **N = 33**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 9 0,00 %	**0 von 9** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 9** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 104: QI 12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**0,00 %** **O = 0** **N = 31**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**0 von 9** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil der Spenderinnen und Spender mit bekanntem Follow-up-Status, die ein, zwei bzw. drei Jahre nach einer Leberlebendspende verstorben sind. Im Auswertungsjahr 2025 trat in diesen Indikatoren kein Fall auf.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde. Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation des Moduls zur Leberlebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Softwarelösungen aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende automatisiert nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung

des Indexeingriffs mit dem Follow-up ist somit nicht möglich. Allerdings wurde auch in diesem Zeitraum wie in den Jahren zuvor kein Ereignis des Versterbens einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders bekannt.

Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich während des Krankenhausaufenthalts oder innerhalb des 1. Jahres, des 2. Jahres oder des 3. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich

Tabelle 105: QI 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 41	0,00 % O = 0 N = 50	**0,00 %** **O = 0** **N = 56**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 11 0,00 %	0 von 10 0,00 %	**0 von 7** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 11 (0,00 %)	**0 / 10** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 106: QI 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 33	**0,00 %** **O = 0** **N = 31**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 9 0,00 %	**0 von 7** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 9** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 107: QI 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 33	**0,00 %** **O = 0** **N = 33**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 9 0,00 %	**0 von 9** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 9** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 108: QI 12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**0,00 %** **O = 0** **N = 31**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**0 von 9** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil der Spenderinnen und Spender, bei denen eine Lebertransplantation direkt nach einer Lebendspende bzw. innerhalb des 1., 2. oder 3. Jahres danach erfolgt. Im Auswertungsjahr 2025 trat in diesen Indikatoren kein Fall auf.

Für die Follow-up-Indikatoren können Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde. Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2022 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation des Moduls zur Leberlebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Softwarelösungen aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende automatisiert nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spende-

rin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up ist somit nicht möglich. Allerdings wurde auch in diesem Zeitraum wie in den Jahren zuvor kein Ereignis des Versterbens einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders bekannt.

Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr, 2 Jahre oder 3 Jahre nach Leberlebendspende)

Tabelle 109: QI 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 20	**0,00 %** **O = 0** **N = 18**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 7 0,00 %	**0 von 5** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 7** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 110: QI 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 24	**0,00 %** **O = 0** **N = 20**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 9 0,00 %	**0 von 6** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 9** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 111: QI 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**0,00 %** **O = 0** **N = 20**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**0 von 8** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil der Spenderinnen und Spender mit beeinträchtigter Leberfunktion ein, zwei bzw. drei Jahre nach der Spende. Im Auswertungsjahr 2025 trat in diesen Indikatoren kein Fall auf.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Indikatoren nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde. Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation des Moduls zur Leberlebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Softwarelösungen aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende automatisiert nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up ist somit nicht möglich. Allerdings wurde auch in diesem Zeitraum wie in den Jahren zuvor kein Ereignis des Versterbens einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders bekannt.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

Tabelle 112: QI 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	O = 4 N = 70	**O = 11** **N = 106**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	3 von 12 25,00 %	**4 von 12** **33,33 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 3 (0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 12 (0,00 %)**	n. a.

Der Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende“ (ID 262300) wurde erstmal zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Spenderinnen und Spender, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Spenderinnen und Spender betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus etwas häufiger unbekannt, die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis steigt von 3 auf 4. Gründe für den Anstieg werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eruiert.

Bei den rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen im Auswertungsjahr 2024 erfolgte aufgrund der in der Vorbemerkung beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups in Kombination mit Dokumentationsfehlern eine entsprechende Bewertung (2-mal „D80 – Unvollzählige oder falsche Dokumentation“, 1-mal „U63 – Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)“).

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Modul *TX-LLS* werden zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (ID 850241, 850242, 850260, 850261, 850262) und ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet (ID 852312).

Seit Jahren kann bei der Dokumentation der Indexeingriffe nahezu Vollzähligkeit beobachtet werden, rechnerische Auffälligkeiten bestehen wie im letzten Jahr bei der „Unterdokumentation“ sowie „Überdokumentation“ nicht.

Für das Auffälligkeitskriterium „Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up“ (ID 850260) ist festzustellen, dass der Anteil der zeitgerecht durchgeführten 1-Jahres-Follow-up-Erhebungen auf Bundesebene nach wie vor deutlich außerhalb des definierten Referenzbereichs liegt. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich jedoch eine Verbesserung um gut 3 Prozentpunkte. Auch die Anzahl der Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis sinkt um 1, sodass dennoch von einer positiven Entwicklung gesprochen werden kann.

Zum Auswertungsjahr 2024 können für das 3-Jahres-Follow-up keine Ergebnisse dargestellt werden, da durch die falsche Befüllung der Versichertennummer mit Empfänger- statt Spenderdaten in vielen Fällen die zugehörigen Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 nicht mit dem Follow-up verknüpft werden können.

Tabelle 113: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-LLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852312	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leber-lebendspenden	0,00 % 0/56 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,00 % 56/56 (≥ 100,00 %)
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,00 % 56/56 (≤ 110,00 %)
850260	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	83,78 % 31/37 (≥ 95,00 %)
850261	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	94,29 % 33/35 (≥ 95,00 %)
850262	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	91,18 % 31/34 (≥ 95,00 %)

Tabelle 114: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-LLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852312	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	2024	0 von 7	0,00	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)				
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	2024	0 von 7	0,00	0
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	2024	0 von 7	0,00	0
850260	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	2024	3 von 8	37,50	1

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850261	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	2024	2 von 10	20,00	1
850262	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Leberlebendspende (LLS).	2024	1 von 9	11,11	0

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation

Tabelle 115: AK 850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,00 % O = 41 N = 41	100,00 % O = 50 N = 50	**100,00 %** **O = 56** **N = 56**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 11 0,00 %	0 von 10 0,00 %	**0 von 7** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 11 (0,00 %)	**0 / 10** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 116: AK 850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,00 % O = 41 N = 41	100,00 % O = 50 N = 50	**100,00 %** **O = 56** **N = 56**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 11 0,00 %	0 von 10 0,00 %	**0 von 7** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 11 (0,00 %)	**0 / 10** **(0,00 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS) als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2025 können hier sehr gute Ergebnisse festgestellt werden, es zeigt sich wie in den Vorjahren weder eine Unter- noch eine Überdokumentation.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up

Tabelle 117: AK 850260: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	80,56 % O = 29 N = 36	**83,78 %** **O = 31** **N = 37**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	4 von 11 36,36 %	**3 von 8** **37,50 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 4** **(25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**1 / 11** **(9,09 %)**	n. a.

Tabelle 118: AK 850261: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	91,18 % O = 31 N = 34	**94,29 %** **O = 33** **N = 35**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	2 von 9 22,22 %	**2 von 10** **20,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 2** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**1 / 9** **(11,11 %)**	n. a.

Tabelle 119: AK 850262: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	n. a.	**91,18 %** **O = 31** **N = 34**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**1 von 9** **11,11 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1, 2 bzw. 3 Jahre nach dem Lebendspendedatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Lebendspende und 60 (ID 850260) bzw. 90 (ID 850261 und 850262) Tagen nach dem Jahrestag der Lebendspende zulässig. Auf Bundesebene liegen die Ergebnisse jeweils außerhalb des definierten Referenzbereichs, dennoch zeigen sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügige Änderungen bei den Ergebnissen.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Auffälligkeitskriterien nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde. Für das Auffälligkeitskriterium zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation des Moduls zur Leberlebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Softwarelösungen aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende automatisiert nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up ist somit nicht möglich.

Da es sich bei vier rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Stellungnahmeverfahren 2024 jeweils um denselben Vorgang wie im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende“ handelte und um eine mehrfache qualitativ auffällige Bewertung von denselben Vorgängen, die hier das Ziel des Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen, zu vermeiden, erfolgte eine qualitative Bewertung mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ mit entsprechender Kommentierung. Zu zwei Auffälligkeitskriterien bei zwei Leistungserbringern wurde eine Bewertung mit „A70 – Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)“ vorgenommen. Gründe waren Fehldokumentationen und tatsächlich zu spät erhobene Follow-ups.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden

Tabelle 120: AK 852312: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	0,00 % O = 0 N = 50	**0,00 %** **O = 0** **N = 56**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 10 0,00 %	**0 von 7** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**0 / 10 (0,00 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden“ (ID 852312) wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Spenderin bzw. der Spender tatsächlich verstorben ist, hat dies – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl in diesem Auswertungsmodul – Auswirkungen auf die Grundgesamtheit und damit die Berechnungsergebnisse sämtlicher Indikatoren des Moduls *TX-LLS*.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde, wie bereits im Vorjahr, in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 121: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LLS

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	33	-	94	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	33	100,00	94	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	3	9,09	8	8,51
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	3	100,00	8	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	3	100,00	8	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	3	100,00	8	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	100,00	8	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	33,33	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	33,33	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	33,33	5	62,50
Bewertung als qualitativ auffällig	1	33,33	1	12,50
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	2	25,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 94 Indikatorergebnissen ergaben sich acht rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf sieben Leistungserbringer verteilen. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert, auch die des neu implementierten Qualitätsindikators „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Leberlebendspende" (ID 262300). Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) gab es mit 12 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen (inkl. Follow-up-Indikatoren), verteilt auf zwei Qualitätsindikatoren und zehn Leistungserbringer, mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse und mehr Leistungserbringer mit solchen.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde ein Ergebnis mit einer Bewertung „A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel" als qualitativ auffällig bewertet. Dem Krankenhaus wurde ein Hinweis bezüglich der verbesserungswürdigen fachlichen Aufbereitung im Rahmen der Qualitätssicherung gegeben. Der Leistungserbringer erhielt Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsproblemen und ggf. nützliche Hinweise für Verbesserungspotenziale. Diese ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie ggf. der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der zuvor beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung sowie (IQTIG 2024)) betroffen. Aufgrund des zuvor beschriebenen gezielten Austauschs mit den Leistungserbringern war eine entsprechende Berücksichtigung bei der qualitativen Auswertung möglich.

In einigen Stellungnahmen wurden die Vorgaben zur Anonymisierung nicht ausreichend berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme erhält der Leistungserbringer jedoch Unterstützung durch das IQTIG und ihm wird eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt.

Tabelle 122: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LLS

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
6	1	0	1	0	0

Es gab keine Leistungserbringer, bei denen mehrfache qualitative Auffälligkeiten festgestellt wurden.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 123: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LLS

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	22	100,00	50	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	0	0,00	6	12,00
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	0	100,00	6	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	6	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	6	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	0	0,00	2	33,33
Sonstiges	0	0,00	4	66,67

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 50 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien ergaben sich sechs rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf fünf Leistungserbringer verteilten. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) gab es insgesamt 32 Ergebnisse (inkl. Unveröffentlichter Follow-up-Auffälligkeitskriterien) zu Auffälligkeitskriterien.

Zwei rechnerisch auffällige Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren 2024 aufgrund von Fehldokumentationen und tatsächlich zu spät erhobene Follow-ups als qualitativ auffälligen bewertet.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die zuvor beschriebene Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung) berücksichtigt.

Tabelle 124: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-LLS

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
4	1	0	2	0	0

Es gab keine Leistungserbringer, bei denen mehrfache qualitative Auffälligkeiten festgestellt wurden.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *TX-LLS* wurden insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und anschließend in den Expertengremiumssitzungen die im folgenden aufgeführten Themen mit der Bundesfachkommission diskutiert.

Als ein Diskussionspunkt wurde die Relevanz der strukturierten Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) mit interdisziplinärer und tiefgreifender Aufarbeitung von Fällen gemäß Leitfaden der Bundesärztekammer diskutiert.

Zum anderen bildeten auch die langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben von Lebendspenderinnen und Lebendspendern einen Schwerpunkt der Diskussion, an die sich Abwägungen beim Aufbau des Indikatorensets im Follow-up-Bereich anschließen werden. Dementsprechend wird derzeit eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bis zu 10 Jahren nach erfolgter Transplantation diskutiert.

Bezüglich der Verknüpfungsproblematik von Indexeingriffen und den zugehörigen Follow-ups wurden ebenfalls Beratungen mit den Expertinnen und Experten durchgeführt. Die fehlerhafte Verknüpfung ließ sich hauptsächlich auf fehlerhafte Angaben bei patientenidentifizierenden Merkmalen zurückführen, die sowohl manuell als auch softwarebasiert fehlerhaft angegeben wurden sowie auf zu spät übermittelte Datensätze. Hier lässt sich der Bedarf für eine optimierte Datenerfassung patientenidentifizierender Maßnahmen erkennen. Aber z. B. auch der zwischenzeitliche Wechsel des Versicherungstyps zwischen gesetzlicher und privater Versicherung verhindert in wenigen Fällen die Verknüpfbarkeit von Indexeingriffen und zugehörigen Follow-ups. Dies ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierungswege der patientenidentifizierenden Merkmale je nach gesetzlicher oder privater Versicherung systemimmanent. Ein besonderes Problem stellt im Lebendspendebereich jedoch die Angabe der patientenidentifizierenden Merkmale der Lebendspender dar. Hier werden häufig fälschlicherweise die Versicherungsdaten der Organempfänger angegeben, da die Abrechnung der Leistungen der Lebendspender über die Krankenversicherung der Organempfänger erfolgt.

5 Ausblick

Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln auch im AJ 2024 eine sehr gute medizinische Versorgung im Bereich der Leberlebendspenden wider. Auch gemäß Bundesfachkommission wird deutlich, dass sich die Ergebnisqualität fortwährend, auch im internationalen Vergleich, als sehr gut darstelle. Dies wird auch durch die konsequente und sensitive Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erreicht. Trotzdem wird Weiterentwicklungsbedarf am Indikatorenset im Follow-up-Bereich gesehen, insbesondere, da eine langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben nach der Lebendspende von Organen von großer Bedeutung für Spenderinnen und Spender sind.

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch das QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* (*QS TX*). Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der G-BA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* vorerst nicht zu folgen (G-BA 2025). Das IQTIG hat keine Änderungen am Indikatoren- und Kennzahlset für das Auswertungsmodul *TX-LLS* empfohlen, jedoch die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer in diesen Auswertungsmodulen zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim G-BA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, hier besonders auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z. B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle.

Nierenlebendspende

1 Hintergrund

Im Auswertungsmodul *TX-NLS* werden Patientinnen und Patienten betrachtet, denen eine Niere zum Zweck der Nierenlebendspende entnommen wird. Dies ist möglich, da die zweite verbleibende Niere die Funktion bei gesunden Menschen in ausreichendem Maß übernehmen kann. Mit der „Einnierigkeit" des Spenders sind allerdings potenzielle Risiken für die Spenderin bzw. den Spender verbunden (Bluthochdruck, Proteinurie, Nierenfunktionseinschränkung durch andere Komorbiditäten), weswegen der Spender zu einer Nachsorge verpflichtet ist.

Die Indikation für eine Leber- oder Nierenlebendspende ergibt sich daraus, dass eine nahestehende Person der möglichen Lebendspenderin / des möglichen Lebendspenders eine neue Leber oder Niere benötigt, jedoch kein passendes, postmortal gespendetes Organ rechtzeitig oder zeitnah zur Verfügung steht. In diesen Fällen bietet die Lebendspende eine Therapiemöglichkeit.

Die Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-NLS* beziehen sich ausschließlich auf die Lebendspenderinnen und Lebendspender. Bei der Lebendspende soll durch sorgfältige Evaluation der spendenden Person vor dem Eingriff und durch bestmögliche Qualität der medizinischen Versorgung während und nach der Lebendspende ein Höchstmaß an Sicherheit für die Lebendspenderinnen und Lebendspender erreicht werden. Es gilt, jede Komplikation und nachteilige Folge für die Lebendspenderinnen und Lebendspender zu vermeiden.

Mit Indikatoren zum Überleben, der Nierenfunktion und der Notwendigkeit einer Dialysetherapie während des Krankenhausaufenthalts oder in den Jahren nach der Nierenlebendspende (Follow-up) sowie zu Komplikationen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen.

Qualitätsindikatoren

Die Indikatoren beziehen sich sowohl auf intra- oder postoperative Komplikationen (ID 51567) als auch auf die Erfassung der Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 2137) sowie die Überlebensraten der Lebendspenderinnen und Lebendspender im Langzeitverlauf (IDs 12440 und 12452). Kommt es im Anschluss an eine Lebendorganspende tatsächlich zum Versterben einer Nierenlebendspenderin oder eines Nierenlebendspenders, sollte dies unmittelbar dem IQTIG zur Überprüfung gemeldet werden, um eine sorgfältige Ursachenanalyse durchführen zu können.

Aufgrund der bestehenden besonderen Pflicht der transplantierenden Einrichtung zur Nachsorge für die Lebendspenderinnen und Lebendspender wird die Qualität der Nachsorgestruktur und deren Durchführung im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" (ID 292300) ausgewertet, in dem der unbekannte Überlebensstatus der Lebendspenderinnen und Lebendspender innerhalb von drei Jahren nach Nierenlebendspende erfasst wird. Zudem betrachtet das Auswertungsmodul die Nierenfunktion der spendenden Person im Anschluss an den Eingriff. So überprüft der Indikator „Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich" (ID 2138), ob die Lebendspenderin oder der Lebendspender zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus dialysepflichtig ist. Des Weiteren wird im Verlauf der

drei Jahre nach der Transplantation im Rahmen eines Follow-up geprüft, ob eine eingeschränkte Nierenfunktion besteht (IDs 12636 und 12640) bzw. ob eine sogenannte Albuminurie auftritt, bei der bestimmte Proteine im Urin ausgeschieden werden (IDs 51997 und 51998). Eine Albuminurie ist ein indirekter Parameter, der als Hinweis auf eine mögliche Einschränkung der Funktion der verbliebenen Niere der spendenden Person dienen kann. Allerdings kann eine Albuminurie auch Ausdruck z. B. eines neu aufgetretenen Bluthochdrucks sein, der nicht im Kontext oder der Folge der Lebendspende stehen muss und vom Krankenhaus zumindest initial nicht beeinflussbar ist.

Tabelle 125: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-NLS

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2024
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2024
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2024
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2024
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2024
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QS-Dokumentation	2024
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	QS-Dokumentation	2024
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	QS-Dokumentation	2024
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	QS-Dokumentation	2024
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2024
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2024
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *TX-NLS* gibt es ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf zur Vollzähligkeit.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden“ (ID 852315) der Kategorie „Plausibilität und Vollständigkeit“ betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ dokumentiert wurde. Die Berechnungsergebnisse des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2137), der Follow-up-Indikatoren zur Sterblichkeit (IDs 12440, 12452, 12468) sowie des Indikators zum Follow-up-Status (ID 292300) beruhen auf der Angabe des Todes als Entlassungsgrund. Dieses Auffälligkeitskriterium wurde eingeführt, da das Ergebnis dieser Indikatoren – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl – verfälscht würde, wenn ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850247) und Überdokumentation (850248) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die Anzahl an Datensätzen übermitteln, die ihrer Sollstatistik entspricht. Mit dem Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-ups (ID 850269, 850270 und 850271) wird geprüft, ob die Follow-ups in den zielführenden Zeiträumen erhoben werden.

Tabelle 126: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-NLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852315	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850270	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850271	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das Modul *TX-NLS* entspricht sowohl die Anzahl der übermittelten Datensätze als auch die Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens einen Datensatz übermittelt haben, der erwarteten Anzahl. Allerdings wurden 2 Datensätze als Minimaldatensatz übermittelt. Da die Anlage eines MDS in diesem Auswertungsmodul inhaltlich nur bedingt erwartbar ist und deren Anlage aufgrund der kleinen Fallzahlen pro Leistungserbringer besonders schwerwiegend sein kann, sollte vor MDS-Anlage eine Rücksprache mit der Bundesauswertungsstelle erfolgen. Im Vergleich zum Vorjahr erhöht sich die Anzahl der Leistungserbringer um 1, gleichzeitig erhöht sich auch die Anzahl der Datensätze um 21.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-NLS* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

Tabelle 127: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – TX-NLS

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	633 631 2	633	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	38		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	38	38	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	36	36	100,00

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Modul *TX-NLS* zeigt sich im Auswertungsjahr 2025 erfreulicherweise erneut, dass weder im Krankenhaus, noch innerhalb der ersten 3 Jahre nach einer Transplantation eine Lebendspenderin oder ein Lebendspender verstorben ist. Zudem zeigte sich innerhalb der ersten 3 Jahre nach der Spende keine beeinträchtigte Nierenfunktion bei einer Spenderin bzw. bei einem Spender.

Für den Indikator „Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende“ (ID 51567) können aufgrund einer Überarbeitung des Datenfeldes zur Erfassung der Komplikationen keine Vorjahresergebnisse berechnet werden. Die Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 werden von der Bundesfachkommission jedoch als plausibel eingeschätzt.

Bei Betrachtung der Indikatoren zur Albuminurie nach einer Nierenlebendspende fällt auf, dass im Auswertungsjahr 2025 zum Zeitpunkt des 2-Jahres-Follow-up ein recht hoher Anteil an aufgetretenen Albuminurien zu verzeichnen ist (ID 51998). Auch im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil gestiegen. Die Bundesfachkommission kann diesen Anstieg nicht erklären, wertet ihn jedoch als wenig dramatisch und empfiehlt zunächst die Entwicklung des Bundesergebnisses in den nächsten Jahren abzuwarten.

Der Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierenlebendspende“ (ID 292300) wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Spenderinnen und Spender, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Spenderinnen und Spender betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus etwas häufiger bekannt, die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis steigt aber von 26 auf 28. Gründe für den Anstieg werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eruiert.

Zum Auswertungsjahr 2024 können für das 3-Jahres-Follow-up keine Ergebnisse dargestellt werden, da durch die falsche Befüllung der Versichertennummer mit Empfänger- statt Spenderdaten in vielen Fällen die zugehörigen Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 nicht mit dem Follow-up verknüpft werden können.

Tabelle 128: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – TX-NLS

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende	- O = - N = -	1,90 % O = 12 N = 631 (≤ 10,00 %)	nicht vergleichbar
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,00 % O = 0 N = 609	0,00 % O = 0 N = 631 (Sentinel Event)	vergleichbar
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	0,00 % O = 0 N = 425	0,00 % O = 0 N = 507 (Sentinel Event)	vergleichbar
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	0,00 % O = 0 N = 262	0,00 % O = 0 N = 443 (Sentinel Event)	vergleichbar
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 277 (Sentinel Event)	im Vorjahr nicht berechnet
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	0,17 O = 136 N = 823	0,13 O = 187 N = 1.413 (Sentinel Event)	vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	0,00 % O = 0 N = 609	0,00 % O = 0 N = 631 (Sentinel Event)	vergleichbar
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	0,00 % O = 0 N = 383	0,00 % O = 0 N = 467 (Sentinel Event)	vergleichbar
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	0,00 % O = 0 N = 241	0,00 % O = 0 N = 399 (Sentinel Event)	vergleichbar
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 246 (Sentinel Event)	im Vorjahr nicht berechnet
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	3,50 % O = 13 N = 371	3,33 % O = 15 N = 450 (≤ 20,00 %)	vergleichbar
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	2,56 % O = 6 N = 234	6,28 % O = 24 N = 382 (≤ 20,00 %)	vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	- O = - N = -	2,60 % O = 6 N = 231 (≤ 20,00 %)	im Vorjahr nicht berechnet

Tabelle 129: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – TX-NLS

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende	2023	3 von 37	8,11	0
		2024	0 von 38	0,00	-
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	0 von 37	0,00	-
		2024	0 von 38	0,00	-
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	2023	0 von 35	0,00	-
		2024	0 von 35	0,00	-
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	2023	0 von 32	0,00	-
		2024	0 von 36	0,00	-
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	2023	-	-	-
		2024	0 von 32	0,00	-

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	2023	25 von 36	69,44	-
		2024	28 von 38	73,68	23
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	2023	0 von 37	0,00	-
		2024	0 von 38	0,00	-
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	2023	0 von 35	0,00	-
		2024	0 von 35	0,00	-
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	2023	0 von 32	0,00	-
		2024	0 von 36	0,00	-
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	2023	-	-	-
		2024	0 von 32	0,00	-
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	2023	3 von 35	8,57	-
		2024	1 von 35	2,86	1
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	2023	1 von 32	3,12	-
		2024	2 von 35	5,71	0
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	2023	-	-	-
		2024	0 von 32	0,00	-

2.2.2 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus

Tabelle 130: QI 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 534	0,00 % O = 0 N = 609	**0,00 %** **O = 0** **N = 631**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 36 0,00 %	0 von 37 0,00 %	**0 von 38** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 36 (0,00 %)	**0 / 37** **(0,00 %)**	n. a.

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2137) adressiert den Anteil an Spenderinnen und Spendern, die nach einer Nierenlebendspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind. Im Auswertungsjahr 2025 trat – wie auch in den Vorjahren – kein Fall auf.

Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende

Tabelle 131: QI 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**1,90 %** **O = 12** **N = 631**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 36 0,00 %	3 von 37 8,11 %	**0 von 38** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 10,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**2 / 3** **(66,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 36 (0,00 %)	**2 / 37** **(5,41 %)**	n. a.

Der Indikator „Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende“ (ID 51567) adressiert den Anteil der Spenderinnen und Spender mit mindestens einer intra- oder postope-

rativen Komplikation. Aufgrund einer Überarbeitung des Datenfeldes zur Erfassung der Komplikationen können keine Vorjahresergebnisse berechnet werden. Die Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 werden von der Bundesfachkommission jedoch als plausibel eingeschätzt.

Bei zwei der drei rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnisse zu „Intra- oder postoperative[n] Komplikationen bei Nierenlebendspende" erfolgte nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens eine Bewertung mit „A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel" als qualitativ auffällig. Die festgestellten Mängel bezogen sich u. a. auf Unklarheiten zum operativen Verlauf oder fehlende weitere Erklärungen bzw. Einordnungen von Komplikationen, die als nicht unerheblich eingeschätzt werden. Grundsätzlich können im Komplikationsmanagement Verbesserungspotenziale erkannt werden. Zu einer weiteren Auffälligkeit steht die qualitative Bewertung noch aus.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 lag die qualitativ Bewertung bei einem rechnerisch auffälligen Ergebnis zu diesem Zeitpunkt aufgrund eines noch ausstehenden kollegialen Gespräches noch nicht final vor. Daher konnte diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich

Tabelle 132: QI 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 534	0,00 % O = 0 N = 609	**0,00 %** **O = 0** **N = 631**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 36 0,00 %	0 von 37 0,00 %	**0 von 38** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 36 (0,00 %)	**0 / 37** **(0,00 %)**	n. a.

Der Indikator „Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich" (ID 2138) adressiert den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern, die bei Entlassung dialysepflichtig waren. Im Auswertungsjahr 2025 trat – wie auch in den Vorjahren – kein Fall auf.

Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres, des 2. Jahres oder des 3. Jahres nach Nierenlebendspende

Tabelle 133: QI 12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 425	**0,00 %** **O = 0** **N = 507**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 35 0,00 %	**0 von 35** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 35** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 134: QI 12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 262	**0,00 %** **O = 0** **N = 443**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 32 0,00 %	**0 von 36** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 32** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 135: QI 12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**0,00 %** **O = 0** **N = 277**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**0 von 32** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil der Spenderinnen und Spender mit bekanntem Follow-up-Status, die ein, zwei bzw. drei Jahre nach einer Nierenlebendspende verstorben sind. Im Auswertungsjahr 2025 trat in diesen Indikatoren kein Fall auf.

Für die Follow-up-Indikatoren können Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde. Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2022 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation des Moduls zur Nierenlebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Softwarelösungen aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende automatisiert nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up ist somit nicht möglich.

Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr, 2 Jahre oder 3 Jahre nach Nierenlebendspende)

Tabelle 136: QI 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 383	**0,00 %** **O = 0** **N = 467**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 35 0,00 %	**0 von 35** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 35** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 137: QI 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 241	**0,00 %** **O = 0** **N = 399**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 32 0,00 %	**0 von 36** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 32** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 138: QI 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**0,00 %** **O = 0** **N = 246**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**0 von 32** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil der Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion ein, zwei bzw. drei Jahre nach der Spende. Im Auswertungsjahr 2025 trat in diesen Indikatoren kein Fall auf.

Für die Follow-up-Indikatoren können Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde. Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2022 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation des Moduls zur Nierenlebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Softwarelösungen aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende au-

tomatisiert nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up ist somit nicht möglich.

Albuminurie innerhalb des 1. Jahres, von 2 Jahren oder von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Tabelle 139: QI 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	3,50 % O = 13 N = 371	**3,33 %** **O = 15** **N = 450**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	3 von 35 8,57 %	**1 von 35** **2,86 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 3** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 35** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 140: QI 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	2,56 % O = 6 N = 234	**6,28 %** **O = 24** **N = 382**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	1 von 32 3,12 %	**2 von 35** **5,71 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 1** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 32** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 141: QI 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**2,60 %** **O = 6** **N = 231**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**0 von 32** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern, die ein, zwei oder drei Jahre nach der Spende eine Albuminurie haben. Bei Betrachtung der Indikatoren zur Albuminurie nach einer Nierenlebendspende fällt auf, dass im Auswertungsjahr 2025 zum Zeitpunkt des 2-Jahres-Follow-up ein recht hoher Anteil an aufgetretenen Albuminurien zu verzeichnen ist (ID 51998). Auch im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil gestiegen. Die Bundesfachkommission kann diesen Anstieg nicht erklären, wertet diesen jedoch als wenig dramatisch und empfiehlt zunächst die Entwicklung des Bundesergebnisses in den nächsten Jahren abzuwarten.

Drei der vier rechnerischen Auffälligkeiten der Albuminurie im Follow-up zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Stellungnahmeverfahren mit qualitativ unauffällig bewertet (1-mal „U62“, 2-mal „U99“), da grundsätzlich kein fehlerhafter oder kritischer Behandlungsprozess erkennbar war, allerdings eine gewissenhaftere Aufarbeitung der einzelnen Fälle wünschenswert wäre. Zwei Krankenhäusern wurde ein Hinweis bezüglich der verbesserungswürdigen fachlichen Aufbereitung im Rahmen der Qualitätssicherung bzw. zu einem möglichen Verbesserungspotenzial gegeben.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 stand die qualitativen Bewertungen bei einem rechnerisch auffälligen Ergebnis zu diesem Zeitpunkt aufgrund eines noch ausstehenden kollegialen Gespräches noch nicht final fest. Daher konnte diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Für die Follow-up-Indikatoren können Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde. Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2022 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation des Moduls zur Nierenlebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Softwarelösungen aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende au-

tomatisiert nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up ist somit nicht möglich.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Tabelle 142: QI 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	 O = 136 N = 823	**O = 187** **N = 1.413**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	25 von 36 69,44 %	**28 von 38** **73,68 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**3 / 25** **(12,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**3 / 36** **(8,33 %)**	n. a.

Der Indikator wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Spenderinnen und Spender, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Spenderinnen und Spender betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus etwas häufiger unbekannt, die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis steigt von 25 auf 28. Gründe für den Anstieg werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eruiert.

Für drei Indikatorergebnisse musste aufgrund der unzureichenden Stellungnahmen eine Bewertung mit „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ erfolgen. Seitens eines Leistungserbringers wurde der Indikator bzw. das Indikator-Ziel fehlinterpretiert und die auffälligen Vorgänge nicht gemäß den Anforderungen des IQTIG analysiert. Eine Nachfrage hierzu ging beim IQTIG leider nicht ein.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Modul *TX-NLS* werden zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (ID 850247, 850248, 850269, 850270, 850271) und ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet (ID 852315).

Seit Jahren kann bei der Dokumentation der Indexeingriffe nahezu Vollzähligkeit beobachtet werden, rechnerische Auffälligkeiten bestehen bei der „Unterdokumentation“ sowie „Überdokumentation“ im Auswertungsjahr 2025 nicht.

Bei den Auffälligkeitskriterien des Follow-up sind Ergebnisverbesserungen sowohl im Bundesergebnis als auch in der Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr erkennbar. So konnte das Bundesergebnis der „Zeitgerechte[n] Durchführung des 1-Jahres-Follow-up“ um knapp 3 Prozentpunkte gesteigert und die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten um gut 4 Prozentpunkte minimiert werden. Bei der „Zeitgerechte[n] Durchführung des 2-Jahres-Follow-up“ kann eine Ergebnisverbesserung im Bundesergebnis von gut 3,5 % Prozentpunkten verzeichnet werden, auch die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten konnte um ca. 5,5 Prozentpunkte reduziert werden. Die „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden“ wurde wie im vergangenen Jahr nicht dokumentiert.

Zum Auswertungsjahr 2024 können für das 3-Jahres-Follow-up keine Ergebnisse dargestellt werden, da durch die falsche Befüllung der Versichertennummer mit Empfänger- statt Spenderdaten in vielen Fällen die zugehörigen Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 nicht mit dem Follow-up verknüpft werden können.

Tabelle 143: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – TX-NLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852315	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden	0,00 % 0/631 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,00 % 633/633 (≥ 100,00 %)
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,00 % 633/633 (≤ 110,00 %)
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	83,97 % 487/580 (≥ 95,00 %)
850270	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	83,96 % 424/505 (≥ 95,00 %)
850271	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	79,03 % 260/329 (≥ 95,00 %)

Tabelle 144: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – TX-NLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852315	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden	2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	2024	0 von 38	0,00	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	2024	0 von 38	0,00	0
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	2024	0 von 38	0,00	0
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	2024	20 von 37	54,05	15
850270	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	2024	18 von 37	48,65	12

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende				
850271	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierenlebendspende (NLS).	2024	18 von 35	51,43	0

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation

Tabelle 145: AK 850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,00 % O = 534 N = 534	100,16 % O = 612 N = 611	**100,00 %** **O = 633** **N = 633**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 36 2,78 %	0 von 37 0,00 %	**0 von 38** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 36 (2,78 %)	**0 / 37** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 146: AK 850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,00 % O = 534 N = 534	100,16 % O = 612 N = 611	**100,00 %** **O = 633** **N = 633**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 36 0,00 %	0 von 37 0,00 %	**0 von 38** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 36 (0,00 %)	**0 / 37** **(0,00 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2025 können hier sehr gute Ergebnisse festgestellt werden, es zeigt sich weder eine Unter- noch eine Überdokumentation.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up

Tabelle 147: AK 850269: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	81,09 % O = 403 N = 497	**83,97 %** **O = 487** **N = 580**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	21 von 36 58,33 %	**20 von 37** **54,05 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**10 / 21** **(47,62 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**10 / 36** **(27,78 %)**	n. a.

Tabelle 148: AK 850270: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	80,37 % O = 262 N = 326	**83,96 %** **O = 424** **N = 505**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	19 von 35 54,29 %	**18 von 37** **48,65 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**4 / 19** **(21,05 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**4 / 35** **(11,43 %)**	n. a.

Tabelle 149: AK 850271: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	n. a.	**79,03 %** **O = 260** **N = 329**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**18 von 35** **51,43 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1, 2 bzw. 3 Jahre nach dem Lebendspendedatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Lebendspende und 60 (ID 850269) bzw. 90 (ID 850270 und 850271) Tagen nach dem Jahrestag der Lebendspende zulässig. Auf Bundesebene liegen die Ergebnisse jeweils außerhalb des definierten Referenzbereichs, dennoch zeigen sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügige Änderungen bei den Ergebnissen.

Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2023 können für diese Auffälligkeitskriterien nicht dargestellt werden, da die Auswertung der Follow-up-Indikatoren zum Auswertungsjahr 2023 aufgrund von Problemen bei der Verknüpfung von Datensätzen zu Follow-up-Erhebungen mit den Datensätzen zu Indexeingriffen ausgesetzt wurde. Für das Auffälligkeitskriterium zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation des Moduls zur Nierenlebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Softwarelösungen aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende automatisiert nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up ist somit nicht möglich.

14 von 40 rechnerische auffälligen Ergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden im Stellungnahmeverfahren mit „A70 – Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)“ bewertet. Gründe waren in einer Vielzahl der Fälle zu spät erhobene Follow-ups. Fehldokumentation und Dokumentationsprobleme waren weitere Gründe für die qualitativ auffälligen Bewertungen. Zudem wurden Datensätze erst mit einer Verspätung exportiert.

Da es sich in 23 von 40 rechnerischen Auffälligkeiten jeweils um dieselben Vorgänge wie im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende“ handelt und um eine mehrfache qualitativ auffällige Bewertung von denselben Vorgängen, die hier das Ziel des Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen zu vermeiden, erfolgte eine Bewertung mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ mit entsprechender Kommentierung.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei drei rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch nicht abgeschlossenen Beratungen mit der Bundesfachkommission noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden

Tabelle 150: AK 852315: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	0,00 % O = 0 N = 609	**0,00 %** **O = 0** **N = 631**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 von 37 0,00 %	**0 von 38** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**0 / 37** **(0,00 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden" (ID 852315) wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Spenderin bzw. der Spender tatsächlich verstorben ist, hat dies – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl in diesem Auswertungsmodul – Auswirkungen auf die Grundgesamtheit und damit die Berechnungsergebnisse sämtlicher Indikatoren des Moduls *TX-NLS*.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde, wie bereits im Vorjahr, in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 151: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-NLS

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	108	-	348	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	108	100,00	348	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	0	0,00	32	9,20
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	0	100,00	32	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	0	0,00	32	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	32	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	32	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	4	12,50
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	5	15,62
Bewertung als qualitativ auffällig	0	0,00	5	15,62
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	17	53,12
Sonstiges	0	0,00	1	3,12

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 348 Indikatorergebnissen ergaben sich 32 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 28 Leistungserbringer verteilen. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert, auch die des neu implementierten Qualitätsindikators „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierenlebendspende“ (ID 292300). Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) gab es mit 35 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen (inkl. Follow-up-Indikatoren), verteilt auf 3 Qualitätsindikatoren und 32 Leistungserbringer, ähnlich viele rechnerisch auffällige Ergebnisse, aber verteilt auf mehr Leistungserbringer.

Die fünf qualitativ auffälligen Bewertungen im Stellungnahmeverfahren 2024 wurden aufgrund von strukturellen und prozessualen Mängeln bewertet, u. a. bezogen auf Unklarheiten zum operativen Verlauf oder fehlende weitere Erklärungen bzw. Einordnungen von Komplikationen, die als nicht unerheblich eingeschätzt werden. Außerdem können im Komplikationsmanagement Verbesserungspotenziale identifiziert werden. Unzureichende Stellungnahmen sorgten in einigen Fällen ebenfalls zu einer qualitativ auffälligen Bewertung („A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“). In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsproblemen und ggf. nützliche Hinweise für Verbesserungspotenziale. Diese ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie ggf. der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der zuvor beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung sowie (IQTIG 2024)) betroffen. Aufgrund des zuvor beschriebenen gezielten Austauschs mit den Leistungserbringern war eine entsprechende Berücksichtigung bei der qualitativen Auswertung möglich.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2024 standen die qualitativen Bewertungen bei vier rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu diesem Zeitpunkt aufgrund von noch nicht abgeschlossenen Beratungen mit der Bundesfachkommission und in zwei Fällen aufgrund noch ausstehender kollegialer Gespräche noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 152: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-NLS

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
25	2	1	5	0	0

Es gab keine Leistungserbringer, bei denen mehrfache qualitative Auffälligkeiten festgestellt wurden.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 153: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-NLS

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	72	100,00	182	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1	1,39	40	21,98
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1	100,00	40	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	1	100,00	40	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	100,00	40	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	3	7,50
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	1	100,00	14	35,00
Sonstiges	0	0,00	23	57,50

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 182 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien ergaben sich 40 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 26 Leistungserbringer verteilten. Alle Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren adressiert. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2023) gab es insgesamt 34 rechnerisch auffällige Ergebnisse (inkl. Follow-up-Auffälligkeitskriterien) zu Auffälligkeitskriterien.

14 rechnerisch auffällige Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren 2024 aufgrund von Fehldokumentationen und Dokumentationsproblemen, am häufigsten jedoch zu spät erhobenen Follow-ups als qualitativ auffälligen bewertet. Zudem wurden Datensätze erst mit einer Verspätung exportiert.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die zuvor beschriebene Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung) berücksichtigt.

Tabelle 154: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – TX-NLS

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
12	14	0	8	3	0

Bei den drei Leistungserbringern mit mehrfacher qualitativer Auffälligkeit handelt es sich immer um die Problematik eines zu spät erhobenen Follow-ups. In einigen Fällen liegt eine Mischkonstellation mit zusätzlichen Fehldokumentationen vor. Ein Leistungserbringer gab an, mittlerweile ein Nachsorgekonzept etabliert zu haben. Es wurden aber auch Hinweise bzgl. der Notwendigkeit einer kritischen internen Prüfung der prä- und postoperativen organisatorischen Prozesse sowie einer entsprechenden Aufklärung und Kommunikation über Dolmetscher in Muttersprache der Spenderin bzw. des Spenders angemerkt.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *TX-NLS* wurden insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und ggf. anschließend in den Expertengremiumssitzungen die im folgenden aufgeführten Themen mit der Bundesfachkommission diskutiert.

Als einen Diskussionspunkt wurde die Relevanz der strukturierten Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) mit interdisziplinärer und tiefgreifender Aufarbeitung von Fällen gemäß Leitfaden der Bundesärztekammer diskutiert.

Zum anderen bildeten auch die langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben von Lebendspenderinnen und Lebendspendern einen Schwerpunkt der Diskussion, an die sich Abwägungen beim Aufbau des Indikatorensets im Follow-up-bereich anschließen werden. Dementsprechend wird derzeit eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bis zu 10 Jahren nach erfolgter Transplantation diskutiert.

Bezüglich der Verknüpfungsproblematik von Indexeingriffen und den zugehörigen Follow-ups wurden ebenfalls Beratungen mit den Expertinnen und Experten durchgeführt. Die fehlerhafte Verknüpfung ließ sich hauptsächlich auf fehlerhafte Angaben bei patientenidentifizierenden Merkmalen zurückführen, die sowohl manuell als auch softwarebasiert fehlerhaft angegeben wurden sowie auf zu spät übermittelte Datensätze. Hier lässt sich der Bedarf für eine optimierte Datenerfassung patientenidentifizierender Maßnahmen erkennen. Aber z. B. auch der zwischenzeitliche Wechsel des Versicherungstyps zwischen gesetzlicher und privater Versicherung verhindert in wenigen Fällen die Verknüpfbarkeit von Indexeingriffen und zugehörigen Follow-ups. Dies ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierungswege der patientenidentifizierenden Merkmale je nach gesetzlicher oder privater Versicherung systemimmanent. Ein besonderes Problem stellt im Lebendspendebereich jedoch die Angabe der patientenidentifizierenden Merkmale der Lebendspender dar. Hier werden häufig fälschlicherweise die Versicherungsdaten der Organempfänger angegeben, da die Abrechnung der Leistungen der Lebendspenderinnen und Lebendspender über die Krankenversicherung der Organempfänger erfolgt.

5 Ausblick

Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln auch imAJ 2024 eine sehr gute medizinische Versorgung im Bereich der Nierenlebendspenden wider. Auch gemäß Bundesfachkommission wird deutlich, dass sich die Ergebnisqualität fortwährend, auch im internationalen Vergleich, als sehr gut darstelle. Dies wird auch durch die konsequente und sensitive Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erreicht. Trotzdem wird Weiterentwicklungsbedarf am Indikatorenset im Follow-up-Bereich gesehen, insbesondere, da eine langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben nach der Lebendspende von Organen von großer Bedeutung für Spenderinnen und Spender sind.

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch das QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* (*QS TX*). Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der G-BA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* vorerst nicht zu folgen (G-BA 2025). Das IQTIG hat keine Änderungen am Indikatoren- und Kennzahlset für das Auswertungsmodul *TX-NLS* empfohlen, jedoch die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer in diesen Auswertungsmodulen zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim G-BA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, hier besonders auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z. B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle.

Literatur

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2025): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET, QS TX, QS PM und QS GYN-OP der DeQS-RL* zur Veröffentlichung und Beauftragung des IQTIG mit der Umsetzung. [Stand:] 17.07.2025. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7364/2025-07-17_DeQS-RL_Freigabe-Veroeffentlichung-IQTIG-Bericht_Weiterentwicklung-QS-Verf.pdf (abgerufen am: 31.07.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Bundesqualitätsbericht 2024. [Stand:] 22.10.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2024_2024-10-22.pdf (abgerufen am: 11.12.2024).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-HTX: Herztransplantationen

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Herztransplantationen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Übersicht über weitere Datengrundlagen 7

Ergebnisübersicht 8

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 10

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 11

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

2157: Sterblichkeit im Krankenhaus 13

Details zu den Ergebnissen 16

12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 17

Details zu den Ergebnissen 20

12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 21

Details zu den Ergebnissen 24

12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 25

Details zu den Ergebnissen 28

252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation 30

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 32

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 32

852310: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen 32

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 34

850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation) 34

850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation) 36

850257: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 38

850258: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 40

850259: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 42

Basisauswertung 44

Allgemeine Daten 44

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 45
Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Herztransplantation ... 48
Patientinnen- und Patientenalter am Aufnahmetag ... 48
Befunde Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Herztransplantation ... 50
viraler Status ... 50
Transplantations-, Spenderinnen- und Spenderdaten ... 53
Risikoprofil ... 53
Immunsuppression initial ... 56
Spenderinnen- und Spenderdaten (Allgemein) ... 57
Spenderinnen- und Spenderalter ... 57
Body Mass Index (BMI) ... 58
Befunde Spenderinnen und Spender ... 59
Operation (nach OPS) ... 61
Kalte Ischämiezeit ... 62
Postoperativer Verlauf ... 62
Immunsuppression bei Entlassung ... 63
Abstoßungsreaktionen ... 63
Entlassung ... 65
Todesursache ... 66

Einleitung

Die Herztransplantation ist ein hochkomplexer medizinischer Eingriff, bei dem es sich mittlerweile jedoch um ein etabliertes Behandlungsverfahren handelt. Voraussetzung für die Transplantation ist eine unheilbare Herzerkrankung (die sog. terminale therapierefraktäre Herzinsuffizienz), die so weit fortgeschritten ist, dass die Patientin bzw. der Patient ohne diesen Eingriff nur noch eine sehr geringe Überlebenszeit hätte. Dabei müssen die Risiken des operativen Eingriffs und die möglichen Langzeit-Komplikationen geringer sein als das individuelle Risiko, an der eigentlichen Grunderkrankung zu versterben. Eine Transplantation wird erst dann in Betracht gezogen, wenn alle übrigen organerhaltenden Behandlungsmöglichkeiten (medikamentös und operativ) ausgeschöpft sind.

In den Anfängen der Herztransplantation wurden ausschließlich die Herzen von Spenderinnen und Spendern akzeptiert, die jünger als 40 Jahre waren und keine Vorerkrankungen des Herzens aufwiesen. Mittlerweile werden Spenderherzen bis zu einem Alter von 70 Jahren akzeptiert. Die Wartezeit auf eine Herztransplantation hat sich dennoch im Laufe der letzten 10 Jahre angesichts des Mangels an Spenderorganen deutlich verlängert. Dank des Einsatzes von Herzunterstützungssystemen (Assist-Device-Systemen) gelingt es häufiger, die Wartezeit bis zur Transplantation zu überbrücken.

Die Qualitätsindikatoren dieses Leistungsbereiches fokussieren die Sterblichkeit im Krankenhaus sowie die Überlebensraten der transplantierten Patientinnen und Patienten. Eine Aussage über die Situation der Patientinnen und Patienten auf der Warteliste (Lebensqualität, Sterblichkeit) ist mit dem derzeitigen Qualitätssicherungsverfahren jedoch nicht möglich.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Herztransplantation (TX-HTX) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.173 1.172 1	1.172	100,09
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	61		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	63	64	98,44
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	60	60	100,00

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im Erfassungsmodul HTXM des QS-Verfahrens Transplantationsmedizin (QS TX) erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge eines Leistungsbereichs. Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren QS TX zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/).

Im QS-Verfahren QS TX werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2024 unterschieden:
- Herztransplantation (HTXM-TX) 2024
- Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU) 2024

Zählleistungsbereich Herztransplantation

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	341 341 0	340	100,29
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	17		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	18	18	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	17	17	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 20,00 %	10,26 % O = 35 N = 341
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 75,00 %	83,33 % O = 260 N = 312
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 70,00 %	81,73 % O = 255 N = 312
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 65,00 %	78,47 % O = 226 N = 288
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation	≤ 1	0,05 O = 44 N = 956

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852310	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen	= 0	0,00 0 / 341	0,00 % 0 / 17

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)	≥ 100,00 %	100,29 % 341 / 340	0,00 % 0 / 18
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)	≤ 110,00 %	100,29 % 341 / 340	0,00 % 0 / 18
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	94,46 % 273 / 289	26,32 % 5 / 19
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	95,26 % 261 / 274	31,58 % 6 / 19
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	93,93 % 232 / 247	26,32 % 5 / 19

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2157: Sterblichkeit im Krankenhaus

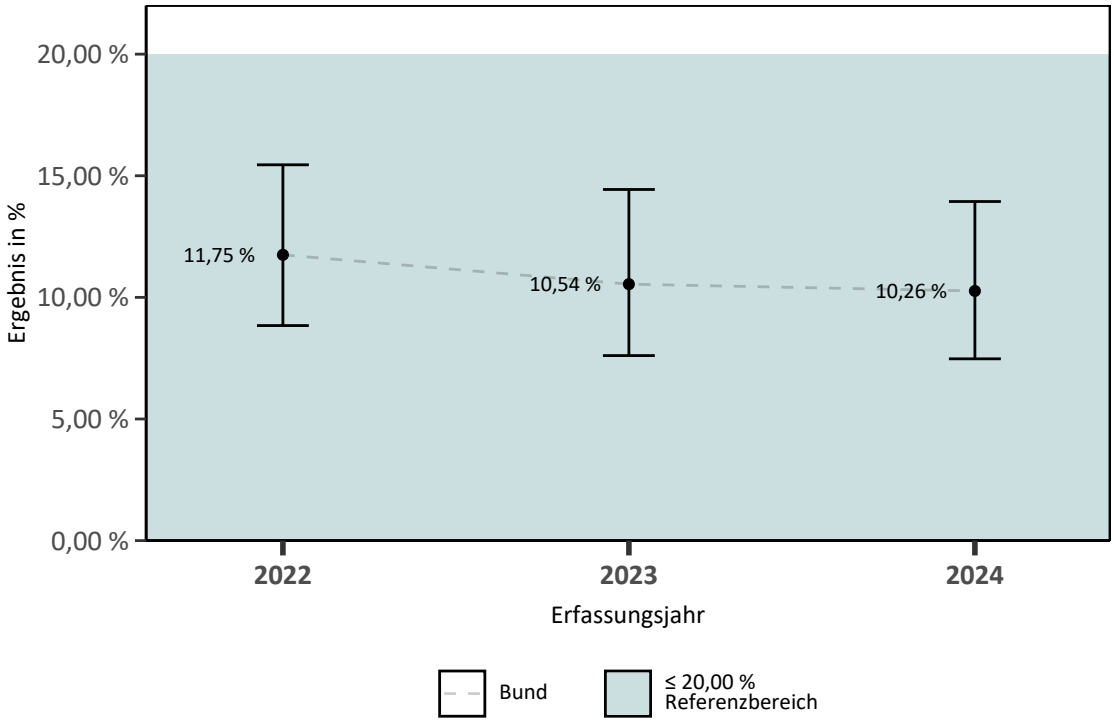
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Herztransplantationen aller Aufenthalte
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

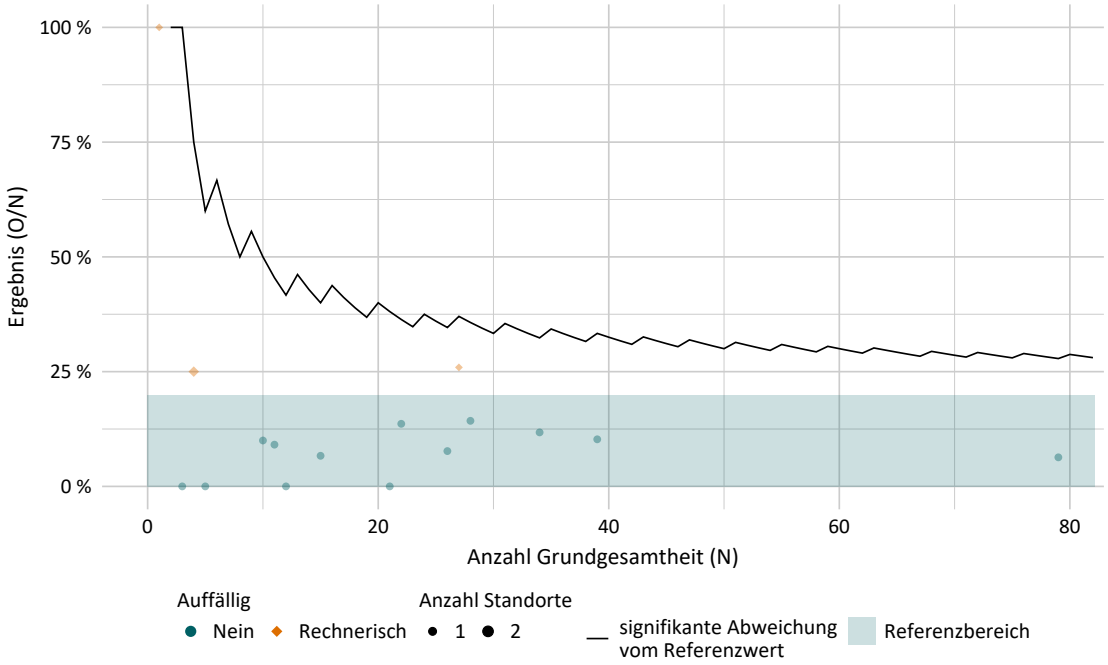
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	43 / 366	11,75	8,84 - 15,45
	2023	33 / 313	10,54	7,61 - 14,44
	2024	35 / 341	10,26	7,47 - 13,94

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	17	4	0,00	100,00	10,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 2157** **Sterblichkeit im Krankenhaus**	10,26 % 35/341
1.1.1	davon mit Todesursache	
1.1.1.1	ID: 25_22000 Graft Failure (primäres Transplantatversagen)	x % ≤3/35
1.1.1.2	ID: 25_22001 Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	x % ≤3/35
1.1.1.3	ID: 25_22002 Thromboembolie	0,00 % 0/35
1.1.1.4	ID: 25_22003 Rechtsherzversagen	x % ≤3/35
1.1.1.5	ID: 25_22004 Lungenversagen	14,29 % 5/35
1.1.1.6	ID: 25_22005 Infektion	x % ≤3/35
1.1.1.7	ID: 25_22006 Rejektion	0,00 % 0/35
1.1.1.8	ID: 25_22007 Blutung	x % ≤3/35
1.1.1.9	ID: 25_22008 Multiorganversagen	34,29 % 12/35
1.1.1.10	ID: 25_22009 Andere	28,57 % 10/35

12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

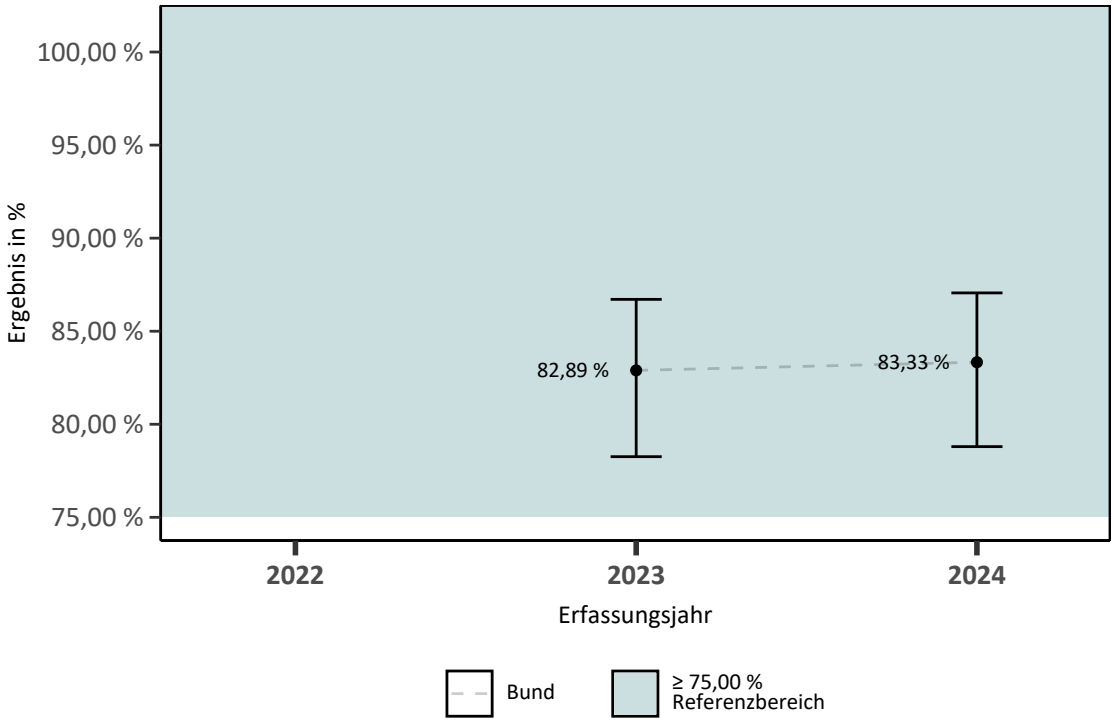
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 75,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

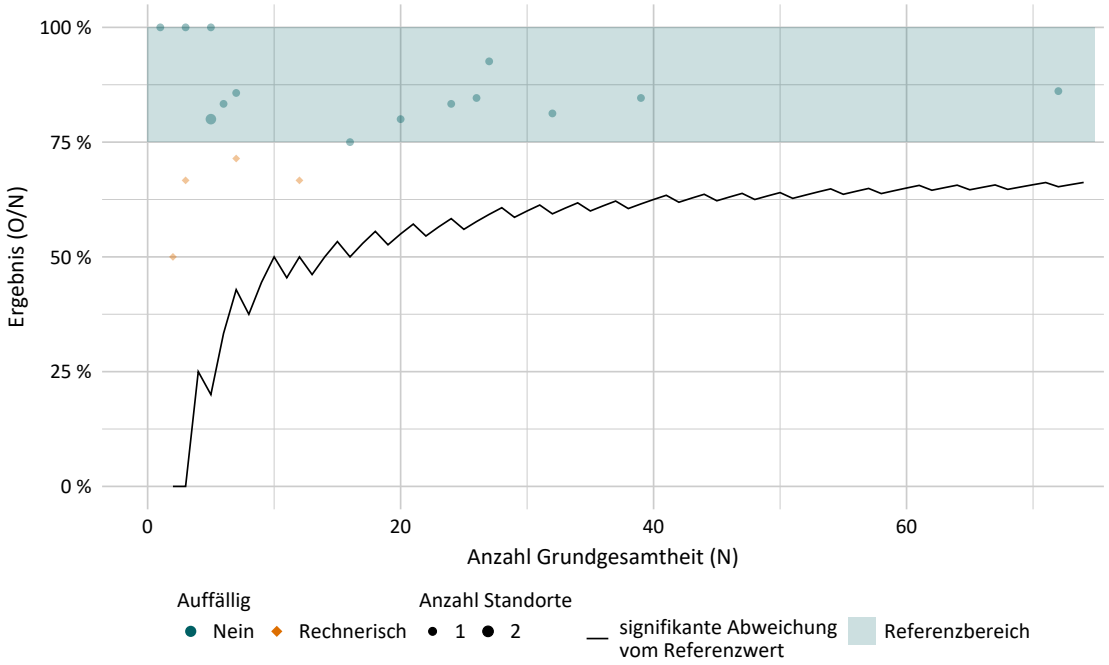
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	252 / 304	82,89	78,26 - 86,71
	2024	260 / 312	83,33	78,80 - 87,06

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	19	4	50,00	100,00	83,33

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 25_22018 Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[1]	99,09 % 327/330
2.1.1	ID: 25_22019 davon lebend entlassen	88,38 % 289/327
2.1.1.1	ID: 25_22020 Status bekannt	94,81 % 274/289
2.1.1.1.1	ID: 25_22021 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	94,89 % 260/274
2.1.1.1.2	ID: 25_22022 verstorben innerhalb von 1 Jahr	5,11 % 14/274
2.1.1.2	ID: 25_22024 Status unbekannt	5,19 % 15/289
2.1.1.3	ID: 25_22025 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	89,97 % 260/289

[1] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
2.2.1	ID: 25_22026 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	88,38 % 289/327
2.2.2	1-Jahres-Überleben	
2.2.2.1	**ID: 12253** **1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	83,33 % 260/312
2.2.2.2	ID: 25_22027 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	84,10 % 275/327

12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

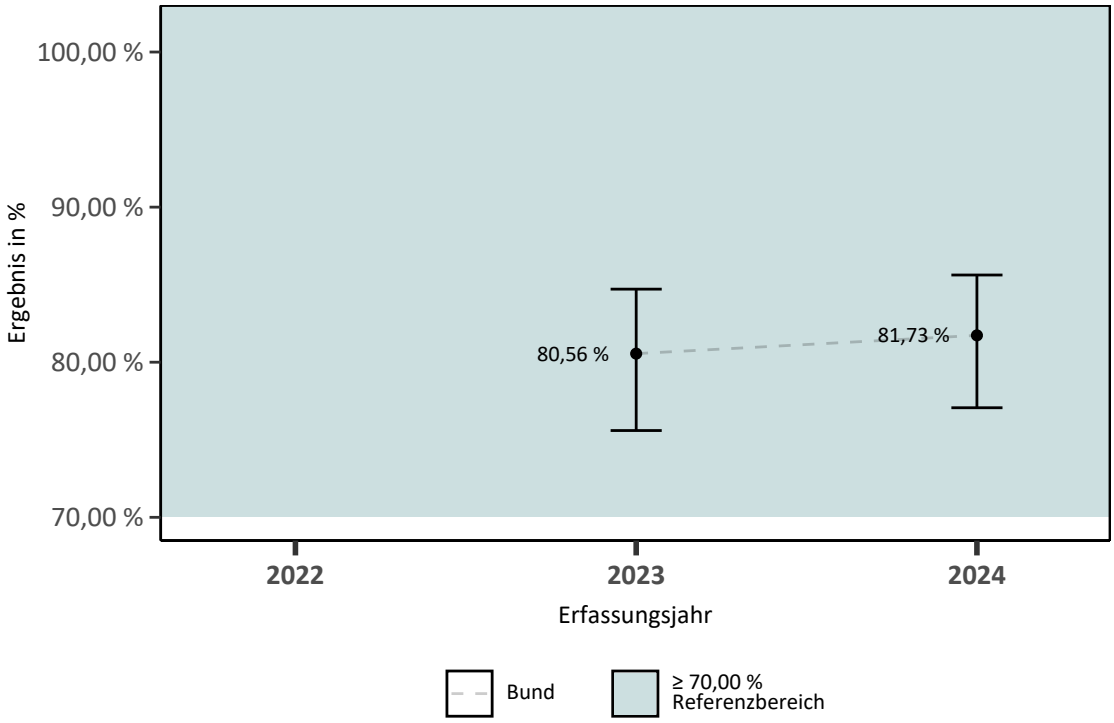
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 70,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

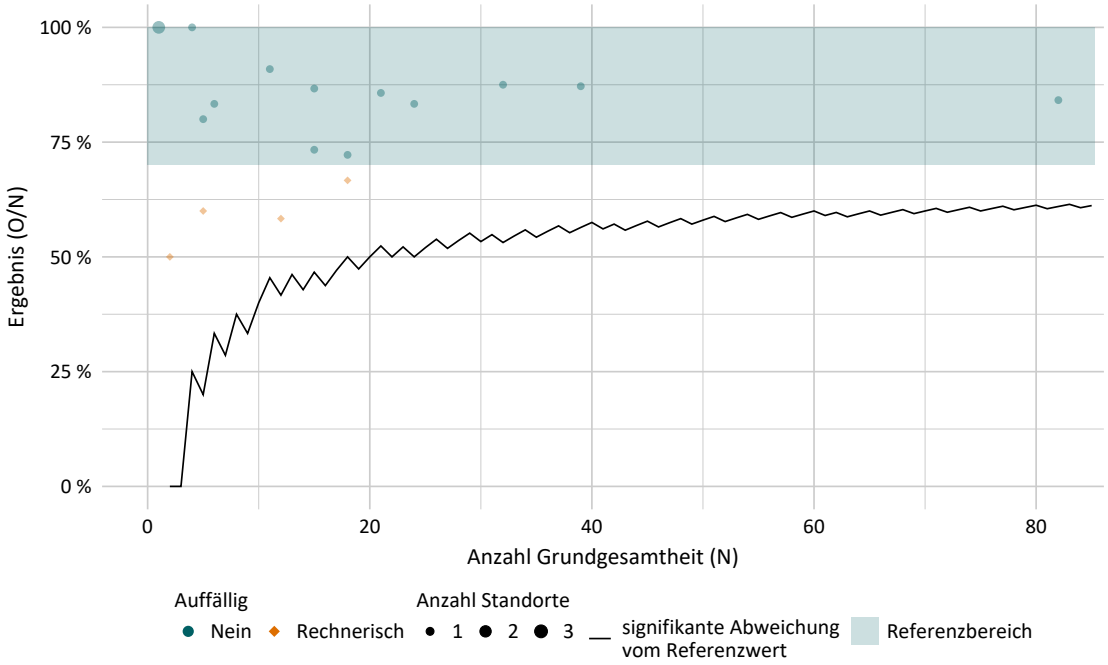
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	232 / 288	80,56	75,59 - 84,71
	2024	255 / 312	81,73	77,07 - 85,62

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	19	4	50,00	100,00	84,15

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 25_22028 Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[2]	99,39 % 325/327
3.1.1	ID: 25_22029 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	84,31 % 274/325
3.1.1.1	ID: 25_22030 Status bekannt	95,26 % 261/274
3.1.1.1.1	ID: 25_22031 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	97,70 % 255/261
3.1.1.1.2	ID: 25_22032 verstorben innerhalb von 2 Jahren	2,30 % 6/261
3.1.1.2	ID: 25_22034 Status unbekannt	4,74 % 13/274
3.1.1.3	ID: 25_22035 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	93,07 % 255/274

[2] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 25_22036 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	89,23 % 290/325
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	ID: 25_22037 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	84,06 % 269/320
3.2.2.2	ID: 25_22038 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	84,31 % 274/325
3.2.2.3	ID: 25_22039 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	82,77 % 269/325
3.2.3	2-Jahres-Überleben	
3.2.3.1	**ID: 12269** **2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	81,73 % 255/312
3.2.3.2	ID: 25_22040 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	82,46 % 268/325

12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

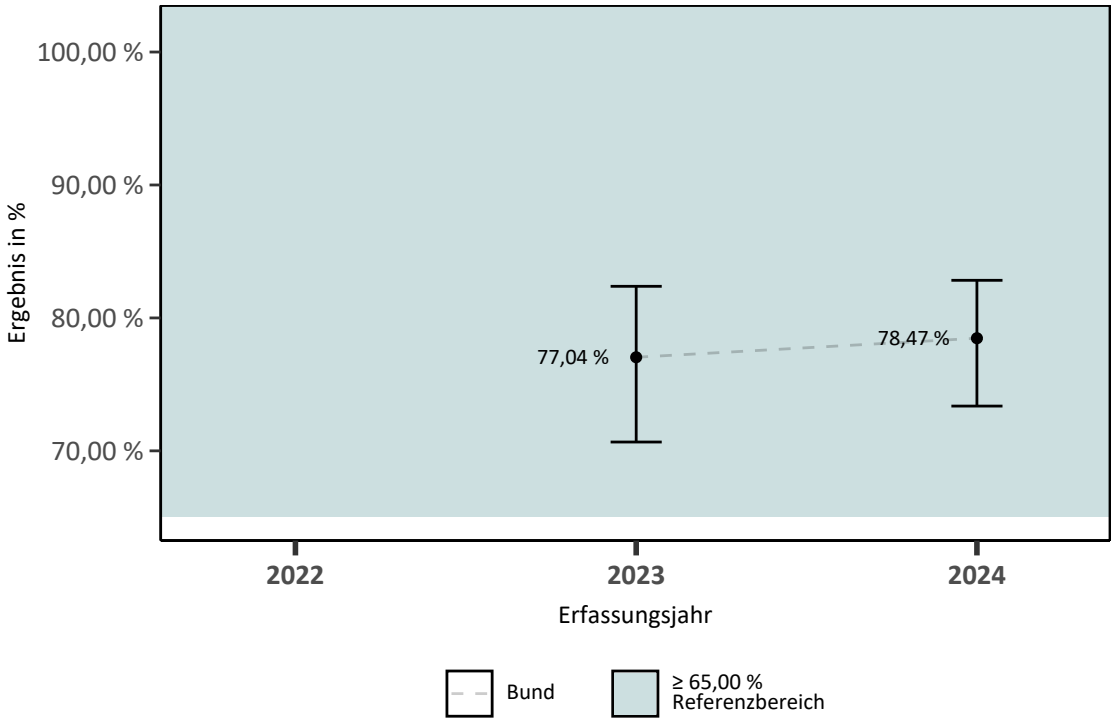
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 65,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

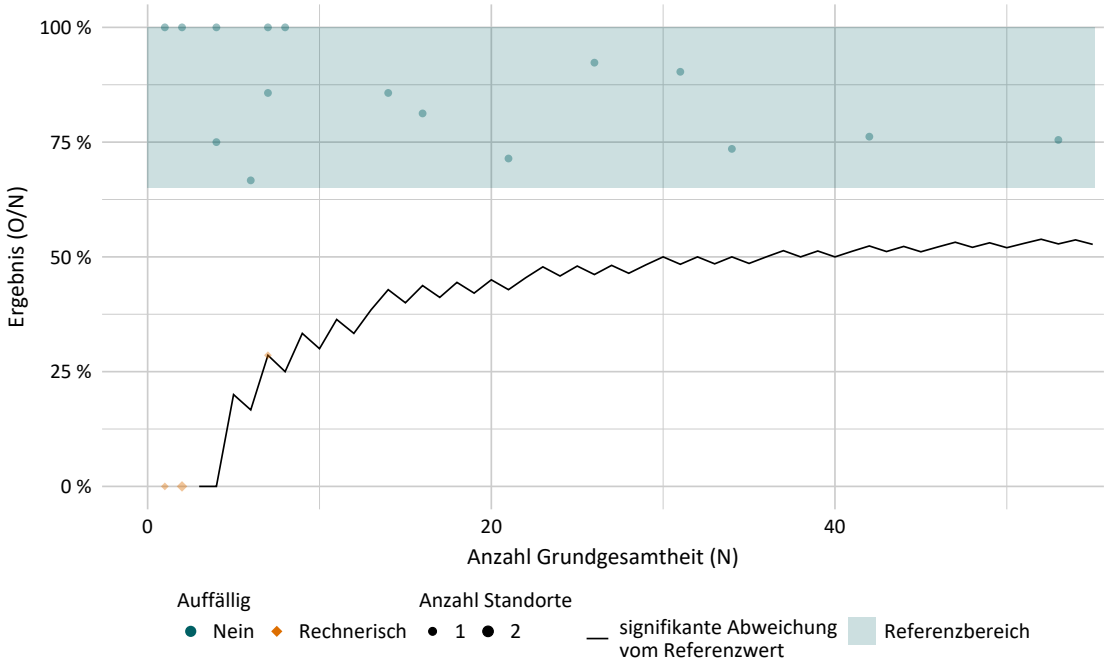
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	151 / 196	77,04	70,67 - 82,38
	2024	226 / 288	78,47	73,37 - 82,83

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	4	0,00	100,00	78,72

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 25_22041 Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[3]	99,67 % 304/305
4.1.1	ID: 25_22042 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	81,25 % 247/304
4.1.1.1	ID: 25_22043 Status bekannt	93,52 % 231/247
4.1.1.1.1	ID: 25_22044 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	97,84 % 226/231
4.1.1.1.2	ID: 25_22045 verstorben innerhalb von 3 Jahren	2,16 % 5/231
4.1.1.2	ID: 25_22047 Status unbekannt	6,48 % 16/247
4.1.1.3	ID: 25_22048 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	91,50 % 226/247

[3] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 25_22049 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	88,49 % 269/304
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 25_22050 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	84,11 % 254/302
4.2.2.2	ID: 25_22051 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	84,21 % 256/304
4.2.2.3	ID: 25_22052 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	83,55 % 254/304
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	ID: 25_22053 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	81,06 % 244/301
4.2.3.2	ID: 25_22054 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	81,25 % 247/304

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.3	ID: 25_22055 2-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	80,26 % 244/304
4.2.4	3-Jahres-Überleben	
4.2.4.1	**ID: 12289** **3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	78,47 % 226/288
4.2.4.2	ID: 25_22056 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	79,61 % 242/304

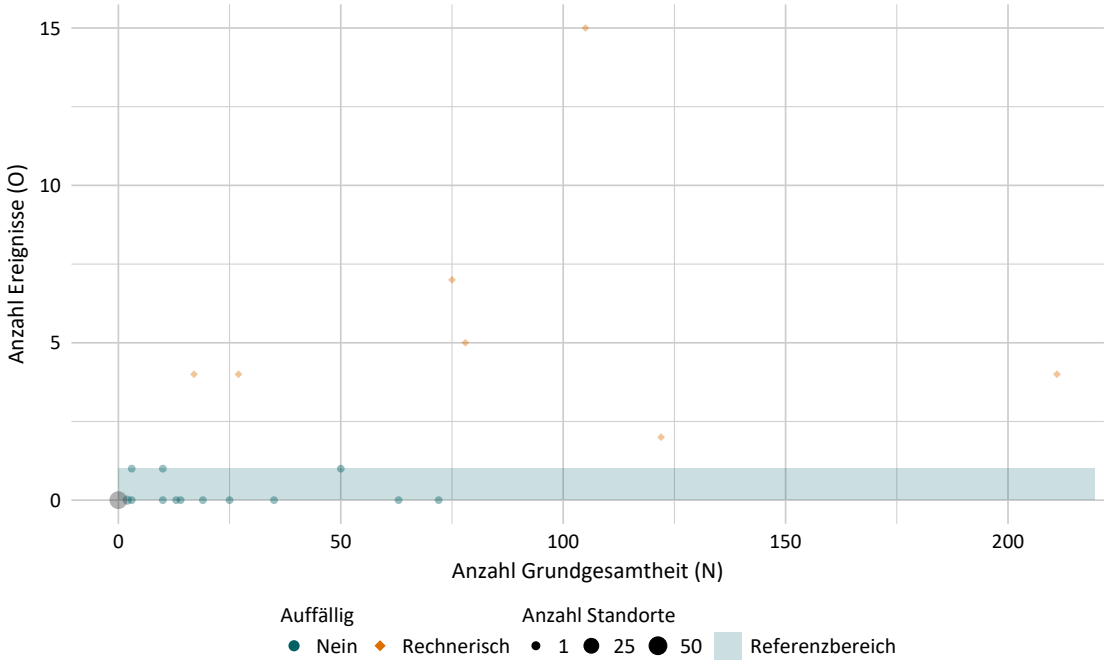
252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekannten Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 1
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2022**	- / -	-
	2023	54 / 842	54
	2024	44 / 956	44

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



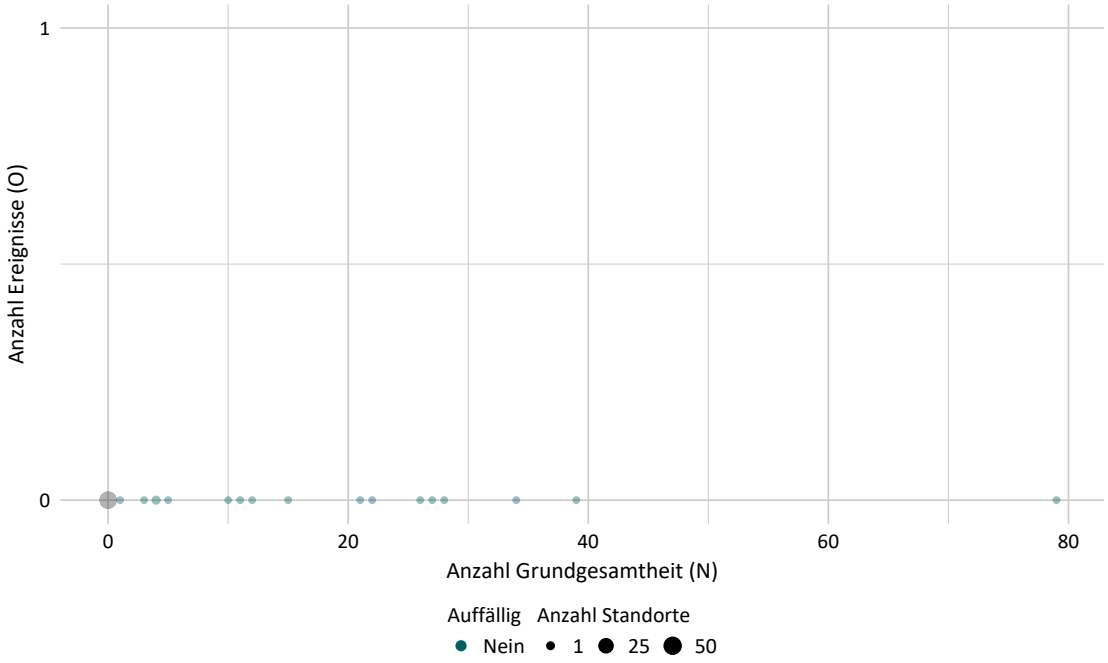
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852310: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-) Sterblichkeits-QIs und -Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2024 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

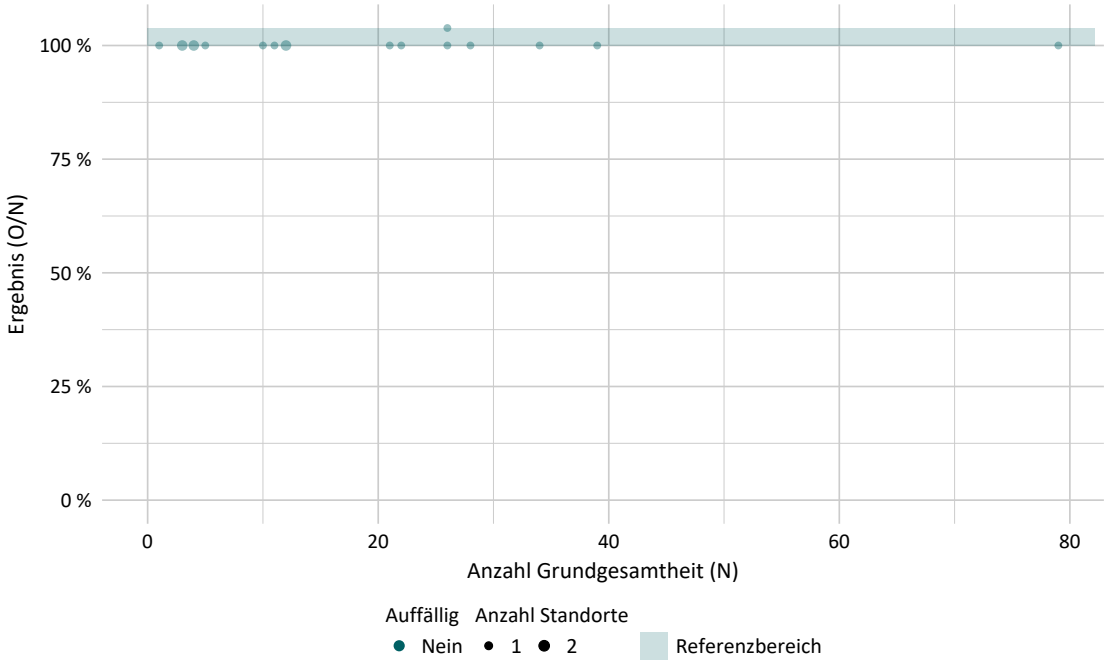
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 341	0,00	0,00 % 0 / 17

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	18	0	100,00	103,85	100,00

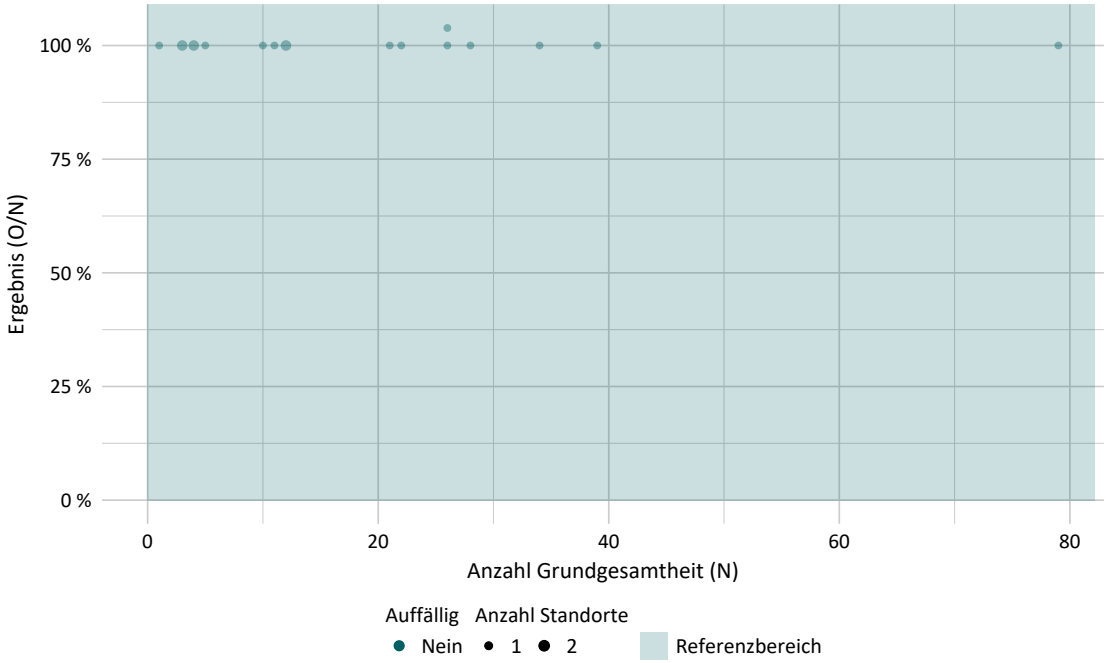
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	341 / 340	100,29	0,00 % 0 / 18

850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	18	0	100,00	103,85	100,00

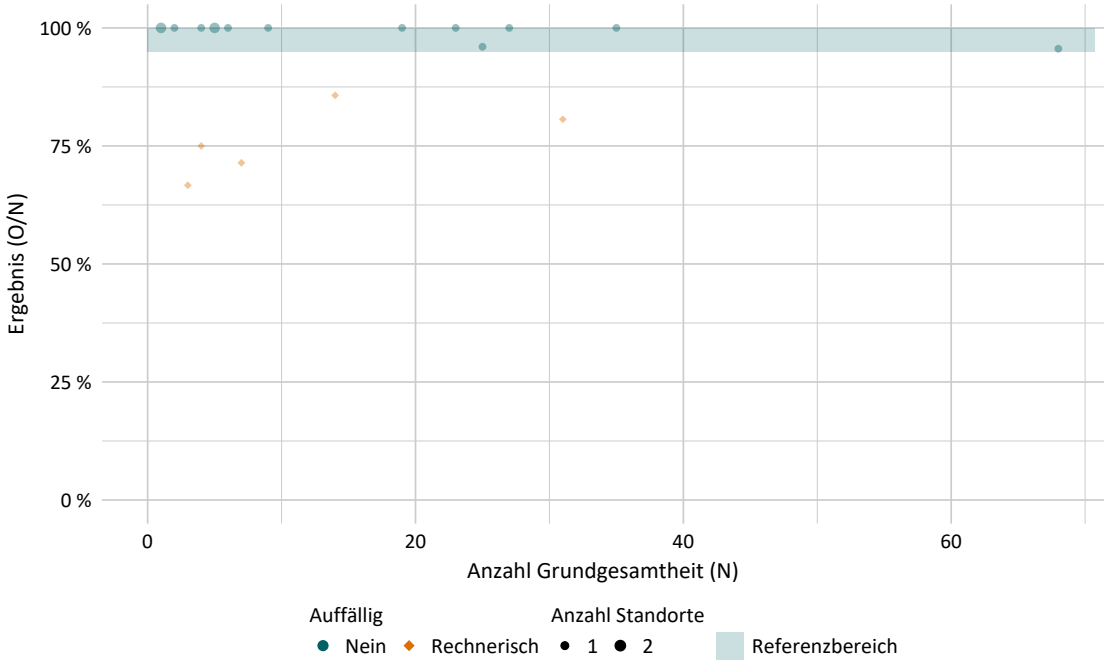
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	341 / 340	100,29	0,00 % 0 / 18

850257: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	19	5	66,67	100,00	100,00

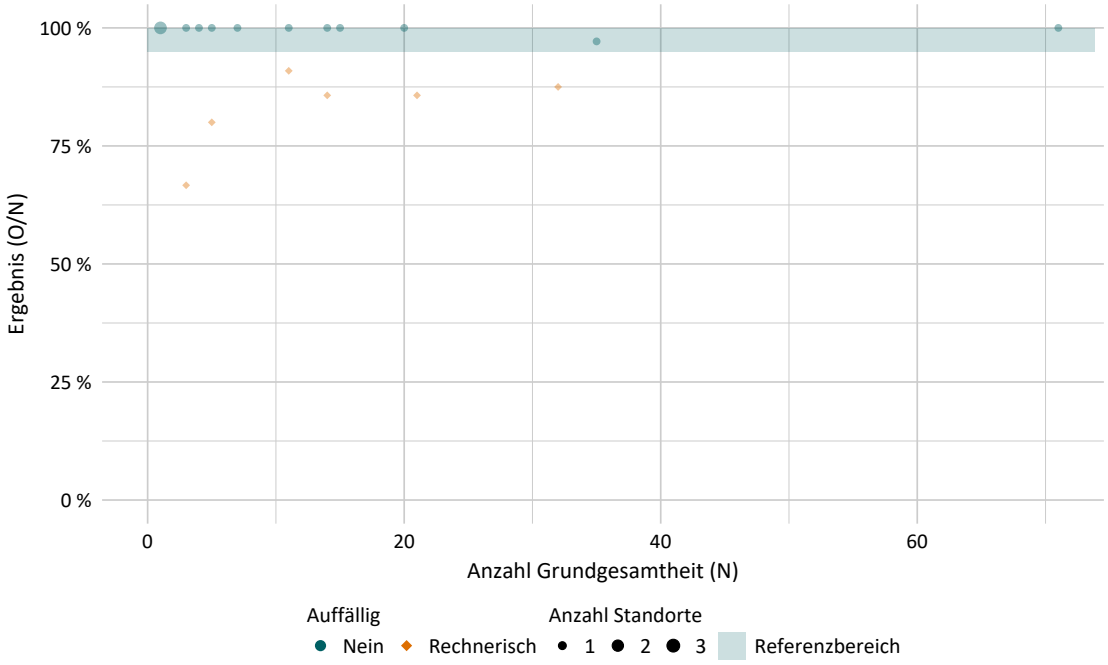
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	273 / 289	94,46	26,32 % 5 / 19

850258: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	19	6	66,67	100,00	100,00

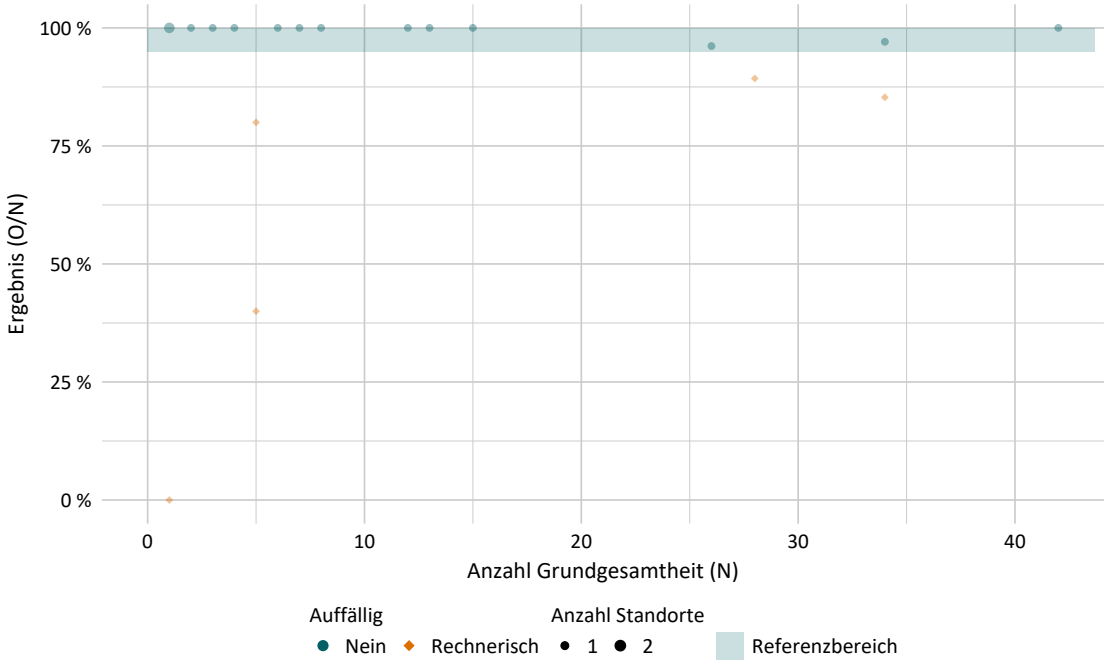
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	261 / 274	95,26	31,58 % 6 / 19

850259: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-Up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	19	5	0,00	100,00	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	232 / 247	93,93	26,32 % 5 / 19

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten[4]		
Anzahl Patientinnen und Patienten	1.049	100,00
Patientinnen und Patienten mit mind. einer Herztransplantation	326	31,08
Patientinnen und Patienten mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens	755	71,97

[4] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Anzahl Herztransplantationen	342	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Implantationen		
Anzahl Implantationen von Herzunterstützungssystemen / Kunstherzen	876	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 326**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	80	24,54
1. Quartal	75	23,01
2. Quartal	78	23,93
3. Quartal	76	23,31
4. Quartal	17	5,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 326**	
Entlassungsquartal		
1. Quartal	84	25,77
2. Quartal	78	23,93
3. Quartal	82	25,15
4. Quartal	82	25,15

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 341**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 28 Tage	43	12,61
29 - 56 Tage	97	28,45
57 - 84 Tage	61	17,89
85 - 112 Tage	47	13,78
113 - 140 Tage	30	8,80
141 - 168 Tage	26	7,62
169 - 196 Tage	16	4,69
197 - 224 Tage	10	2,93
225 - 252 Tage	≤3	x
> 252 Tage	9	2,64

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	341
Minimum	0,00
5. Perzentil	0,00
25. Perzentil	0,00
Median	16,00
Mittelwert	38,58
75. Perzentil	62,50
95. Perzentil	146,00
Maximum	478,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[6]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	341
Minimum	0,00
5. Perzentil	15,10
25. Perzentil	28,00
Median	38,00
Mittelwert	47,87
75. Perzentil	57,50
95. Perzentil	115,90
Maximum	293,00

	Bund (gesamt)
Gesamtverweildauer (Tage)[7]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	341
Minimum	3,00
5. Perzentil	20,10
25. Perzentil	36,00
Median	68,00
Mittelwert	86,45
75. Perzentil	119,00
95. Perzentil	201,90
Maximum	523,00

[5] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

[6] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

[7] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Herztransplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten	**N = 326**	
Geschlecht		
(1) männlich	223	68,40
(2) weiblich	103	31,60
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientinnen- und Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 326**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	4	1,23
1 - 9 Jahre	12	3,68
10 - 19 Jahre	26	7,98
20 - 29 Jahre	14	4,29
30 - 39 Jahre	38	11,66
40 - 49 Jahre	45	13,80
50 - 59 Jahre	101	30,98
60 - 69 Jahre	86	26,38
70 - 79 Jahre	0	0,00
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	326
Minimum	0,00
5. Perzentil	9,35
25. Perzentil	38,00
Mittelwert	46,45
Median	52,00
75. Perzentil	60,00
95. Perzentil	65,00
Maximum	69,00

Befunde Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Herztransplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 326**	
Grunderkrankung		
(1) dilatative Kardiomyopathie (DCM)	166	50,92
(2) restriktive Kardiomyopathie (RCM)	10	3,07
(3) ischämische Kardiomyopathie (ICM)	70	21,47
(4) andere Herzerkrankungen	80	24,54
Diabetes mellitus		
(0) nein	278	85,28
(1) ja, ausschließlich diätetisch eingestellt	14	4,29
(2) ja, medikamentös eingestellt	21	6,44
(3) ja, insulinpflichtig	13	3,99

viraler Status

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 326**	
Hepatitis B		
(0) nein	323	99,08
(1) ja	≤3	x
Hepatitis C		
(0) nein	325	99,69
(1) ja	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 326**	
Blutgruppe und Rhesusfaktor		
AB+	22	6,75
AB-	≤3	x
A+	131	40,18
A-	24	7,36
B+	34	10,43
B-	9	2,76
0+	91	27,91
0-	12	3,68
Durchführung thorakaler Operationen (offen-chirurgisch) vor der stationären Aufnahme		
(0) nein	166	50,92
(1) ja	160	49,08

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit thorakaler Voroperation (offen-chirurgisch) vor der stationären Aufnahme	**N = 160**	
Art der thorakalen Operation[8]		
Herztransplantation	≤3	x
Assist Device/TAH	102	63,75
Koronarchirurgie	19	11,88
Klappenchirurgie	41	25,63
Korrektur angeborener Vitien	23	14,38
sonstige	24	15,00

[8] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Anzahl aller Voroperationen (offen-chirurgisch) am Herzen	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit bekannter Anzahl	159
Median	1,00
Mittelwert	1,36

Transplantations-, Spenderinnen- und Spenderdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
PRA		
= 0 %	294	85,96
> 0 %	48	14,04

Risikoprofil

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Dringlichkeit		
(1) High urgency	223	65,20
(2) elektiv	119	34,80

	Bund (gesamt)
CAS (Cardiac Allocation Score)	
Anzahl Transplantationen mit bekanntem Score	211
Median	24,67
Mittelwert	26,07

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) keine	204	59,65
(1) LVAD	114	33,33
(2) BVAD	15	4,39
(3) TAH	≤3	x
(4) ECMO	4	1,17
(5) IABP	≤3	x

	Bund (gesamt)
Abstand zwischen Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung und Aufnahmedatum (Tage)	
Anzahl Transplantationen mit aktueller mechanischer Kreislaufunterstützung	138
Median	-524,50
Mittelwert	-838,67

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Beatmung		
(0) nein	299	87,43
(1) ja	43	12,57

	Bund (gesamt)
Lungengefäßwiderstand (dyn*s*cm-5)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	245
Minimum	0,00
Median	136,00
Mittelwert	142,48
Maximum	969,00
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	342
Minimum	0,20
Median	1,20
Mittelwert	1,37
Maximum	9,00
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	342
Minimum	17,68
Median	106,08
Mittelwert	121,48
Maximum	795,60

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen, bei denen gültige Angaben vorliegen	**N = 342**	
eGFR[9]		
≥ 90 ml/min/1,73 m²	103	30,12
≥ 60 bis < 90 ml/min/1,73m²	96	28,07
≥ 30 bis < 60 ml/min/1,73m²	110	32,16
≥ 15 bis < 30 ml/min/1,73m²	27	7,89
< 15 ml/min/1,73m²	6	1,75

[9] Die Berechnung erfolgt auf Basis der CKD-EPI-Formel

Immunsuppression initial

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Induktionstherapie		
(0) nein	206	60,23
(1) ATG	116	33,92
(2) OKT3	0	0,00
(3) IL2-Rezeptor-Antagonist	15	4,39
(9) Andere	5	1,46
Immunsuppression[10]		
Cyclosporin	28	8,19
Tacrolimus	262	76,61
Azathioprin	4	1,17
Mycophenolat	159	46,49
Steroide	309	90,35
m-ToR-Inhibitor	≤3	x
andere	12	3,51

[10] Mehrfachnennung möglich

Spenderinnen- und Spenderdaten (Allgemein)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Geschlecht		
männlich	200	58,48
weiblich	142	41,52
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00

Spenderinnen- und Spenderalter

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen, bei denen das Spenderinnen- oder Spenderalter bekannt ist	**N = 342**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	38	11,11
20 - 29 Jahre	44	12,87
30 - 39 Jahre	71	20,76
40 - 49 Jahre	71	20,76
50 - 59 Jahre	76	22,22
60 - 69 Jahre	41	11,99
70 - 79 Jahre	≤3	x
≥ 80 Jahre	0	0,00
Gesamt	342	100,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Transplantationen, bei denen das Spenderinnen- oder Spenderalter bekannt ist	342
Minimum	0,00
5. Perzentil	11,30
25. Perzentil	30,00
Mittelwert	40,38
Median	42,00
75. Perzentil	54,00
95. Perzentil	62,00
Maximum	70,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Herztransplantationen von Spenderinnen- oder Spendern ≥ 18 Jahre und mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 311**	
BMI		
(1) Untergewicht (< 18,5)	4	1,29
(2) Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	149	47,91
(3) Übergewicht (≥ 25 - < 30)	108	34,73
(4) Adipositas (≥ 30)	50	16,08

Befunde Spenderinnen und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Blutgruppe und Rhesusfaktor		
AB+	17	4,97
AB-	≤3	x
A+	139	40,64
A-	21	6,14
B+	36	10,53
B-	7	2,05
0+	107	31,29
0-	13	3,80
Todesursache		
(216) T_CAPI: Trauma: Schädel	65	19,01
(218) CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar	40	11,70
(223) NAO: Nicht traumatische Todesursache, anderweitig nicht klassifizierbar	10	2,92
(229) CBL: Intrazerebrale Blutung	45	13,16
(230) CID: Ischämischer Insult	27	7,89
(234) SAB: Subarachnoidalblutung	73	21,35
(235) SDH: Subdurales Hämatom	8	2,34
(247) TLA: Trauma: Reiseunfall zu Lande	9	2,63
(249) TFA: Trauma: Sturz	6	1,75
Vasopressortherapie		
ja	219	64,04
nein	123	35,96

	Bund (gesamt)
CK-Wert (U/l)	
Anzahl Transplantationen mit Angaben > 0	304
Median	259,00
Mittelwert	846,21
CK-MB-Wert (U/l)	
Anzahl Transplantationen mit Angaben > 0	209
Median	20,50
Mittelwert	45,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Herzstillstand		
(0) nein	237	69,30
(1) ja	105	30,70
hypotensive Periode		
(0) nein	311	90,94
(1) ja	31	9,06
Koronarangiographie erfolgt		
(0) nein	187	54,68
(1) ja	155	45,32
Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme		
(1) gut	332	97,08
(2) mittel	9	2,63
(3) schlecht	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Einsatz eines Perfusionssystems		
(0) nein	231	67,54
(1) ja, hypotherm	0	0,00
(2) ja, normotherm	7	2,05
(3) ja, hypotherm und normotherm	0	0,00
keine Angabe	104	30,41

	Bund (gesamt)
Hämatokrit (Hk in %)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	303
Median	30,00
Mittelwert	30,00

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
OPS[11]		
(5-375.0) Herztransplantation, orthotop	342	100,00
(5-375.1) Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)	≤3	x
(5-375.3) Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes	0	0,00
Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
(1) gut	326	95,32
(2) mittel	14	4,09
(3) schlecht	≤3	x

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	341	99,71
(1) ja	≤3	x

[11] Mehrfachnennung möglich

Kalte Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Verteilung (Minuten)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 4320	342
Minimum	1,00
5. Perzentil	84,60
25. Perzentil	151,00
Median	180,00
Mittelwert	185,97
75. Perzentil	229,00
95. Perzentil	279,85
Maximum	408,00

Postoperativer Verlauf

Immunsuppression bei Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Immunsuppression[12]		
Cyclosporin	37	10,82
Tacrolimus	306	89,47
Azathioprin	≤3	x
Mycophenolat	285	83,33
Steroide	331	96,78
m-ToR-Inhibitor	27	7,89
andere	10	2,92

[12] Mehrfachnennung möglich

Abstoßungsreaktionen

	Bund (gesamt)
Verteilung der Anzahl behandelter Abstoßungsreaktionen	
Anzahl Transplantationen mit bekannter Anzahl	342
Mittelwert	0,19
Median	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 342**	
Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen		
keine behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktion	295	86,26
eine behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktion	42	12,28
mehr als eine behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktion	5	1,46
keinen Angabe	0	0,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 326**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	120	36,81
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	18	5,52
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	63	19,33
(07) Tod	31	9,51
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[13]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	93	28,53
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[14]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[15]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 326**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[16]		
(1) ja	0	0,00

[13] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[14] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[15] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[16] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 31**	
Todesursache		
(1) Graft Failure (primäres Transplantatversagen)	≤3	x
(2) Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	≤3	x
(3) Thromboembolie	0	0,00
(4) Rechtsherzversagen	≤3	x
(5) Lungenversagen	4	12,90
(6) Infektion	≤3	x
(7) Rejektion	0	0,00
(8) Blutung	0	0,00
(9) Multiorganversagen	10	32,26
(10) Andere	10	32,26

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-MKU: Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Übersicht über weitere Datengrundlagen 7

Ergebnisübersicht 8

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 10

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 12

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 14

251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems 14

Details zu den Ergebnissen 18

251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens 19

Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems 22

52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD 22

52386: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD 25

52387: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH 28

Details zu den Ergebnissen 31

Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems 32

52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD 32

52389: Sepsis bei Implantation eines BiVAD 35

52390: Sepsis bei Implantation eines TAH 37

Details zu den Ergebnissen 39

Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems 40

52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD 40

52392: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD 43

52393: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH 46

Details zu den Ergebnissen 49

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 50
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 50
851807: Angabe von VA-ECMO bei Systemart ... 50
852311: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen ... 52
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 54
850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) ... 54
850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) ... 56
Basisauswertung ... 58
Allgemeine Daten ... 59
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 60
Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens ... 63
Patientinnen- und Patientenalter am Aufnahmetag ... 63
Befunde Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens ... 65
Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz ... 67
Indikation ... 67
Operation ... 69
Komplikationen ... 70
Entlassung ... 72
Todesursache ... 74

Einleitung

Die Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens kann bei Patientinnen und Patienten mit akuter oder chronischer Herzinsuffizienz im fortgeschrittenen Stadium (NYHA III-IV) unabhängig von der Ätiologie indiziert sein.

Die ursprünglich zur Überbrückung der Wartezeit bis zur Transplantation entwickelten Herzunterstützungssysteme (assist devices) sind aufgrund beachtlicher medizinisch-technischer Weiterentwicklungen mittlerweile weiter ausgereift. Inzwischen ist man dazu übergegangen, die Systeme frühzeitiger einzusetzen, um irreversiblen Schäden an den Endorganen (z. B. Nieren, Leber) der erkrankten Patientinnen und Patienten vorzubeugen. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung dieser Therapieform in der medizinischen Versorgung und auch als Folge der Spenderorganknappheit werden Herzunterstützungssysteme und Kunstherzen vermehrt eingesetzt. Bislang unterlagen die mit einem Unterstützungssystem versorgten Patientinnen und Patienten jedoch keiner Qualitätssicherung. Durch eine Weiterentwicklung sind sie seit dem Erfassungsjahr 2015 in den Leistungsbereich integriert, der wie bislang auf den stationären Sektor eingeschränkt ist.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.173 1.172 1	1.172	100,09
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	61		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	63	64	98,44
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	60	60	100,00

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im Erfassungsmodul HTXM des QS-Verfahrens Transplantationsmedizin (QS TX) erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge eines Leistungsbereichs. Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren QS TX zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/).

Im QS-Verfahren QS TX werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2024 unterschieden:
- Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU) 2024
- Herztransplantation (HTXM-TX) 2024

Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	858 857 1	856	100,23
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	61		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	63	64	98,44
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	60	60	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS TX finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	≤ 1,36	0,96 O/E = 150 / 155,92 N = 779
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	≤ 35,00 %	20,16 % E = 145,16 N = 720
Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	≤ 20,00 %	6,94 % O = 52 N = 749
52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 25
52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 17

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	≤ 20,00 % (95. Perzentil)	8,41 % O = 63 N = 749
52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	Transparenzkennzahl	16,00 % O = 4 N = 25
52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 17
Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	≤ 5,00 %	x % O = ≤3 N = 749
52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 25
52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 17

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart	= 0	0,03 29 / 876	6,56 % 4 / 61
852311	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen	= 0	0,00 0 / 857	0,00 % 0 / 61

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	≥ 100,00 %	100,23 % 858 / 856	1,56 % 1 / 64
850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	≤ 110,00 %	100,23 % 858 / 856	0,00 % 0 / 64

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems

Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Implantationen eines Herzunterstützungssystems unter Ausschluss von Implantationen bei Patientinnen und Patienten mit einer Herztransplantation während desselben stationären Aufenthalts
Zähler	Implantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient während des Krankenhausaufenthalts verstorben ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Eingriffen bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstarb
E (expected)	Erwartete Anzahl an Eingriffen bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstarb, risikoadjustiert nach logistischem MKU-Score für den Indikator mit der ID 251800
Referenzbereich	≤ 1,36
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Durchschnittsalter (56 Jahre) - gedeckelt bei 37 Jahren Systemart - RVAD Systemart - BiVAD Systemart - TAH INTERMACS Level 2 INTERMACS Level 3 INTERMACS Level 4 INTERMACS Level 5 INTERMACS Level 6-7 INTERMACS Level nicht bekannt - (bei Systemwechsel und -ergänzungen) Thorakale Operationen vor stationärer Aufnahme Lage des Systems: extra-/parakorporal
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

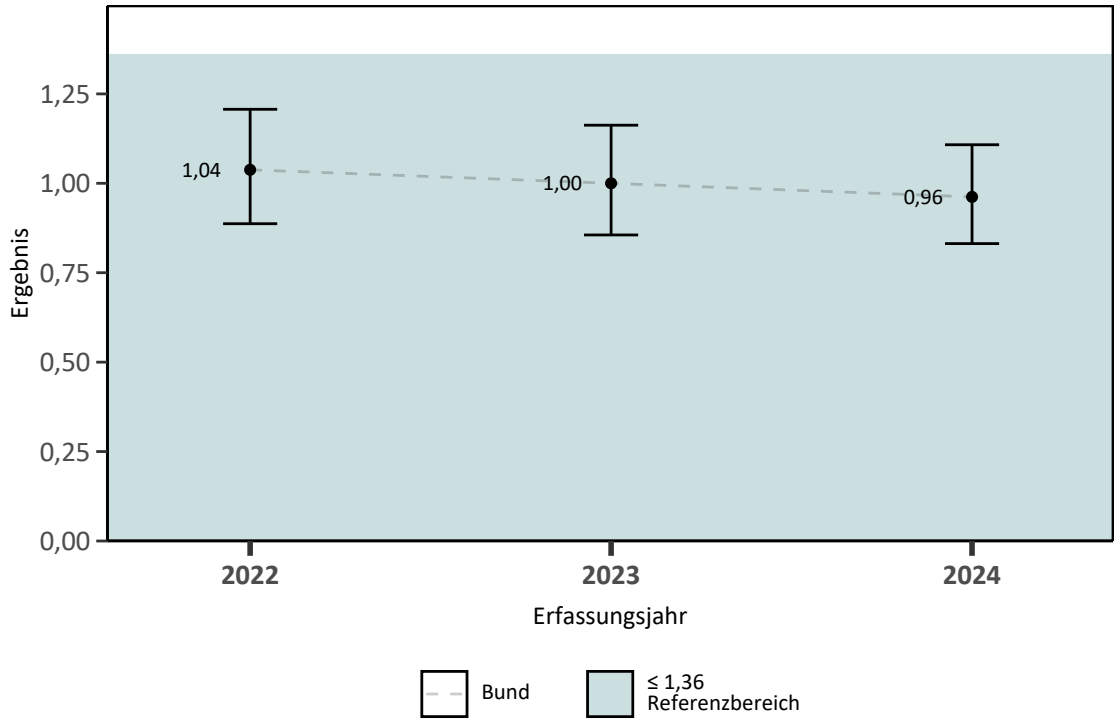
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	644	129 / 124,30	1,04	0,89 - 1,21
	2023	696	132 / 132,00	1,00	0,86 - 1,16
	2024	779	150 / 155,92	0,96	0,83 - 1,11

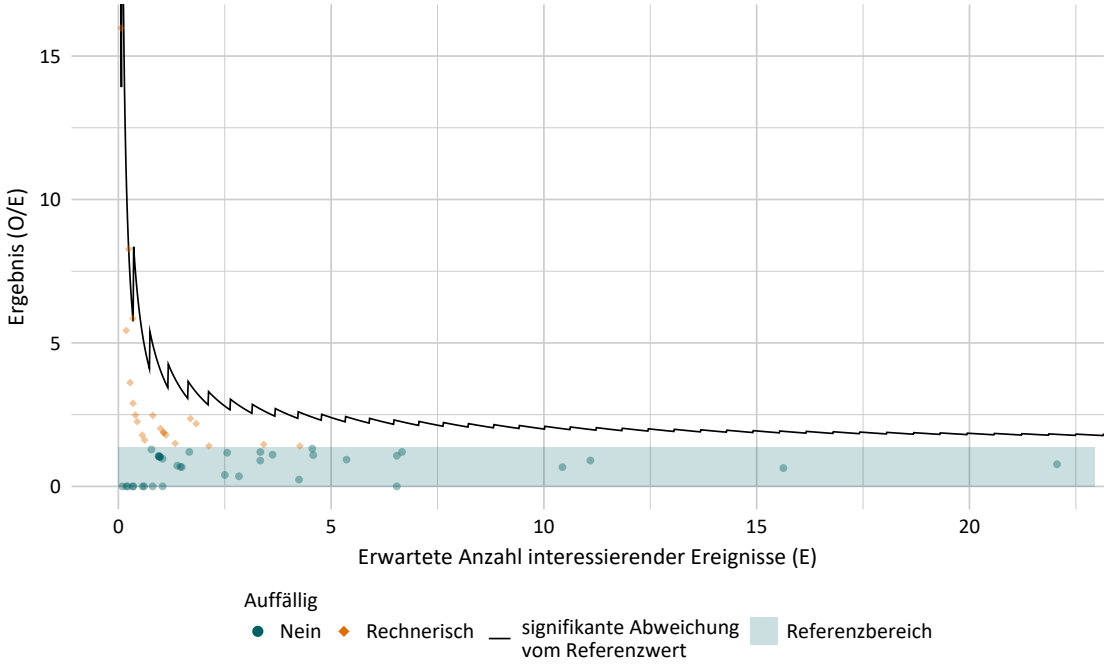
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



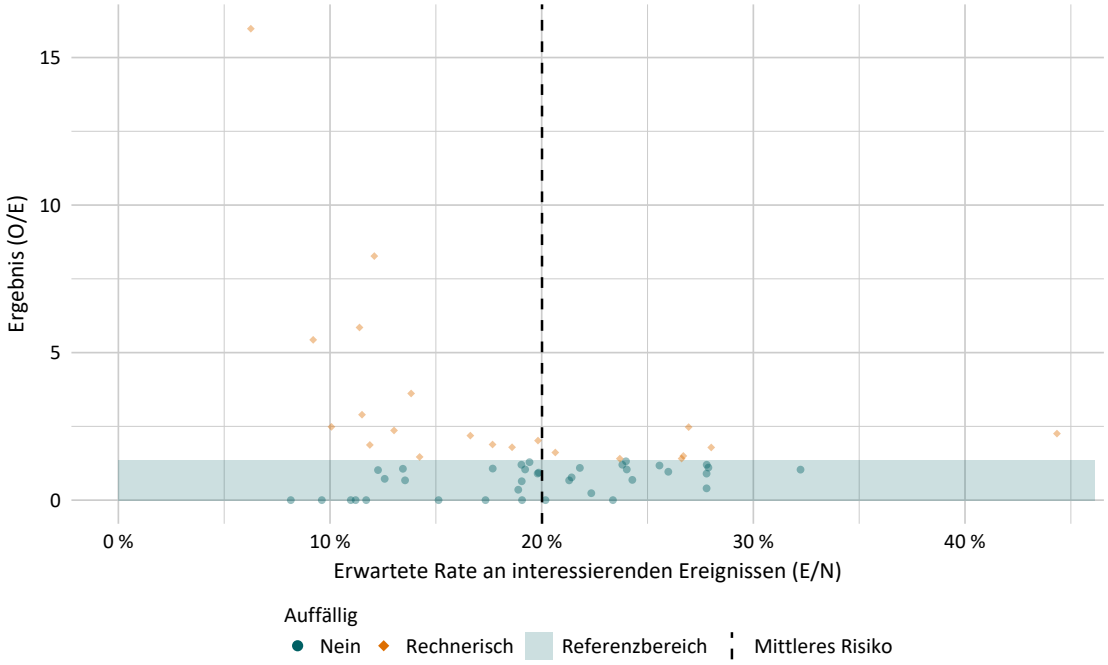
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	58	21	0,00	15,98	1,08

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.1	ID: O_251800 O/N (observed, beobachtet)	19,26 % 150/779
1.1.2	ID: E_251800 E/N (expected, erwartet)	20,02 % 155,92/779
1.1.3	**ID: 251800** **O/E**	0,96

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 25_22066 Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus verstarben	19,26 % 150/779
1.2.1	Verstorbene Patientinnen und Patienten je nach Art des implantierten Unterstützungssystems	
1.2.1.1	ID: 25_22067 LVAD	17,39 % 128/736
1.2.1.2	ID: 25_22068 RVAD	66,67 % 8/12
1.2.1.3	ID: 25_22069 BiVAD	50,00 % 8/16
1.2.1.4	ID: 25_22070 TAH	40,00 % 6/15

251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens

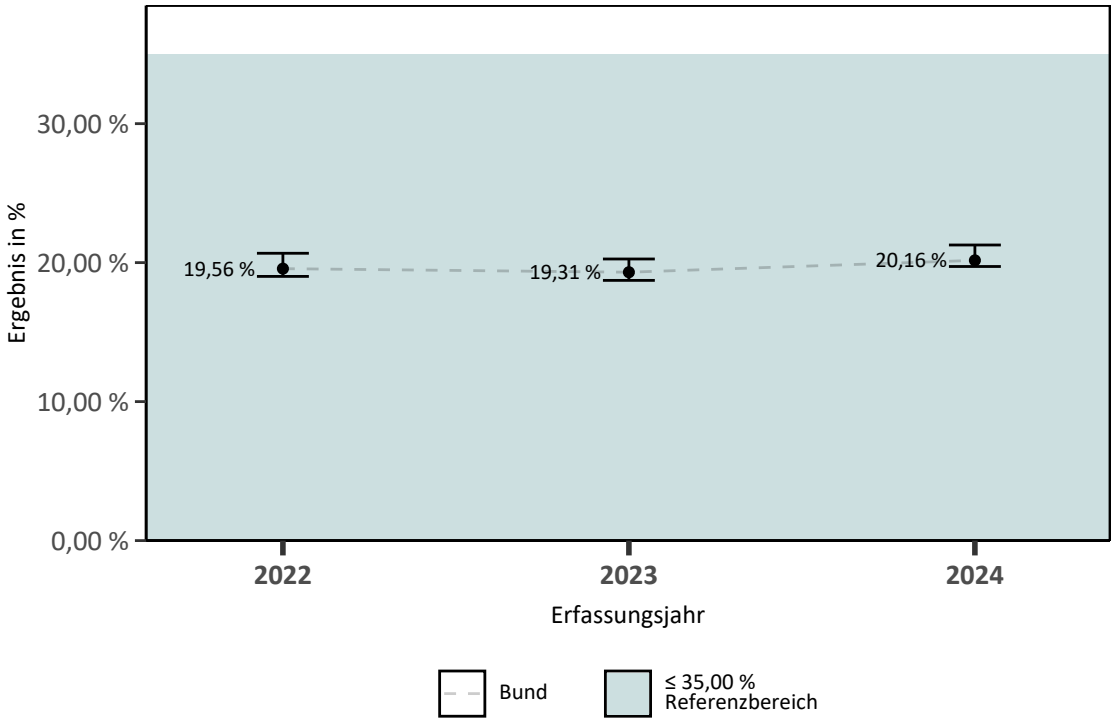
Qualitätsziel	Das durchschnittliche Risikoprofil des gesamten Patientenkollektivs eines Krankenhausstandortes sollte bei Implantation von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen nicht zu hoch sein
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Implantationen eines Herzunterstützungssystems unter Ausschluss von Implantationen bei Patientinnen und Patienten mit einer Herztransplantation während desselben stationären Aufenthalts und unter Ausschluss von Implantationen in Standorten, in denen keine MKU-Patientin und kein MKU-Patient im Erfassungsjahr verstorben entlassen wurde
Zähler	Erwartete Anzahl an Eingriffen, bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstirbt, risikoadjustiert nach logistischem MKU-Score für den Indikator mit der ID 251800
Referenzbereich	≤ 35,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

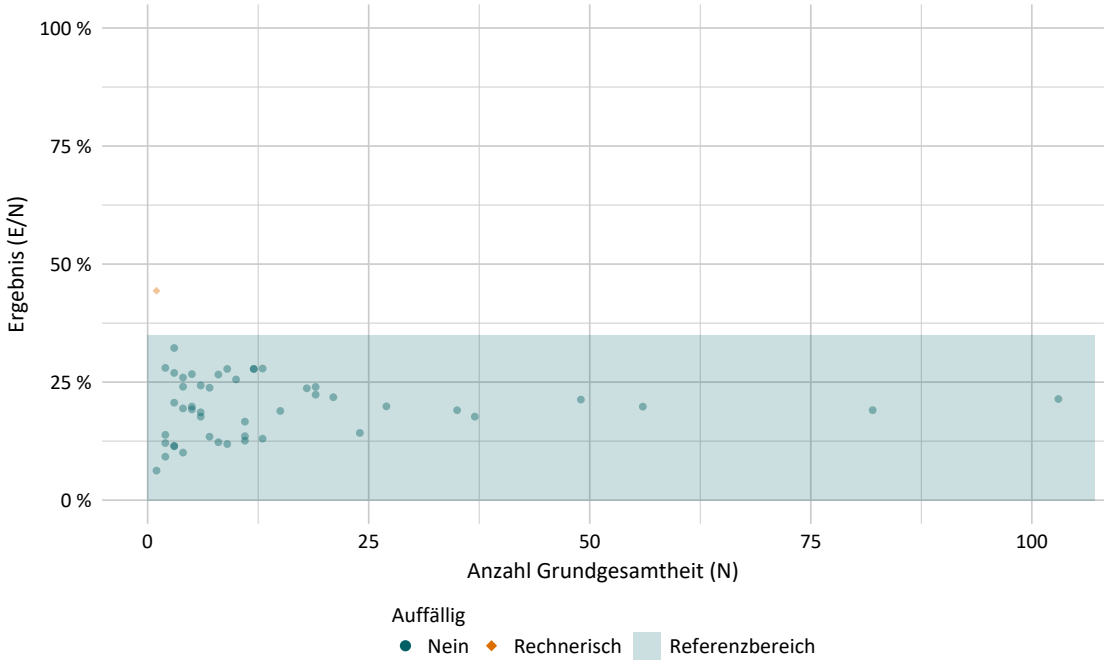
Dimension		Ergebnis E/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	116,41 / 595	19,56	19,01 - 20,67
	2023	122,81 / 636	19,31	18,72 - 20,26
	2024	145,16 / 720	20,16	19,72 - 21,27

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	48	1	6,26	44,34	19,82

Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems

Qualitätsziel	Die Rate an postoperativen zerebrovaskulären Komplikationen (Transitorische ischämische Attacke (TIA), Schlaganfall oder Koma) soll gering sein

52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD

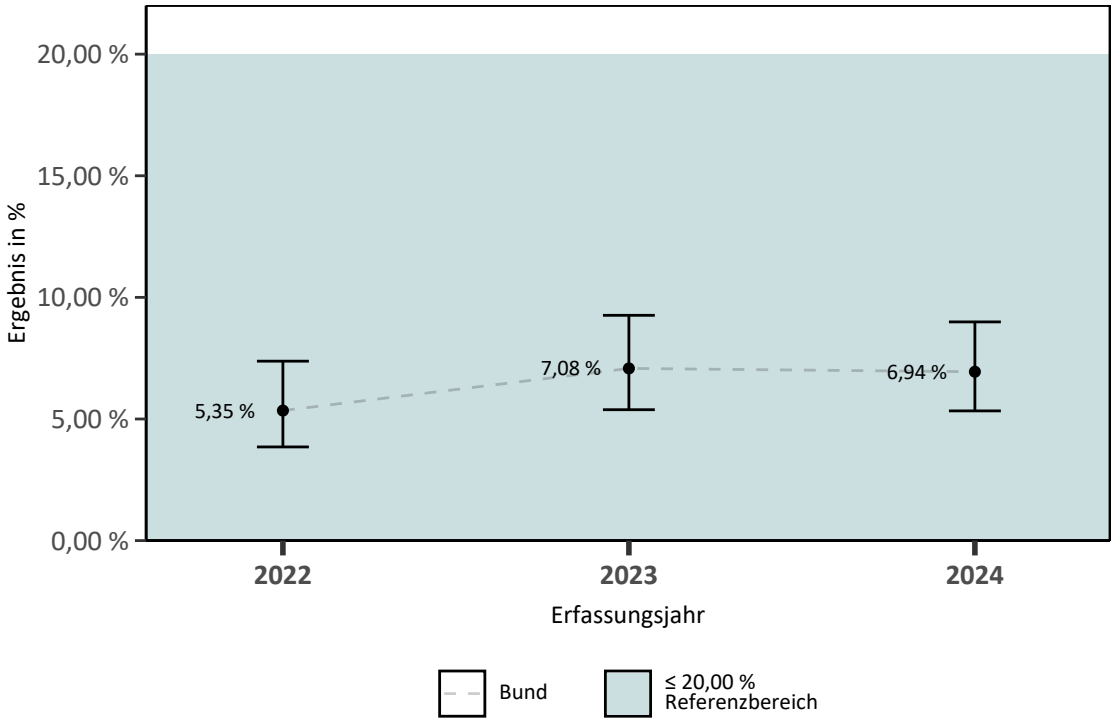
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines LVAD
Zähler	Implantationen mit postoperativer neurologischer Komplikation/postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis mit einer Dauer von > 24 Stunden und funktionell relevantem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin > = 2)
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

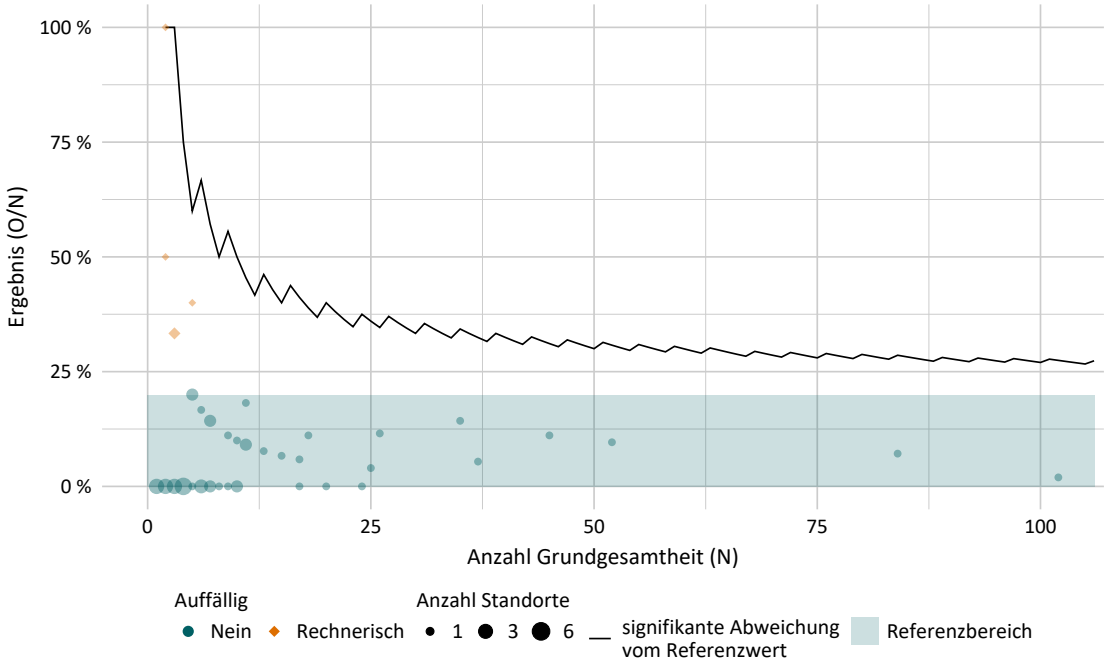
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	34 / 636	5,35	3,85 - 7,38
	2023	48 / 678	7,08	5,38 - 9,26
	2024	52 / 749	6,94	5,33 - 8,99

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	58	5	0,00	100,00	0,00

52386: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD

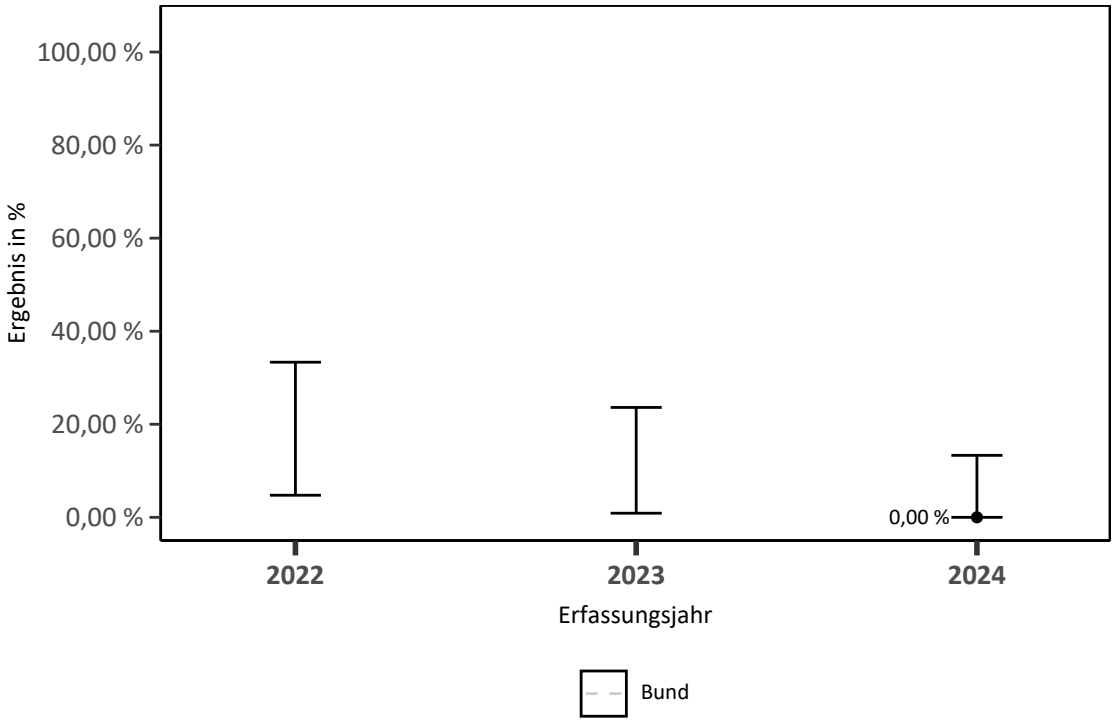
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines BiVAD
Zähler	Implantationen mit postoperativer neurologischer Komplikation/postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis mit einer Dauer von > 24 Stunden und funktionell relevantem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 2)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

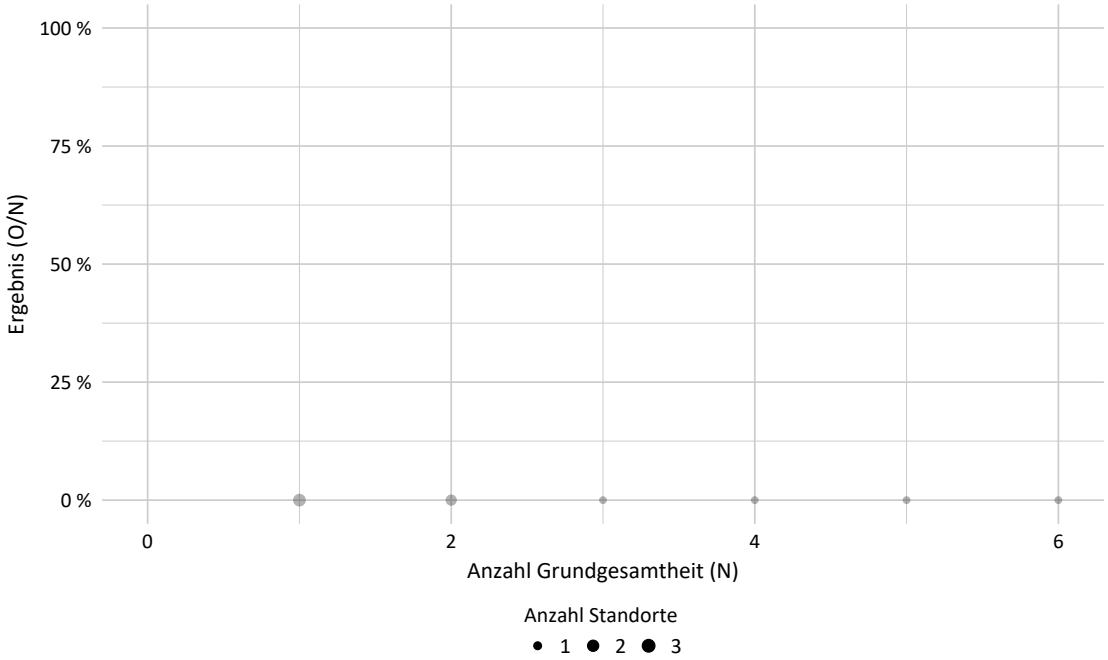
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	≤3 / 22	x	4,75 - 33,33
	2023	≤3 / 20	x	0,89 - 23,61
	2024	0 / 25	0,00	0,00 - 13,32

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	9	0	0,00	0,00	0,00

52387: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH

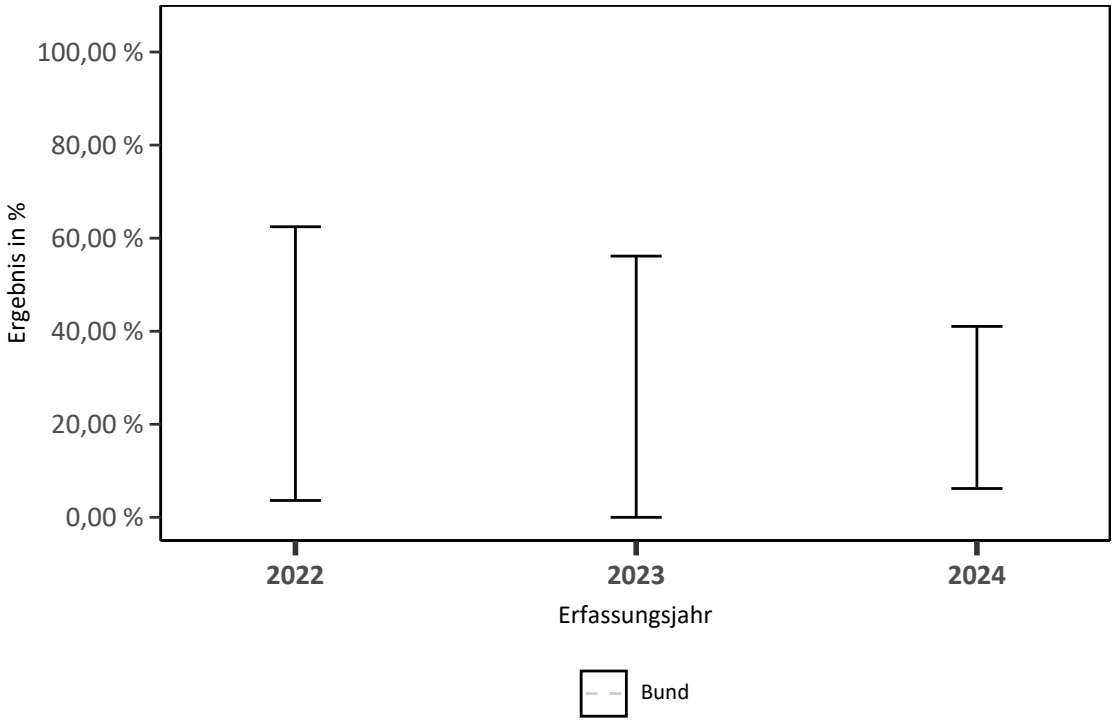
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines TAH
Zähler	Implantationen mit postoperativer neurologischer Komplikation/postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis mit einer Dauer von > 24 Stunden und funktionell relevantem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 2)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

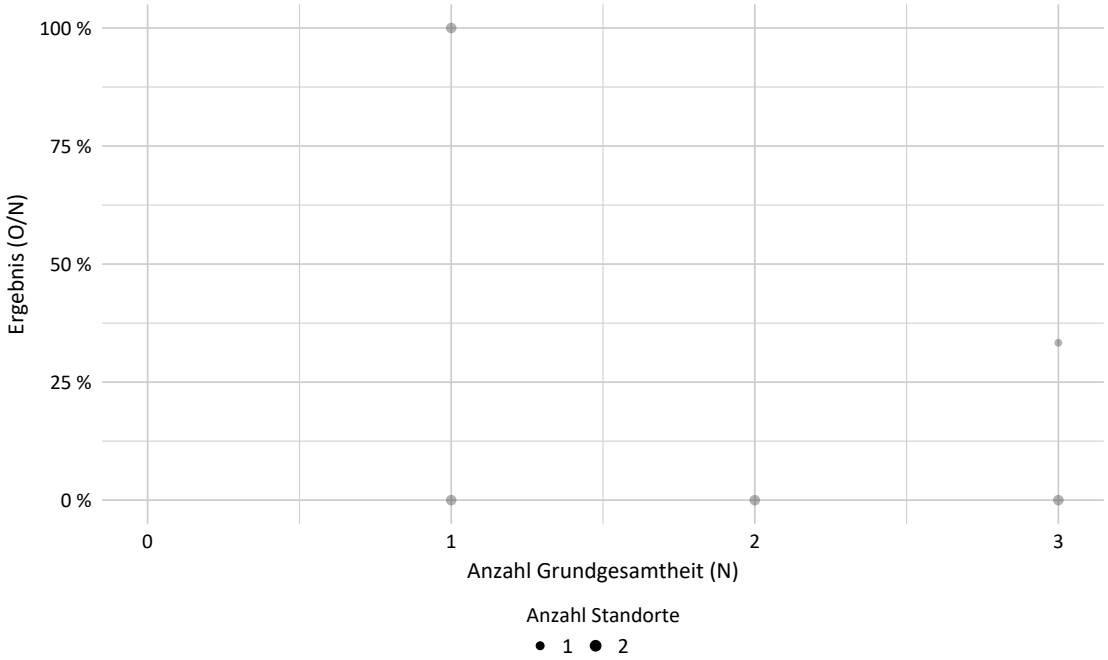
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	≤3 / 5	x	3,62 - 62,45
	2023	≤3	x	0,00 - 56,15
	2024	≤3 / 17	x	6,19 - 41,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	9	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 25_22072 Patientinnen und Patienten mit neurologischen Komplikationen	7,07 % 57/806
3.1.1	Patientinnen und Patienten mit neurologischen Komplikationen je nach Art des implantierten Unterstützungssystems	
3.1.1.1	**ID: 52385** **LVAD**	6,94 % 52/749
3.1.1.2	ID: 25_22073 RVAD	x % ≤3/15
3.1.1.3	**ID: 52386** **BiVAD**	0,00 % 0/25
3.1.1.4	**ID: 52387** **TAH**	x % ≤3/17

Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems

Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein

52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD

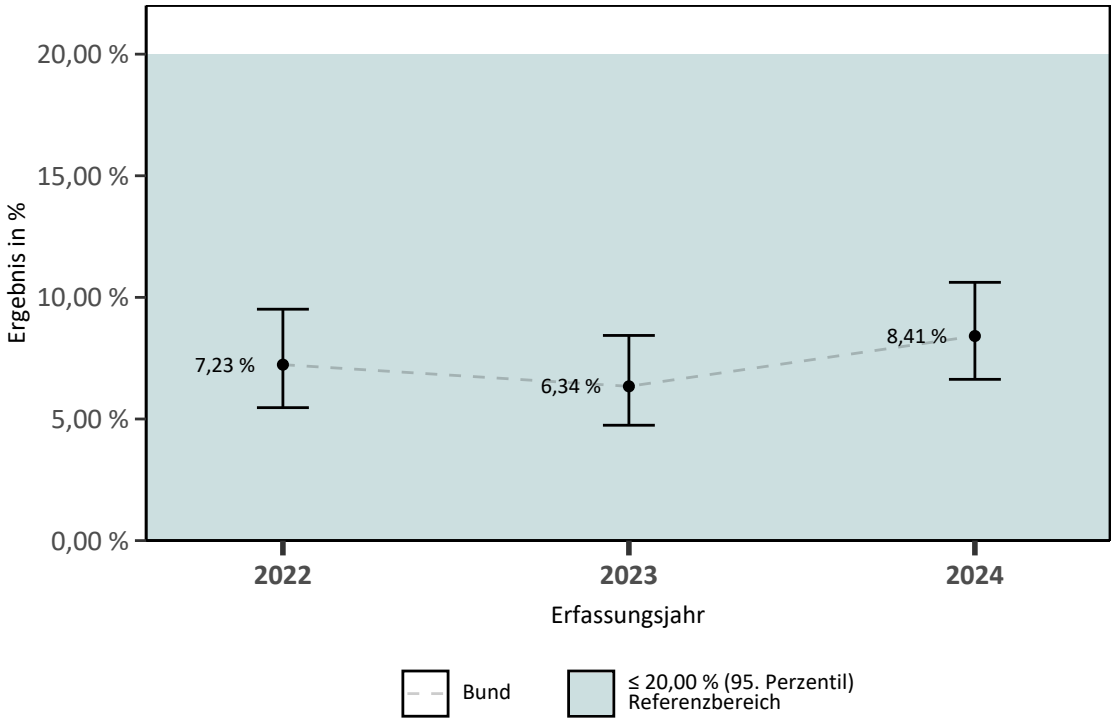
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines LVAD
Zähler	Implantationen mit Sepsis im postoperativen Verlauf
Referenzbereich	≤ 20,00 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

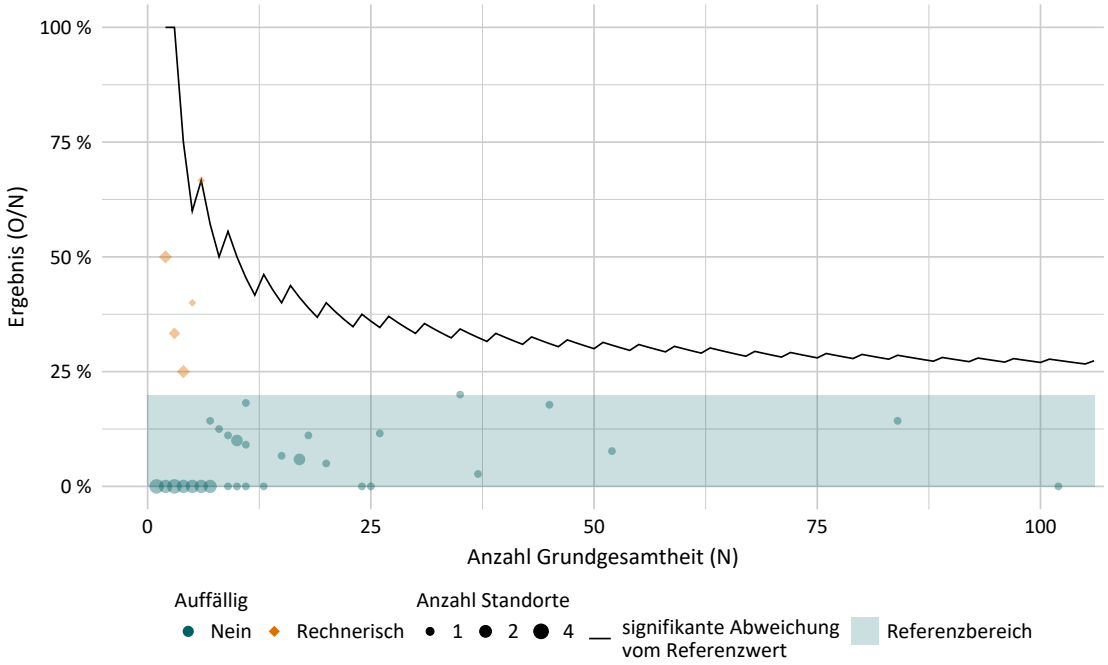
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	46 / 636	7,23	5,47 - 9,51
	2023	43 / 678	6,34	4,74 - 8,43
	2024	63 / 749	8,41	6,63 - 10,62

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	58	10	0,00	66,67	0,00

52389: Sepsis bei Implantation eines BiVAD

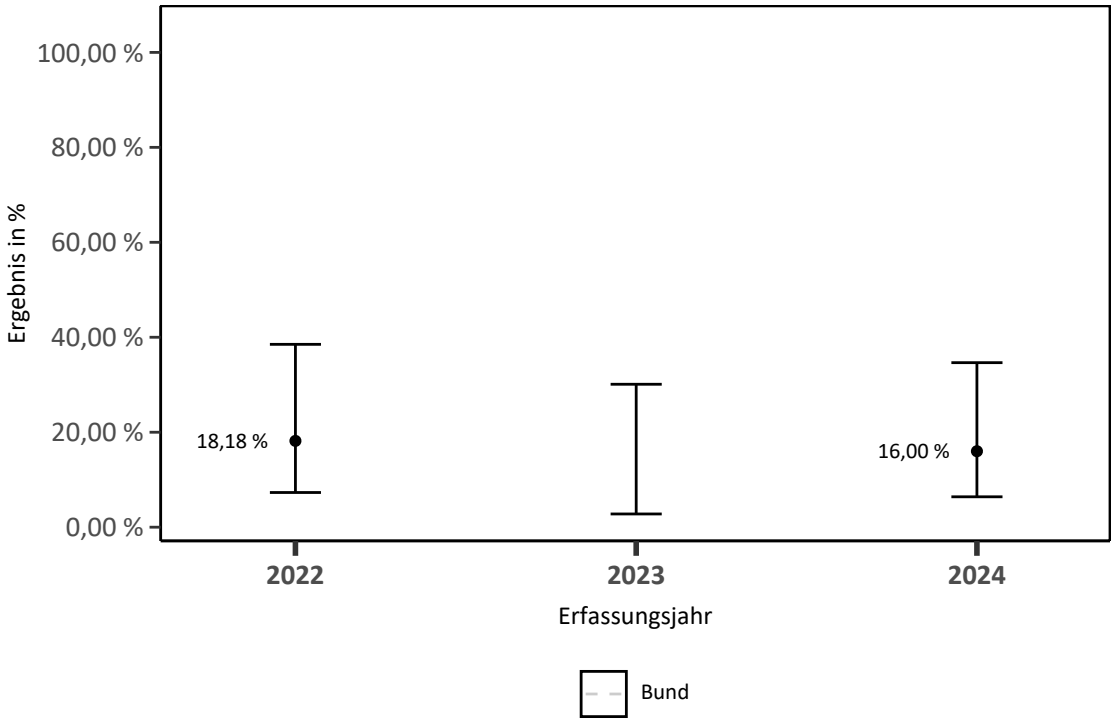
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines BiVAD
Zähler	Implantationen mit Sepsis im postoperativen Verlauf
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

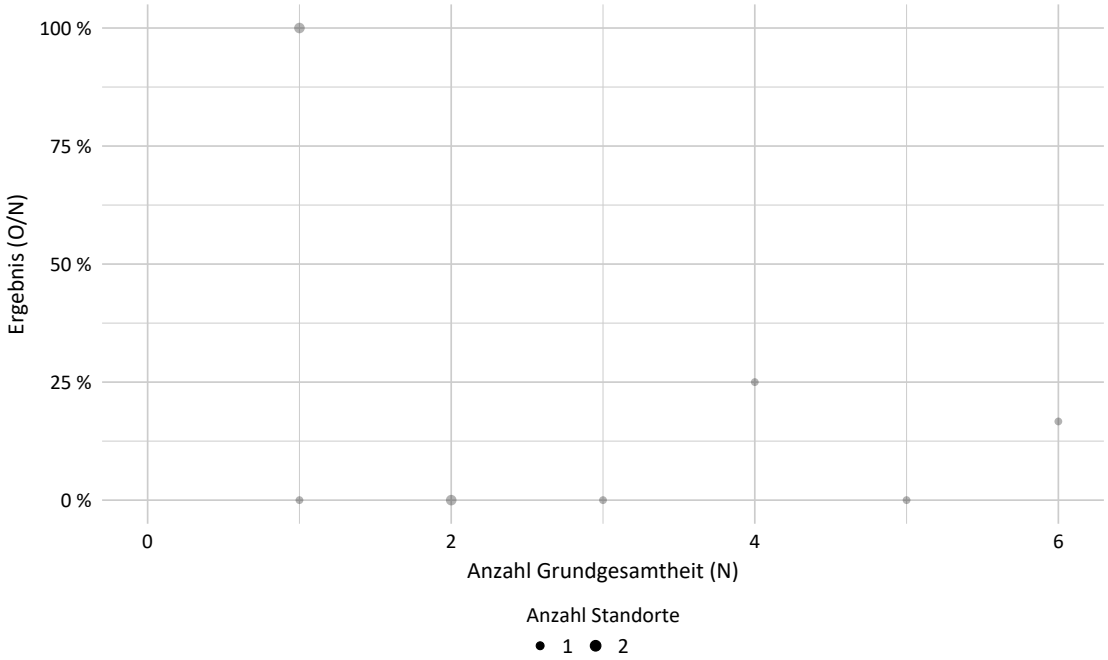
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	4 / 22	18,18	7,31 - 38,52
	2023	≤3 / 20	x	2,79 - 30,10
	2024	4 / 25	16,00	6,40 - 34,65

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	9	0	0,00	100,00	0,00

52390: Sepsis bei Implantation eines TAH

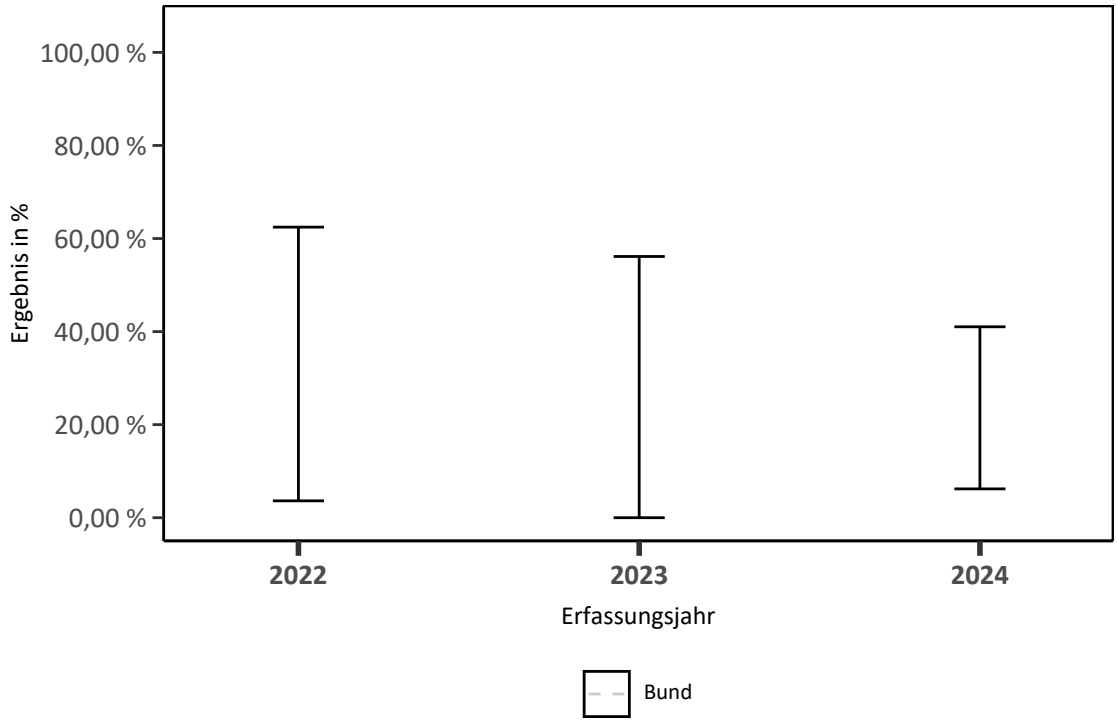
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines TAH
Zähler	Implantationen mit einer Sepsis im postoperativen Verlauf
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

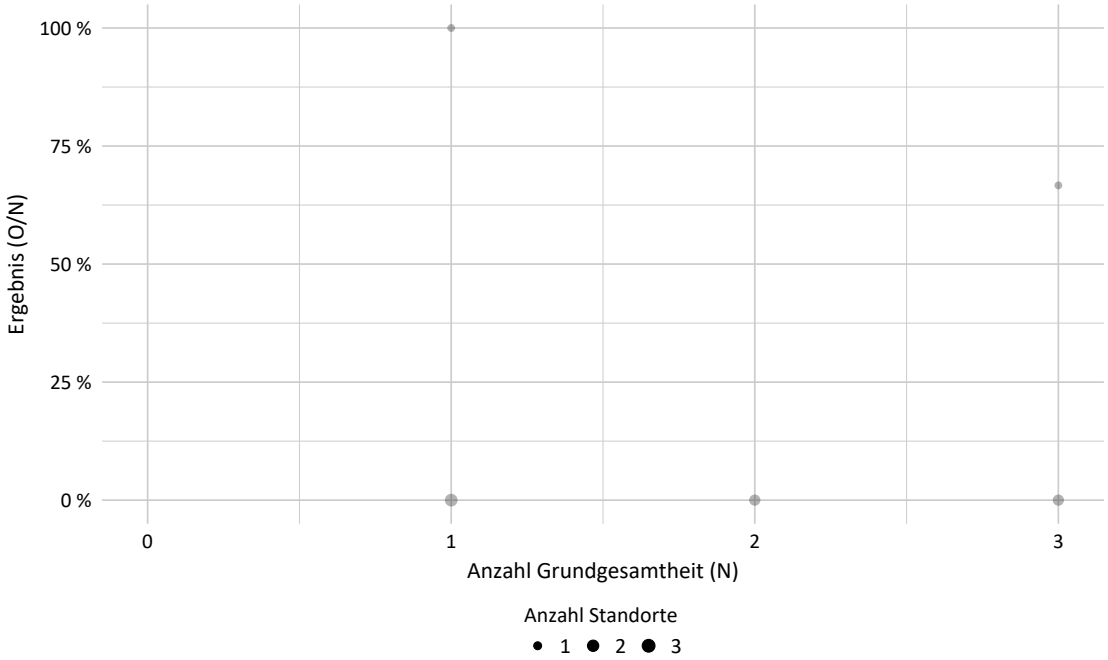
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	≤3 / 5	x	3,62 - 62,45
	2023	≤3	x	0,00 - 56,15
	2024	≤3 / 17	x	6,19 - 41,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	9	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 25_22074 Patientinnen und Patienten mit einer Sepsis	9,18 % 74/806
4.1.1	Patientinnen und Patienten mit einer Sepsis je nach Art des implantierten Unterstützungssystems	
4.1.1.1	**ID: 52388** **LVAD**	8,41 % 63/749
4.1.1.2	ID: 25_22075 RVAD	26,67 % 4/15
4.1.1.3	**ID: 52389** **BiVAD**	16,00 % 4/25
4.1.1.4	**ID: 52390** **TAH**	x % ≤3/17

Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems

Qualitätsziel	Die Rate an Fehlfunktionen des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll niedrig sein

52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD

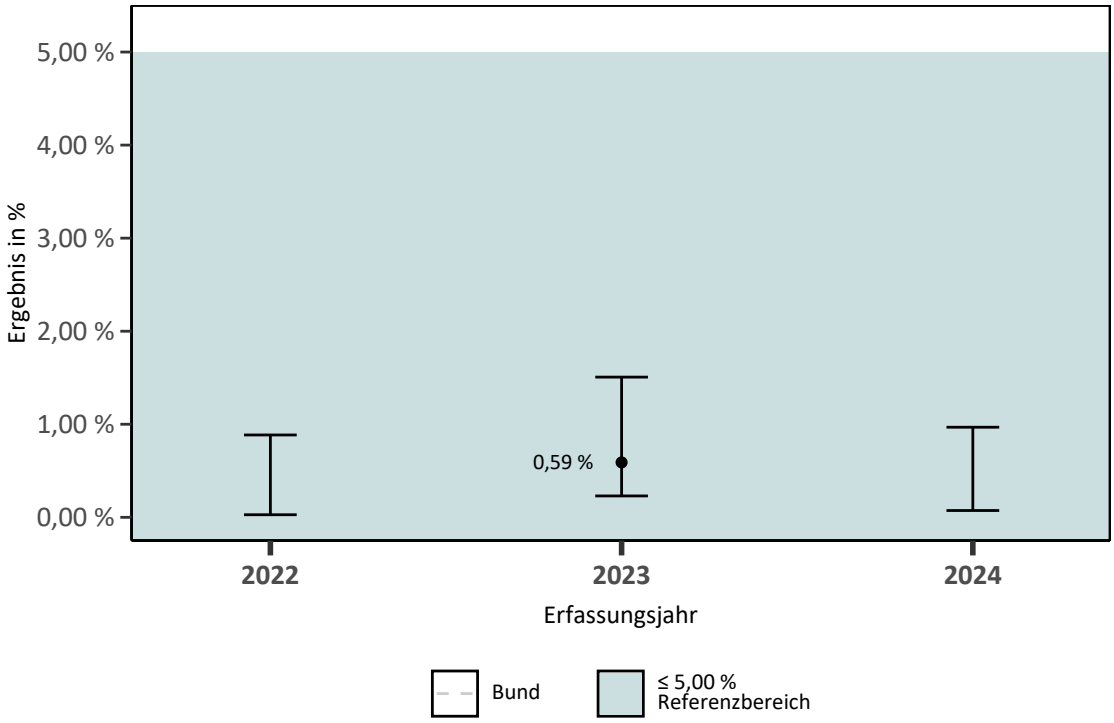
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines LVAD
Zähler	Implantationen mit Fehlfunktion des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

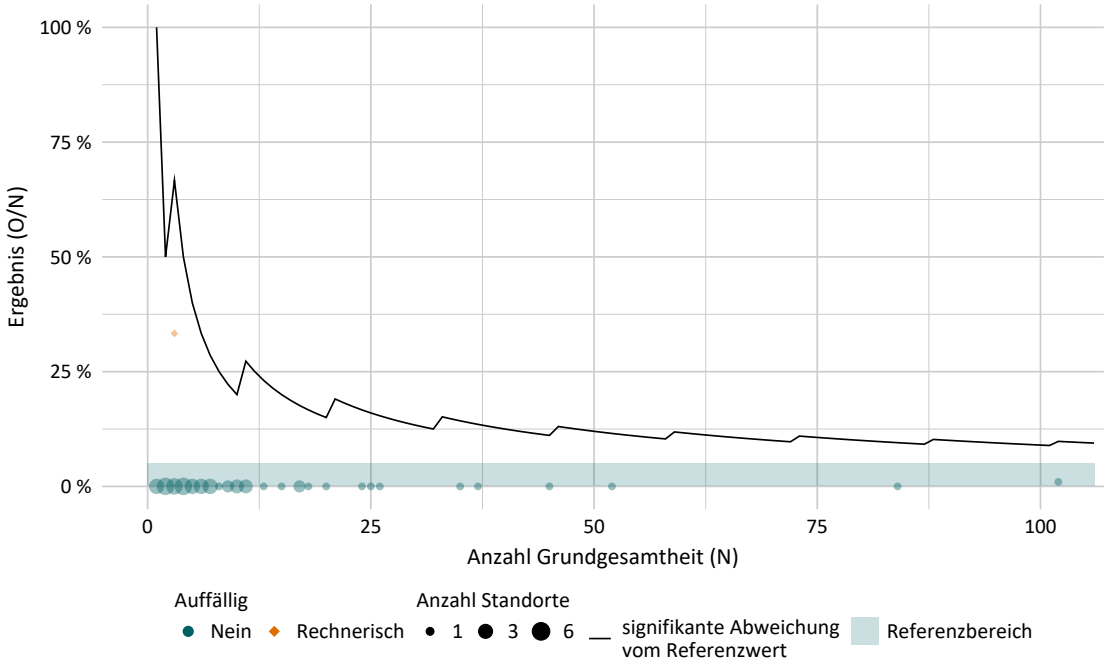
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	≤3 / 636	x	0,03 - 0,89
	2023	4 / 678	0,59	0,23 - 1,51
	2024	≤3 / 749	x	0,07 - 0,97

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	58	1	0,00	33,33	0,00

52392: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD

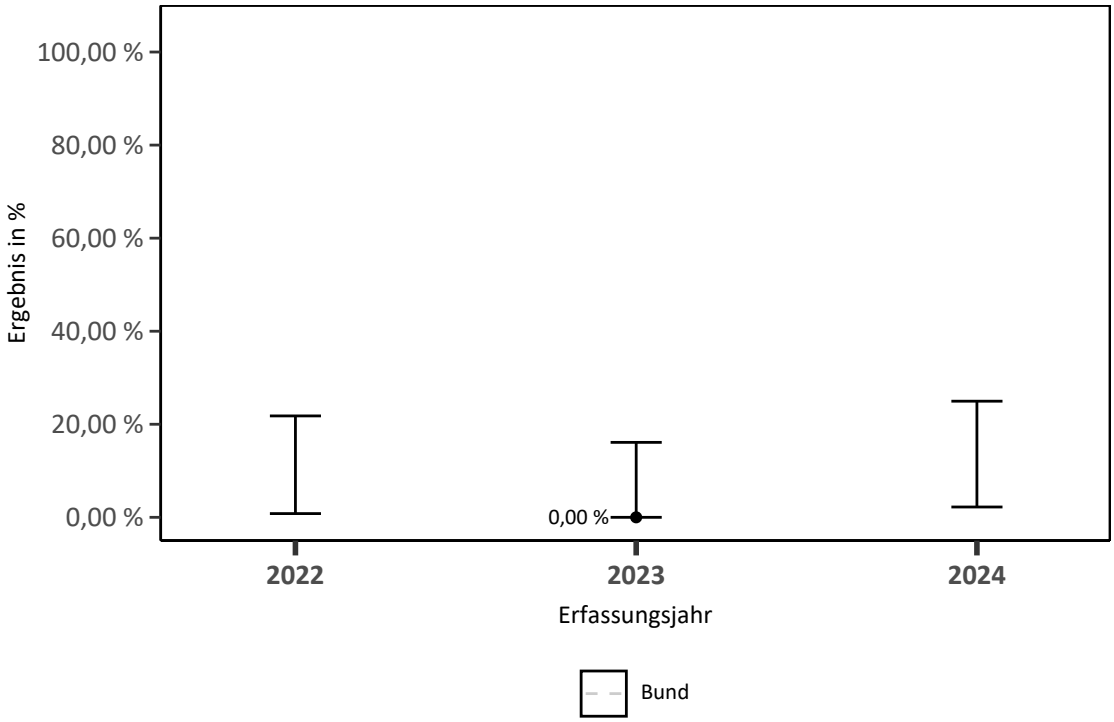
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines BiVAD
Zähler	Implantationen mit Fehlfunktion des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

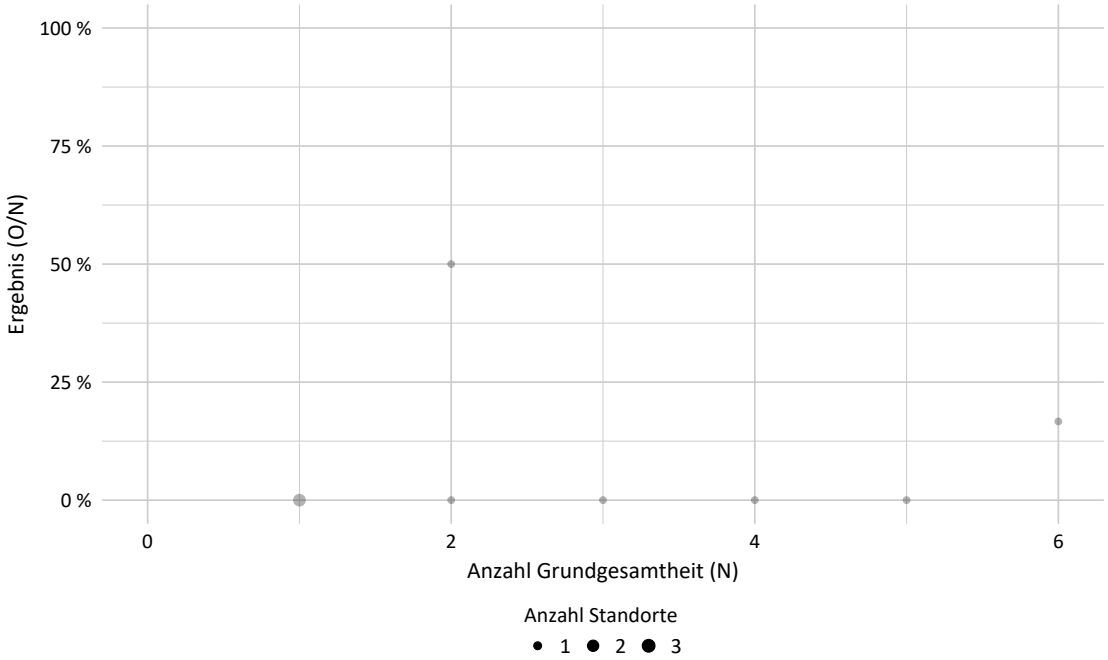
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	≤3 / 22	x	0,81 - 21,80
	2023	0 / 20	0,00	0,00 - 16,11
	2024	≤3 / 25	x	2,22 - 24,97

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	9	0	0,00	50,00	0,00

52393: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH

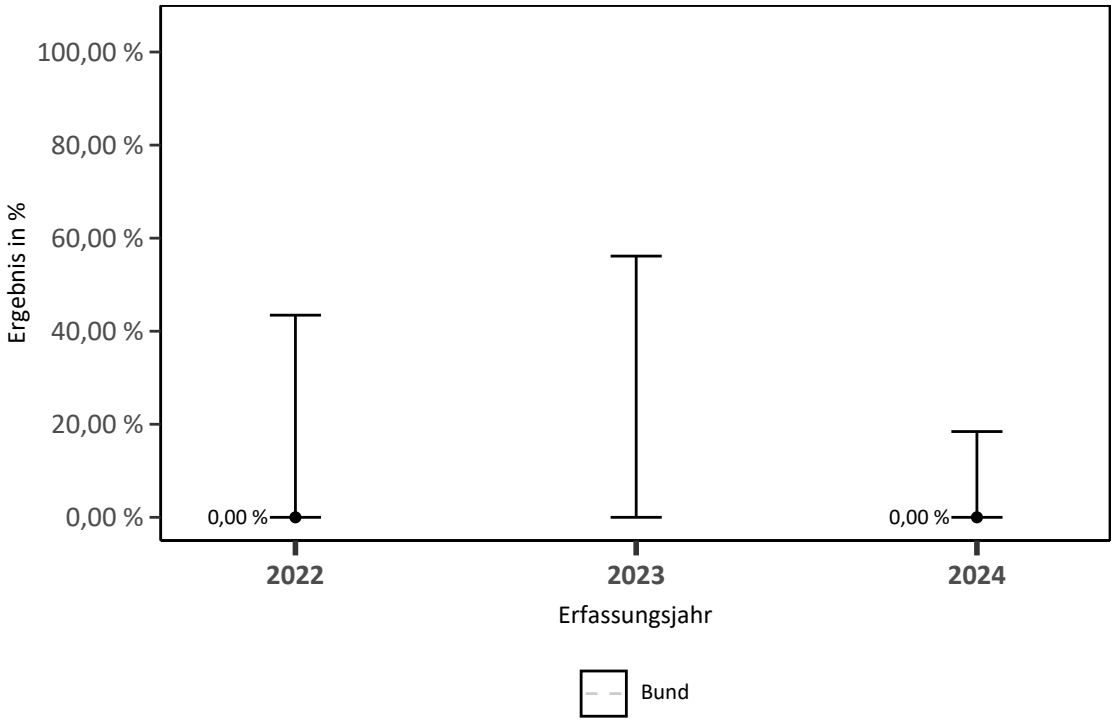
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines TAH
Zähler	Implantationen mit Fehlfunktion des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

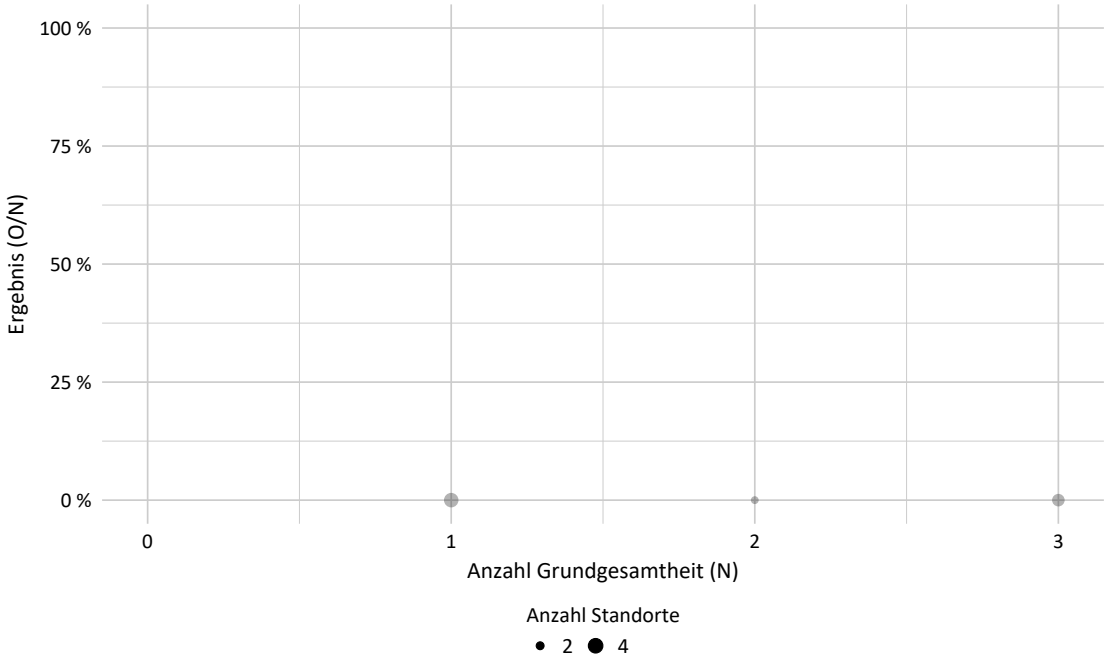
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	0 / 5	0,00	0,00 - 43,45
	2023	≤3	x	0,00 - 56,15
	2024	0 / 17	0,00	0,00 - 18,43

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	9	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 25_22076 Patientinnen und Patienten mit einer Fehlfunktion des Systems	0,50 % 4/806
5.1.1	Patientinnen und Patienten mit einer Fehlfunktion je nach Art des implantierten Unterstützungssystems	
5.1.1.1	**ID: 52391** **LVAD**	x % ≤3/749
5.1.1.2	ID: 25_22077 RVAD	0,00 % 0/15
5.1.1.3	**ID: 52392** **BiVAD**	x % ≤3/25
5.1.1.4	**ID: 52393** **TAH**	0,00 % 0/17

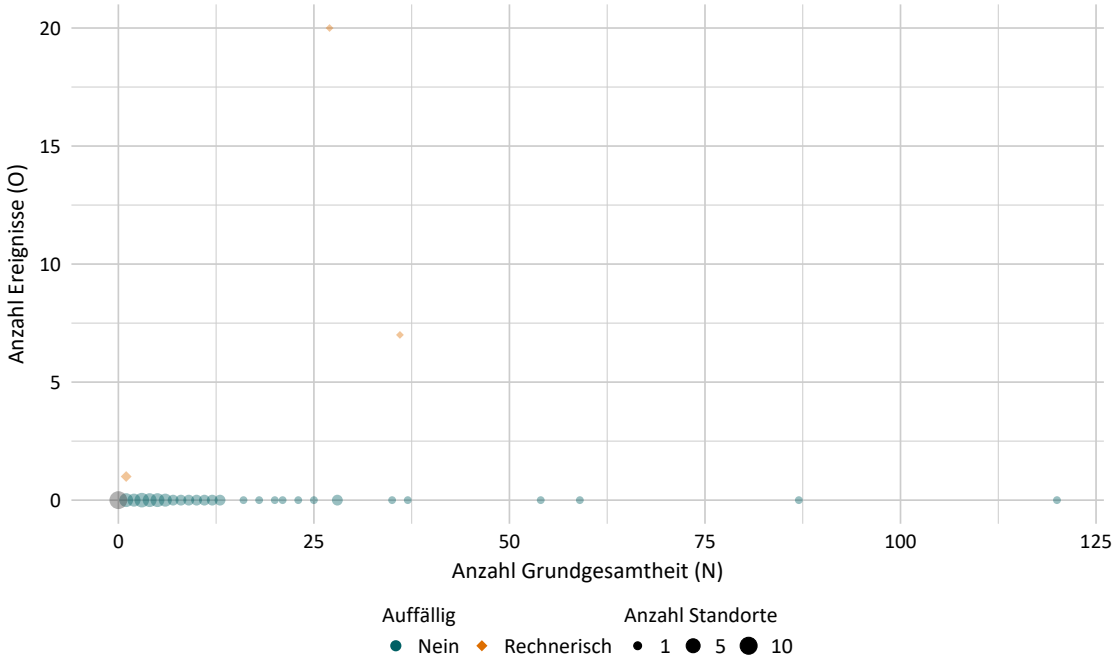
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

851807: Angabe von VA-ECMO bei Systemart

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Systemart VA-ECMO ist nicht Gegenstand des Verfahrens und wird im Rahmen der QI-Berechnung ausgeschlossen. **Hypothese** Fehlkodierung einer VA-ECMO als Herzunterstützungssystem
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Zähler	Prozeduren, bei denen als Systemart VA-ECMO angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



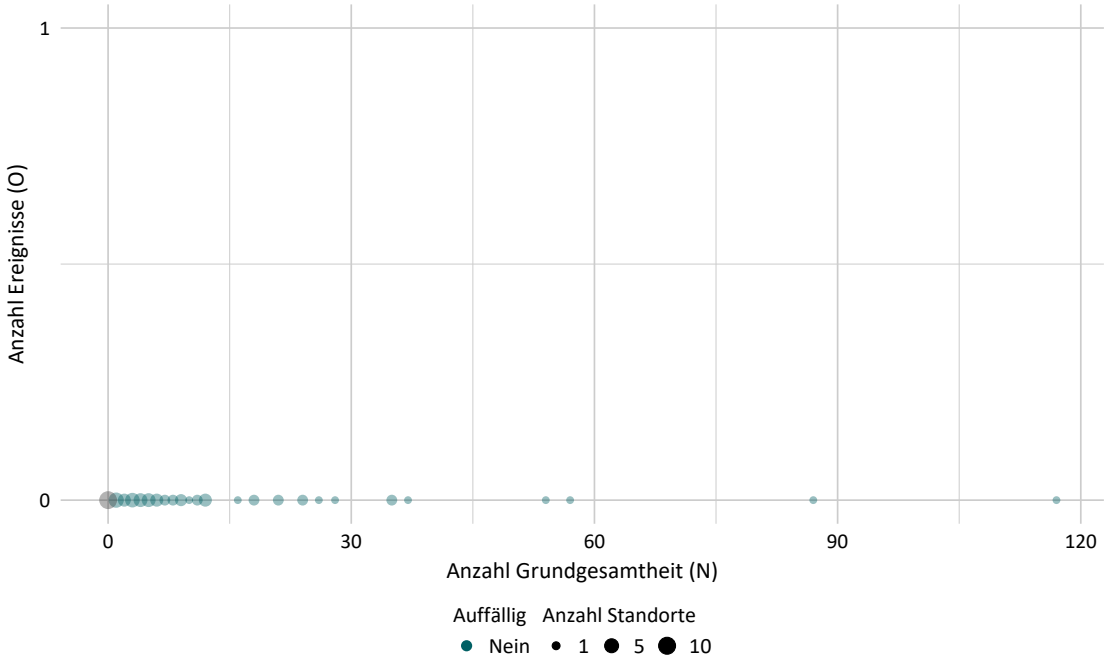
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	29 / 876	0,03	6,56 % 4 / 61

852311: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-) Sterblichkeits-QIs und -Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems 251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2024 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

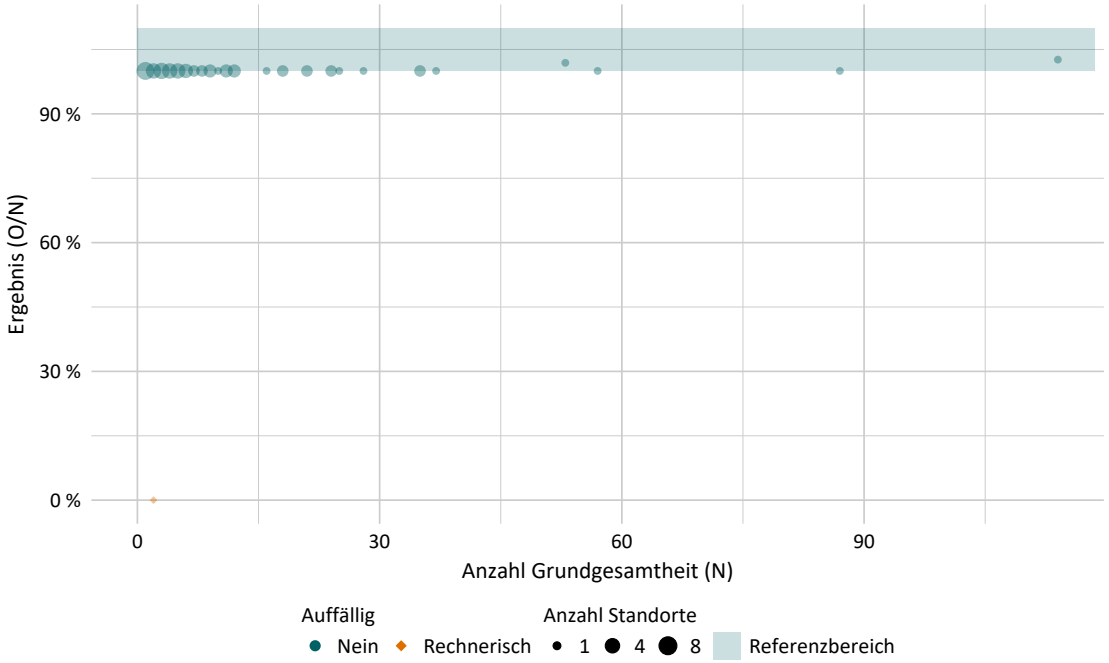
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 857	0,00	0,00 % 0 / 61

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	64	1	0,00	102,63	100,00

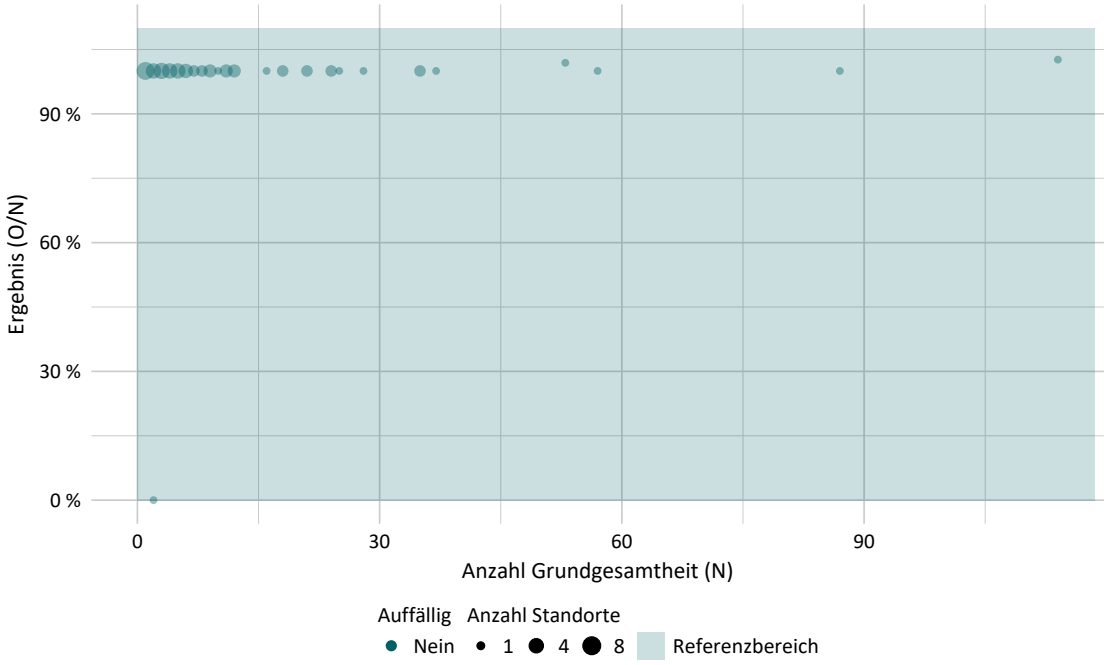
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	858 / 856	100,23	1,56 % 1 / 64

850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	64	0	0,00	102,63	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	858 / 856	100,23	0,00 % 0 / 64

Basisauswertung

Implantationen von VA-ECMOs und temporären Herzunterstützungssystemen werden in der Basisauswertung ausgeschlossen.
Sofern in den folgenden Tabellen auf „Alle Patientinnen und Patienten“ Bezug genommen wird, kann es zu einer Mehrfachzählung von Angaben kommen, da eine Patientin / ein Patient mehr als einen stationären Aufenthalt haben kann.

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten[2]		
Anzahl Patientinnen und Patienten	1.049	100,00
Patientinnen und Patienten mit mind. einer Herztransplantation	326	31,08
Patientinnen und Patienten mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens	755	71,97

[2] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Anzahl Herztransplantationen	342	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Implantationen		
Anzahl Implantationen von Herzunterstützungssystemen / Kunstherzen	876	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 755**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	95	12,58
1. Quartal	183	24,24
2. Quartal	232	30,73
3. Quartal	163	21,59
4. Quartal	84	11,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 755**	
Entlassungsquartal		
1. Quartal	152	20,13
2. Quartal	212	28,08
3. Quartal	221	29,27
4. Quartal	172	22,78

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 857**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 28 Tage	194	22,64
29 - 56 Tage	333	38,86
57 - 84 Tage	155	18,09
85 - 112 Tage	73	8,52
113 - 140 Tage	38	4,43
141 - 168 Tage	26	3,03
169 - 196 Tage	19	2,22
197 - 224 Tage	10	1,17
225 - 252 Tage	≤3	x
> 252 Tage	7	0,82

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[3]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	857
Minimum	0,00
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	6,00
Median	12,00
Mittelwert	16,00
75. Perzentil	21,00
95. Perzentil	43,10
Maximum	186,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	857
Minimum	0,00
5. Perzentil	2,00
25. Perzentil	19,00
Median	30,00
Mittelwert	44,50
75. Perzentil	52,00
95. Perzentil	145,10
Maximum	520,00

	Bund (gesamt)
Gesamtverweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	857
Minimum	0,00
5. Perzentil	11,00
25. Perzentil	30,00
Median	46,00
Mittelwert	60,49
75. Perzentil	74,00
95. Perzentil	161,10
Maximum	523,00

[3] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Implantation während des stationären Aufenthalts

[4] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Implantation während des stationären Aufenthalts

[5] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 755**	
Geschlecht		
(1) männlich	613	81,19
(2) weiblich	142	18,81
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientinnen- und Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 755**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	11	1,46
1 - 9 Jahre	17	2,25
10 - 19 Jahre	17	2,25
20 - 29 Jahre	5	0,66
30 - 39 Jahre	32	4,24
40 - 49 Jahre	55	7,28
50 - 59 Jahre	172	22,78
60 - 69 Jahre	337	44,64
70 - 79 Jahre	106	14,04
≥ 80 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	755
Minimum	0,00
5. Perzentil	15,80
25. Perzentil	54,00
Mittelwert	57,24
Median	62,00
75. Perzentil	67,00
95. Perzentil	73,00
Maximum	82,00

Befunde Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 755**	
Grunderkrankung		
(1) dilatative Kardiomyopathie (DCM)	303	40,13
(2) restriktive Kardiomyopathie (RCM)	6	0,79
(3) ischämische Kardiomyopathie (ICM)	356	47,15
(4) andere Herzerkrankungen	90	11,92
Diabetes mellitus		
(0) nein	527	69,80
(1) ja, ausschließlich diätetisch eingestellt	26	3,44
(2) ja, medikamentös eingestellt	122	16,16
(3) ja, insulinpflichtig	80	10,60
Durchführung thorakaler Operationen (offen-chirurgisch) vor der stationären Aufnahme		
(0) nein	577	76,42
(1) ja	180	23,84

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit thorakaler Voroperation (offen-chirurgisch) vor der stationären Aufnahme	**N = 180**	
Art der thorakalen Operation[6]		
Herztransplantation	5	2,78
Assist Device/TAH	37	20,56
Koronarchirurgie	79	43,89
Klappenchirurgie	63	35,00
Korrektur angeborener Vitien	12	6,67
sonstige	22	12,22

[6] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Anzahl aller Voroperationen (offen-chirurgisch) am Herzen	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit bekannter Anzahl	172
Median	1,00
Mittelwert	1,16

Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz

Indikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 876**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	≤3	x
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	5	0,57
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	115	13,13
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	475	54,22
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	279	31,85
INTERMACS Profile-Level 1 - 7		
(1) kritischer kardiogener Schock	261	29,79
(2) zunehmende Verschlechterung trotz inotroper Medikation	194	22,15
(3) stabil, aber abhängig von Inotropika	190	21,69
(4) ambulante orale Therapie, aber häufige Ruhesymptomatik	157	17,92
(5) belastungsintolerant, keine Ruhesymptomatik	12	1,37
(6) gering belastbar, keine Ruhesymptomatik	11	1,26
(7) erweiterte NYHA-Klasse III Symptome	10	1,14
Zielstellung		
(1) BTT - bridge to transplant	288	32,88
(2) BTR - bridge to recovery	103	11,76
(3) DT - destination therapy	381	43,49
(5) BTC - bridge to candidacy	87	9,93
(9) andere Zielstellung	17	1,94

Indikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 876**	
Akute Herzinsuffizienz zum Zeitpunkt des Eingriffs		
(0) nein	361	41,21
(1) ja	515	58,79
Geplante Einsatzdauer des Herzunterstützungssystems > 7 Tage		
(0) nein	74	8,45
(1) ja	802	91,55
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%		
(0) nein	766	87,44
(1) ja	54	6,16
(9) nicht bestimmbar	15	1,71
6 Minuten Gehtest: Distanz ≥ 500 Meter		
(0) nein	477	54,45
(1) ja	7	0,80
(2) nicht durchgeführt	147	16,78
(9) nicht bestimmbar	204	23,29
Maximale Sauerstoffaufnahme > 20 ml O2/min/kg Körpergewicht		
(0) nein	441	50,34
(1) ja	13	1,48
(2) nicht durchgeführt	160	18,26
(9) nicht bestimmbar	221	25,23

Indikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 876**	
Dokumentierte stationäre Aufnahme aufgrund Linksherzdekompensation in den letzten 12 Monaten		
(0) nein	201	22,95
(1) ja	613	69,98
davon Herzinsuffizienzmedikation bei dokumentiertem stationären Aufenthalt bekannt		
(0) nein	16	2,61
(1) ja	597	97,39
(9) unbekannt	21	2,40

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 876**	
Typ des Pumpsystems		
(1) kontinuierliches Pumpsystem	715	81,62
(2) pulsatiles Pumpsystem	161	18,38
Lage des Herzunterstützungssystems / Kunstherzens		
(1) extrakorporal	93	10,62
(2) parakorporal	26	2,97
(3) intrakorporal	757	86,42

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 876**	
Art des Unterstützungssystems[7]		
(1) permanentes LVAD	749	85,50
(2) permanentes RVAD	15	1,71
(3) permanentes BiVAD	25	2,85
(4) TAH	17	1,94
Abbruch der Implantation		
(0) nein	874	99,77
(1) ja	≤3	x

[7] Schlüsselwert (5) VA-ECMO und Schlüsselwert (6) temporäres Herzunterstützungssystem werden ausgeschlossen

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 876**	
Sepsis (bei oder nach Implantation)		
(0) nein	796	90,87
(1) ja	80	9,13
neurologische Dysfunktion		
(0) nein	811	92,58
(1) ja	65	7,42

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 876**	
Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems		
(0) nein	869	99,20
(1) ja, technische Fehlfunktion	≤3	x
(2) ja, sekundäre Fehlfunktion	6	0,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Implantationen eines LVAD	**N = 749**	
Rechtsherzversagen		
(0) nein	639	85,31
(1) ja	110	14,69

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 755**	
Entlassung der Patientin oder des Patienten mit einem Herzunterstützungssystem / Kunstherzen, das während des stationären Aufenthaltes implantiert wurde		
(0) nein	70	9,27
(1) ja	523	69,27
unbekannt	162	21,46

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 755**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	154	20,40
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	17	2,25
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	176	23,31
(07) Tod	162	21,46
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[8]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	240	31,79
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	4	0,53
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[9]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[10]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[11]		
(1) ja	0	0,00

[8] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[9] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[10] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[11] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 162**	
Todesursache		
(1) Graft Failure (primäres Transplantatversagen)	0	0,00
(2) Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	0	0,00
(3) Thromboembolie	5	3,09
(4) Rechtsherzversagen	20	12,35
(5) Lungenversagen	21	12,96
(6) Infektion	≤3	x
(7) Rejektion	≤3	x
(8) Blutung	7	4,32
(9) Multiorganversagen	78	48,15
(10) Andere	27	16,67

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-LUTX: Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 9

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 10

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 12

2155: Sterblichkeit im Krankenhaus 12

Details zu den Ergebnissen 15

12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 16

Details zu den Ergebnissen 19

12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 20

Details zu den Ergebnissen 23

12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 24

Details zu den Ergebnissen 27

282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation 29

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 31

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 31

852314: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen 31

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 33

850245: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 33

850246: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 35

850266: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 37

850267: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 39

850268: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 41

Basisauswertung 43

Allgemeine Daten 43

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus 44

Basisdaten Empfängerin und Empfänger ... 46
Geschlecht ... 46
Patientenalter am Aufnahmetag ... 46
Body Mass Index (BMI) ... 47
Befunde Empfängerin und Empfänger ... 48
Grunderkrankung ... 48
Risikoprofil ... 49
Immunsuppression initial ... 49
Transplantationsdaten / Spenderdaten ... 51
Spenderalter ... 51
Einsatz eines Perfusionssystems ... 52
Transplantation ... 53
Organqualität ... 53
Transplantationsart ... 53
Ischämiezeit ... 54
Operation (nach OPS) ... 54
Entlassung Empfängerin und Empfänger ... 56
Immunsuppression bei Entlassung ... 57
Todesursache ... 58

Einleitung

Für Lungentransplantationen und Herz-Lungen-Transplantationen kommen Patientinnen und Patienten im Endstadium von Lungenerkrankungen in Betracht, die ohne Transplantation nur noch eine geringe Lebenserwartung haben. Voraussetzung für eine derartige Transplantation ist, dass keine Gegenanzeigen vorliegen wie z. B. Erkrankungen an anderen Organen (Leber, Niere usw.).
Eine Herz-Lungen-Transplantation ist ein sehr großer und risikoreicher Eingriff. Bei der Entscheidung über die Aufnahme einer Patientin bzw. eines Patienten auf eine Warteliste zur Transplantation wird daher sehr sorgfältig zwischen dem Risiko einer Transplantation und dem angenommenen Behandlungsverlauf bei anderen Therapiemöglichkeiten abgewogen. Die gegenwärtig verfügbaren übrigen Lungenersatzverfahren ermöglichen allerdings nur eine kurzzeitige Überbrückung der Wartezeit auf ein Spenderorgan. Im Vergleich zur Herztransplantation ist das Zeitfenster bis zur Lungentransplantation wesentlich kleiner. Für die Vermittlung von Organen für die Transplantation bilden die Erfolgsaussicht und die Dringlichkeit die maßgebliche Grundlage. Das 2012 neu eingeführte Zuteilungssystem nach dem sog. Lung Allocation Score (LAS) soll gewährleisten, dass Spenderorgane an diejenigen Empfängerinnen und Empfänger vermittelt werden, die das Transplantat am dringendsten benötigen und bei denen die Lungentransplantation voraussichtlich die besten Erfolge erzielen wird.

Die Qualitätsindikatoren im Leistungsbereich der Lungentransplantationen bzw. der Herz-Lungen-Transplantationen beziehen sich auf die Sterblichkeit im Krankenhaus sowie auf die Überlebensraten in der langfristigen Nachbeobachtung.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation (TX-LUTX) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	305 305 0	305	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	12		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	13	13	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	12	12	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 20,00 %	5,90 % O = 18 N = 305
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 70,00 %	87,50 % O = 210 N = 240
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 65,00 %	80,99 % O = 196 N = 242
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 60,00 %	74,46 % O = 207 N = 278
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	≤ 1	0,02 O = 16 N = 776

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852314	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	= 0	0,00 0 / 305	0,00 % 0 / 12

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,00 % 305 / 305	0,00 % 0 / 13
850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,00 % 305 / 305	0,00 % 0 / 13
850266	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	97,38 % 223 / 229	20,00 % 2 / 10
850267	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	99,53 % 210 / 211	10,00 % 1 / 10
850268	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	95,61 % 218 / 228	45,45 % 5 / 11

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2155: Sterblichkeit im Krankenhaus

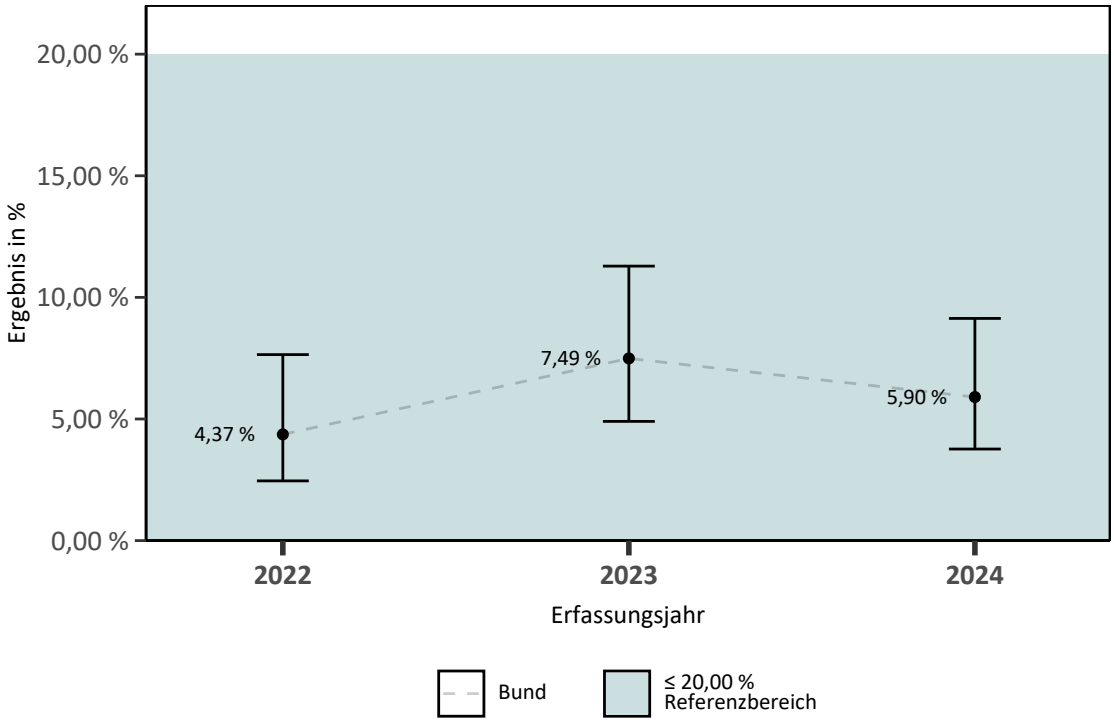
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantationen aller Aufenthalte
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

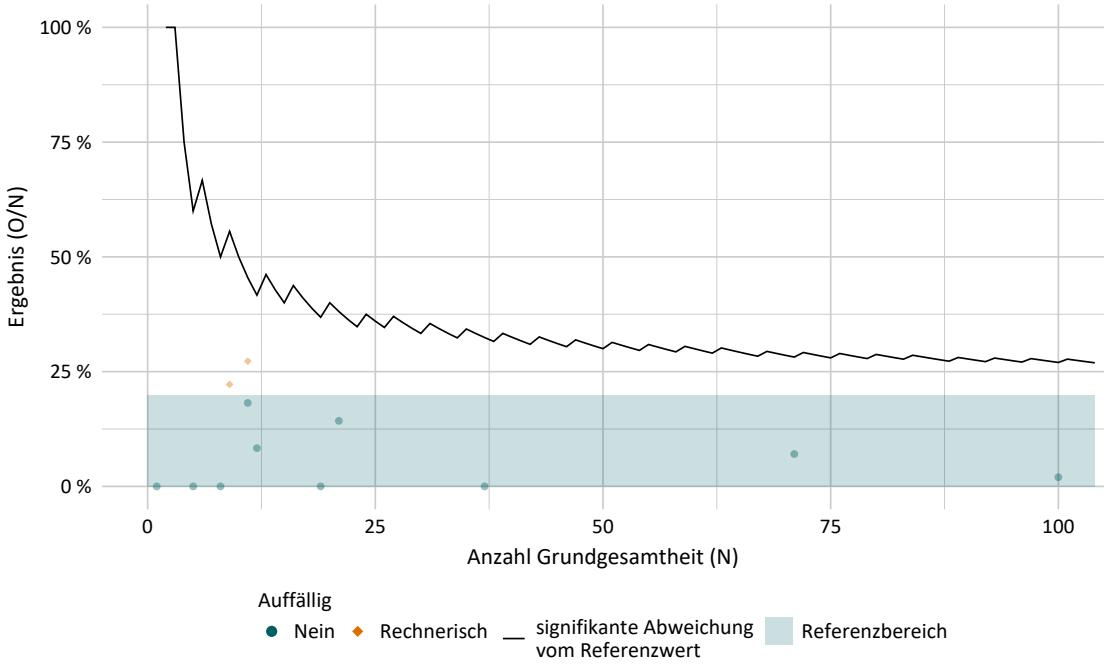
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	11 / 252	4,37	2,45 - 7,65
	2023	20 / 267	7,49	4,90 - 11,29
	2024	18 / 305	5,90	3,77 - 9,13

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	12	2	0,00	27,27	4,52

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 2155** **Sterblichkeit im Krankenhaus**	5,90 % 18/305
1.1.1	davon mit Todesursache	
1.1.1.1	ID: 28_22000 unspezifisches Transplantatversagen (non specific Graft failure)	0,00 % 0/18
1.1.1.2	ID: 28_22001 Infektion	x % ≤3/18
1.1.1.3	ID: 28_22002 kardiovaskuläre Todesursache	x % ≤3/18
1.1.1.4	ID: 28_22003 technische Komplikationen	x % ≤3/18
1.1.1.5	ID: 28_22004 Rejektion (Abstoßungsreaktion)	0,00 % 0/18
1.1.1.6	ID: 28_22005 Multiorganversagen	61,11 % 11/18
1.1.1.7	ID: 28_22006 andere Todesursache	22,22 % 4/18
1.1.2	Verstorbene Patientinnen und Patienten je Transplantationsart	
1.1.2.1	ID: 28_22007 unilaterale Transplantation (SLTx)	x % ≤3/25
1.1.2.2	ID: 28_22008 bilaterale Transplantation (DLTx)	4,69 % 13/277
1.1.2.3	ID: 28_22009 Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	x % ≤3

12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

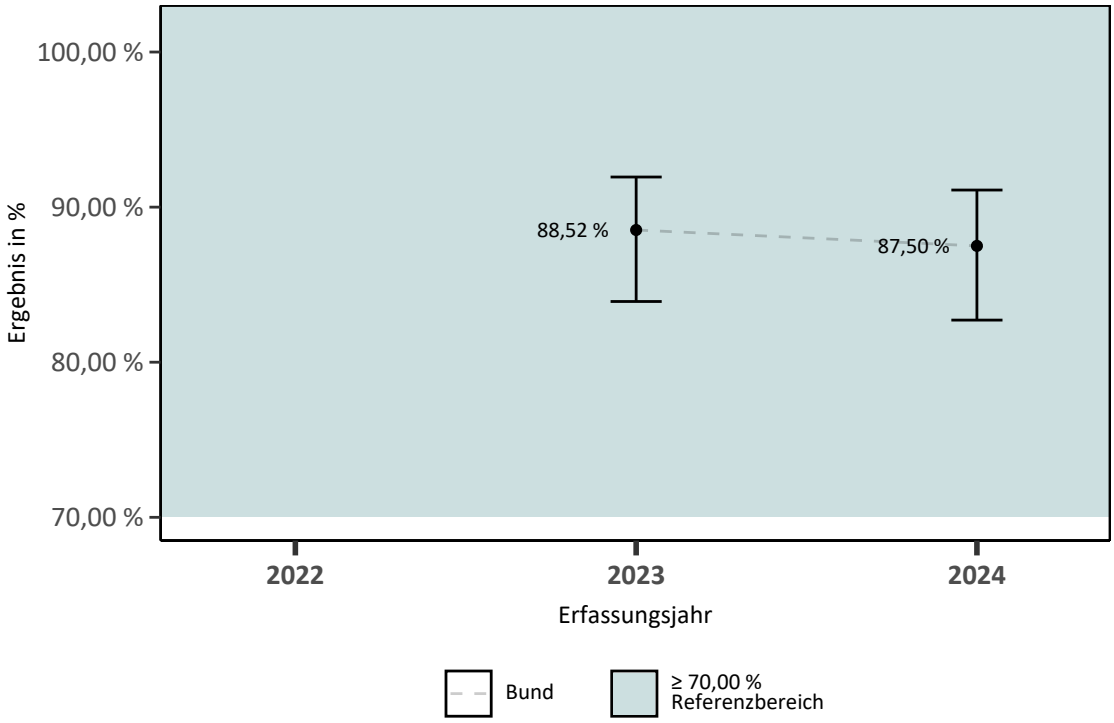
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 70,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

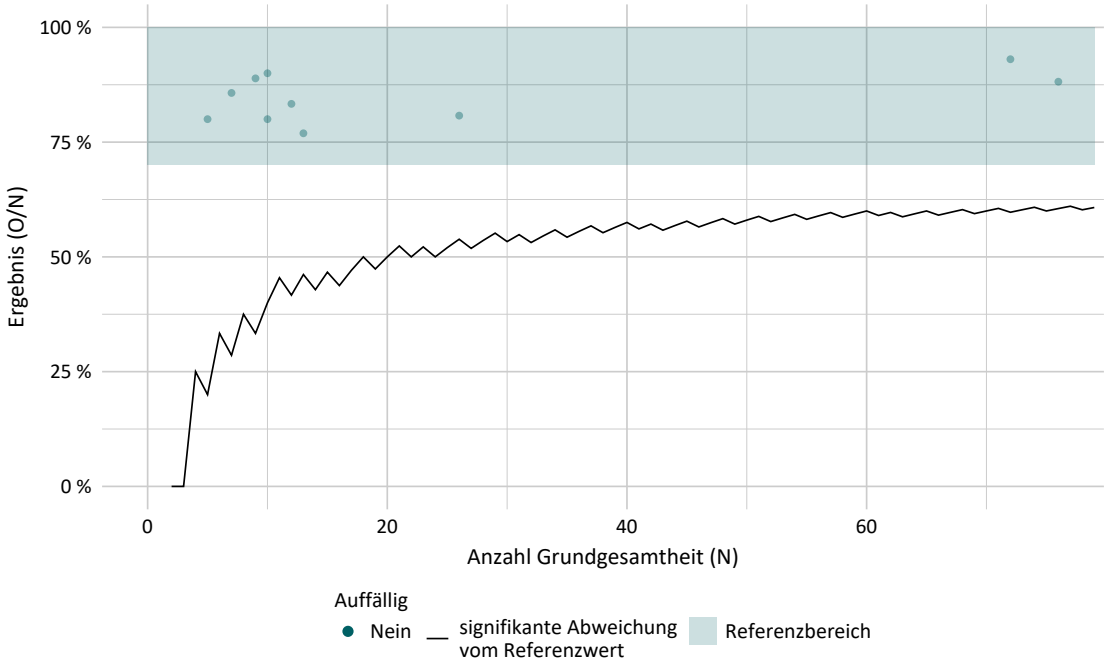
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	216 / 244	88,52	83,91 - 91,94
	2024	210 / 240	87,50	82,72 - 91,10

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	10	0	76,92	93,06	84,52

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 28_22010 Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[1]	100,00 % 246/246
2.1.1	ID: 28_22011 davon lebend entlassen	93,09 % 229/246
2.1.1.1	ID: 28_22012 Status bekannt	97,38 % 223/229
2.1.1.1.1	ID: 28_22013 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	94,17 % 210/223
2.1.1.1.2	ID: 28_22014 verstorben innerhalb von 1 Jahr	5,83 % 13/223
2.1.1.2	ID: 28_22016 Status unbekannt	2,62 % 6/229
2.1.1.3	ID: 28_22017 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	91,70 % 210/229

[1] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
2.2.1	ID: 28_22018 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	93,09 % 229/246
2.2.2	1-Jahres-Überleben	
2.2.2.1	**ID: 12397** **1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	87,50 % 210/240
2.2.2.2	ID: 28_22019 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	87,80 % 216/246

12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

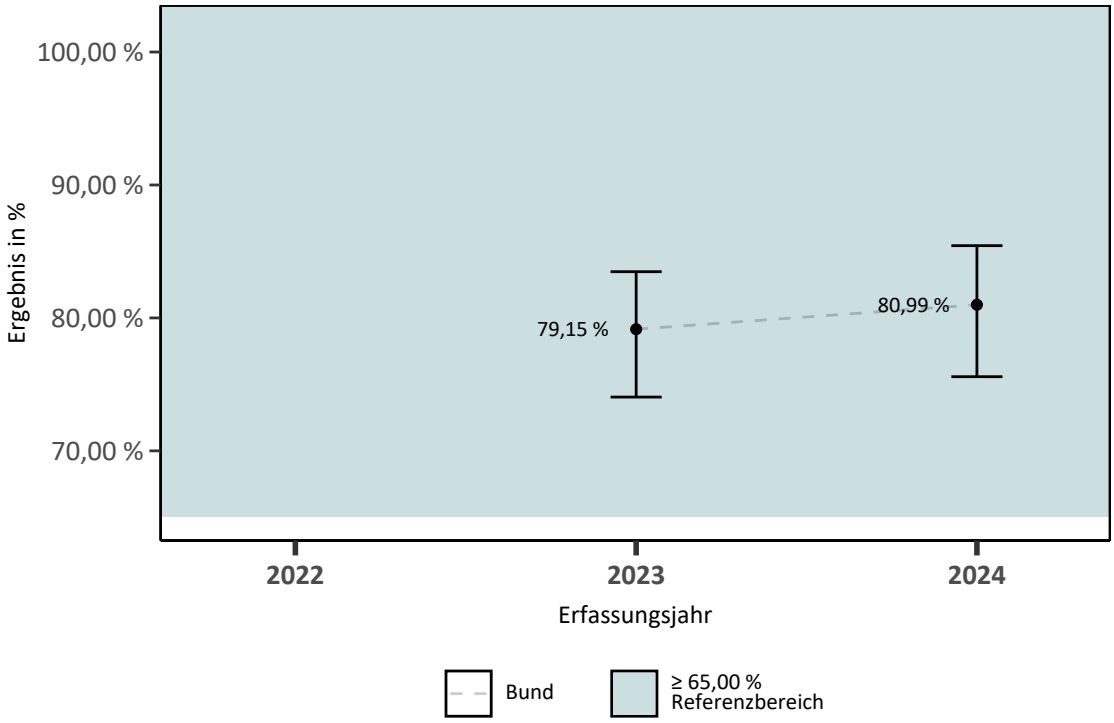
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 65,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

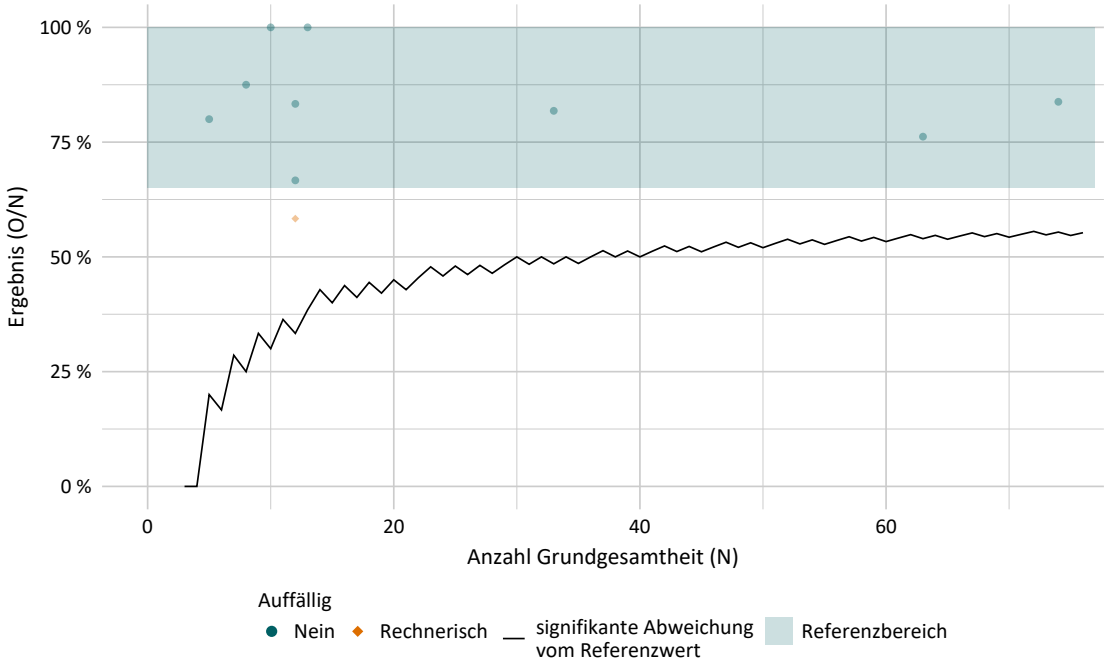
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	224 / 283	79,15	74,04 - 83,48
	2024	196 / 242	80,99	75,58 - 85,44

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	10	1	58,33	100,00	82,58

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 28_22020 Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[2]	99,59 % 243/244
3.1.1	ID: 28_22021 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	86,83 % 211/243
3.1.1.1	ID: 28_22022 Status bekannt	99,53 % 210/211
3.1.1.1.1	ID: 28_22023 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	93,33 % 196/210
3.1.1.1.2	ID: 28_22024 verstorben innerhalb von 2 Jahren	6,67 % 14/210
3.1.1.2	ID: 28_22026 Status unbekannt	x % ≤3/211
3.1.1.3	ID: 28_22027 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	92,89 % 196/211

[2] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 28_22028 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	93,00 % 226/243
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	ID: 28_22029 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	86,83 % 211/243
3.2.2.2	ID: 28_22030 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	86,83 % 211/243
3.2.2.3	ID: 28_22031 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	86,83 % 211/243
3.2.3	2-Jahres-Überleben	
3.2.3.1	**ID: 12413** **2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	80,99 % 196/242
3.2.3.2	ID: 28_22032 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	81,07 % 197/243

12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

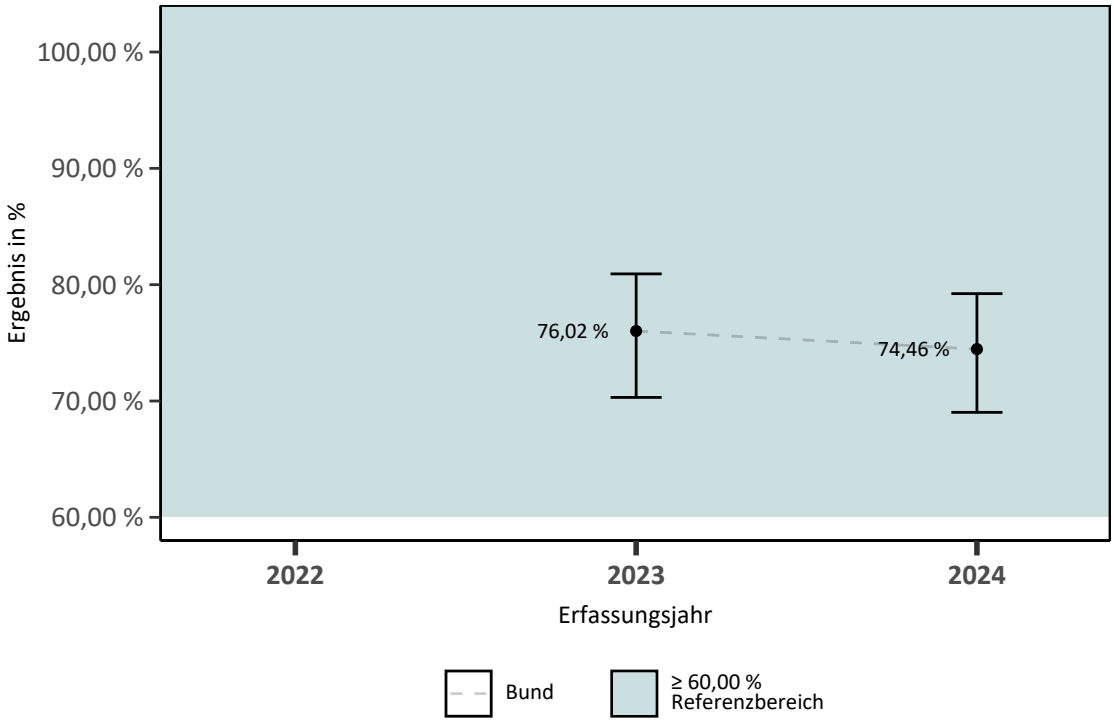
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

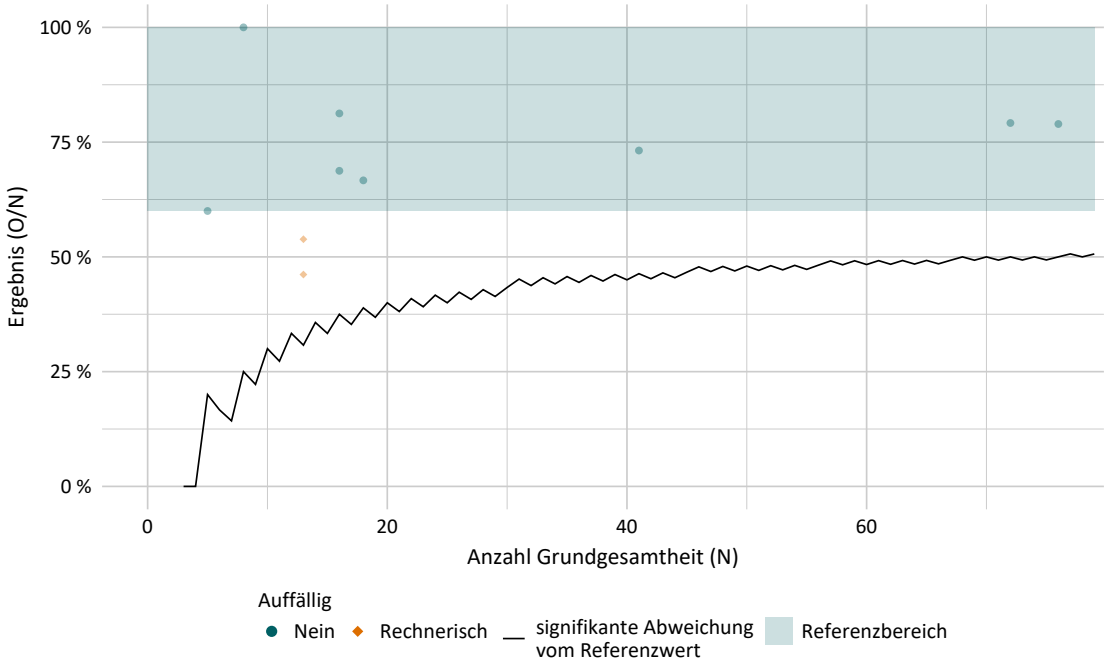
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	187 / 246	76,02	70,31 - 80,93
	2024	207 / 278	74,46	69,02 - 79,23

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	10	2	46,15	100,00	70,96

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 28_22033 Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[3]	98,29 % 287/292
4.1.1	ID: 28_22034 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	79,44 % 228/287
4.1.1.1	ID: 28_22035 Status bekannt	96,05 % 219/228
4.1.1.1.1	ID: 28_22036 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	94,52 % 207/219
4.1.1.1.2	ID: 28_22037 verstorben innerhalb von 3 Jahren	5,48 % 12/219
4.1.1.2	ID: 28_22039 Status unbekannt	3,95 % 9/228
4.1.1.3	ID: 28_22040 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	90,79 % 207/228

[3] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 28_22041 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	91,29 % 262/287
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 28_22042 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	85,21 % 242/284
4.2.2.2	ID: 28_22043 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	85,37 % 245/287
4.2.2.3	ID: 28_22044 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	84,32 % 242/287
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	ID: 28_22045 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	79,08 % 223/282
4.2.3.2	ID: 28_22046 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	79,44 % 228/287

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.3	ID: 28_22047 2-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	77,70 % 223/287
4.2.4	3-Jahres-Überleben	
4.2.4.1	**ID: 12433** **3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	74,46 % 207/278
4.2.4.2	ID: 28_22048 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	75,26 % 216/287

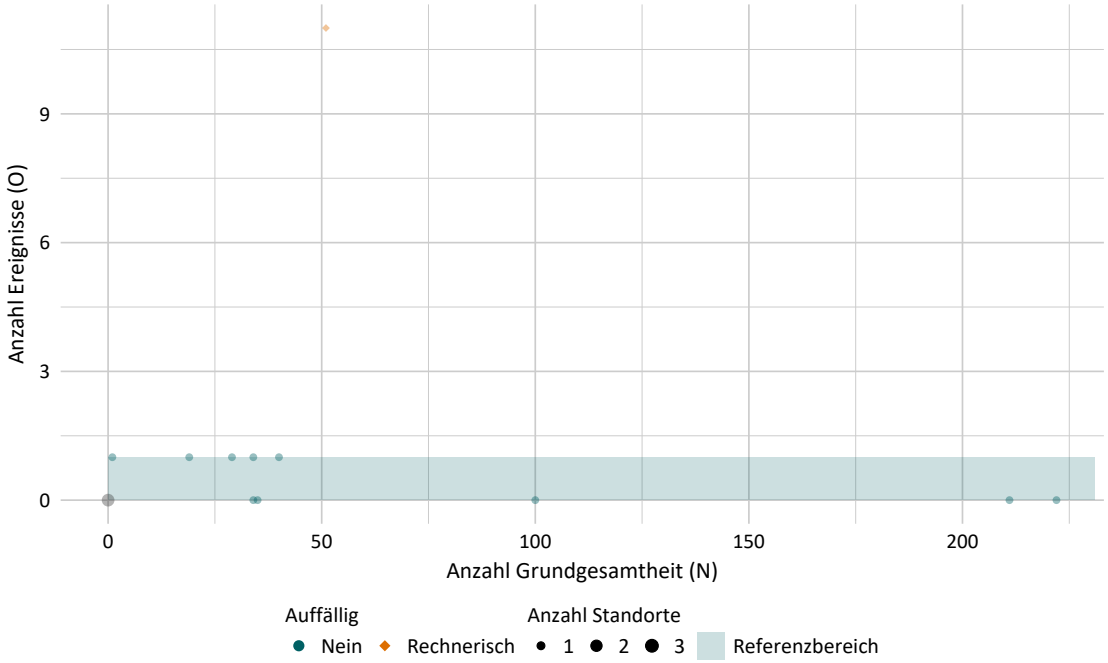
282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 1
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2022**	- / -	-
	2023	10 / 783	10
	2024	16 / 776	16

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



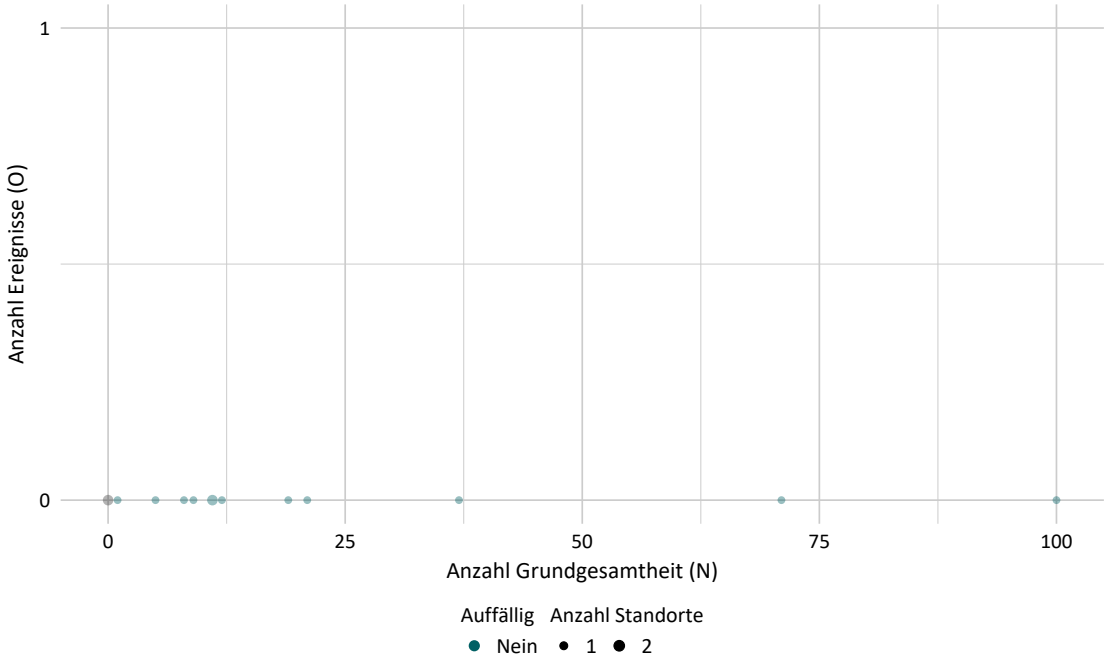
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852314: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-)Sterblichkeits-QIs und –Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus 12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2024 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

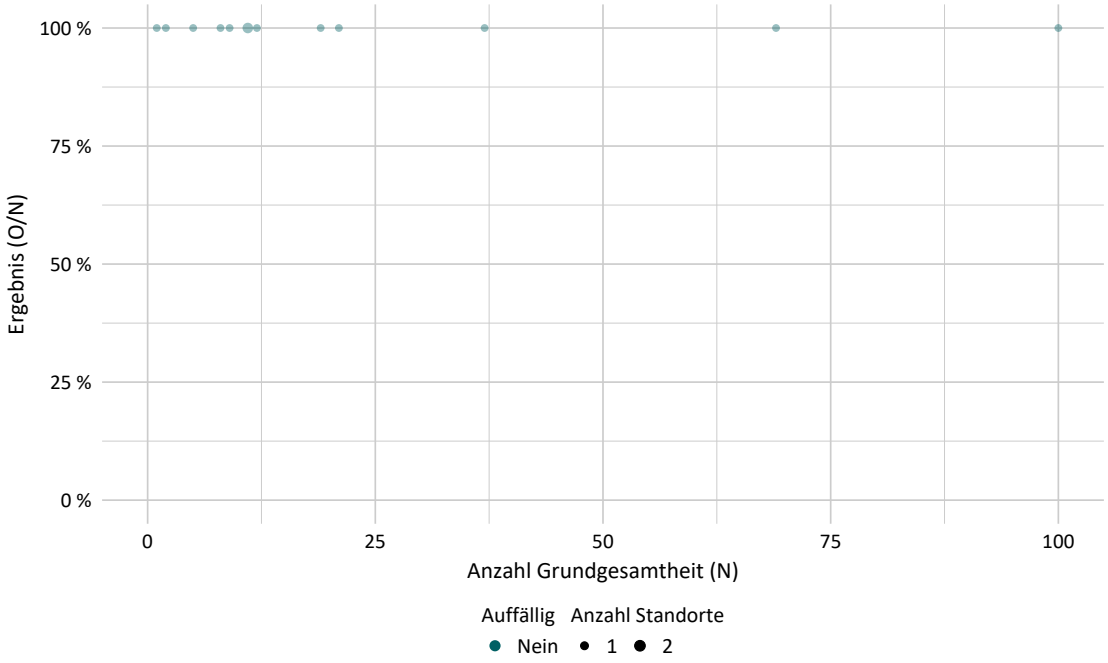
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 305	0,00	0,00 % 0 / 12

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850245: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	13	0	100,00	100,00	100,00

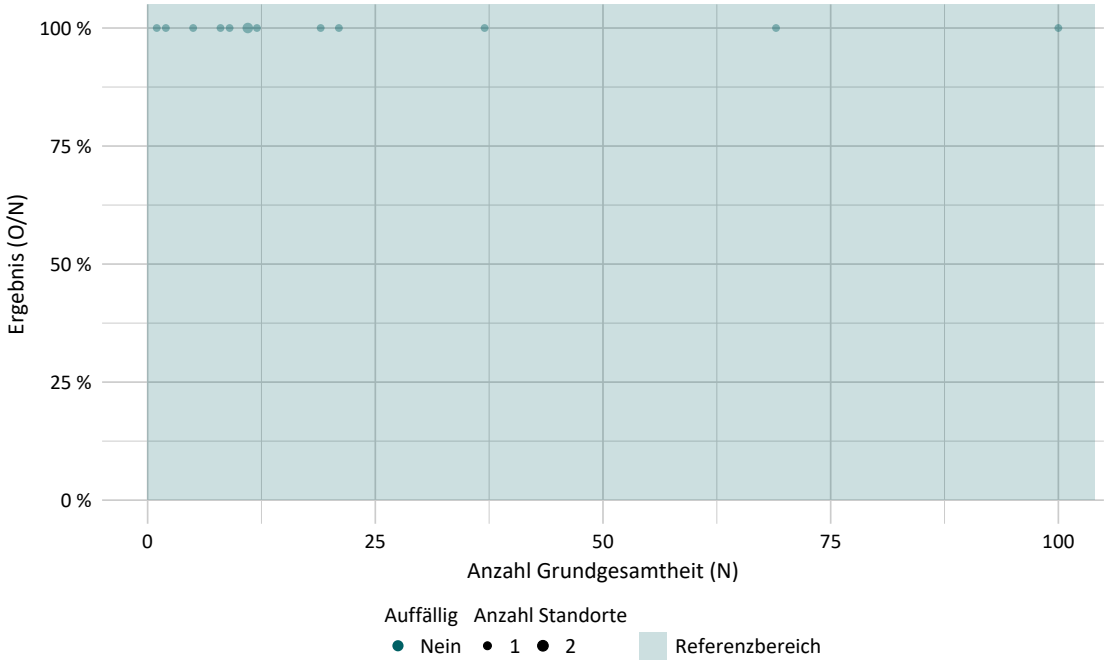
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	305 / 305	100,00	0,00 % 0 / 13

850246: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	13	0	100,00	100,00	100,00

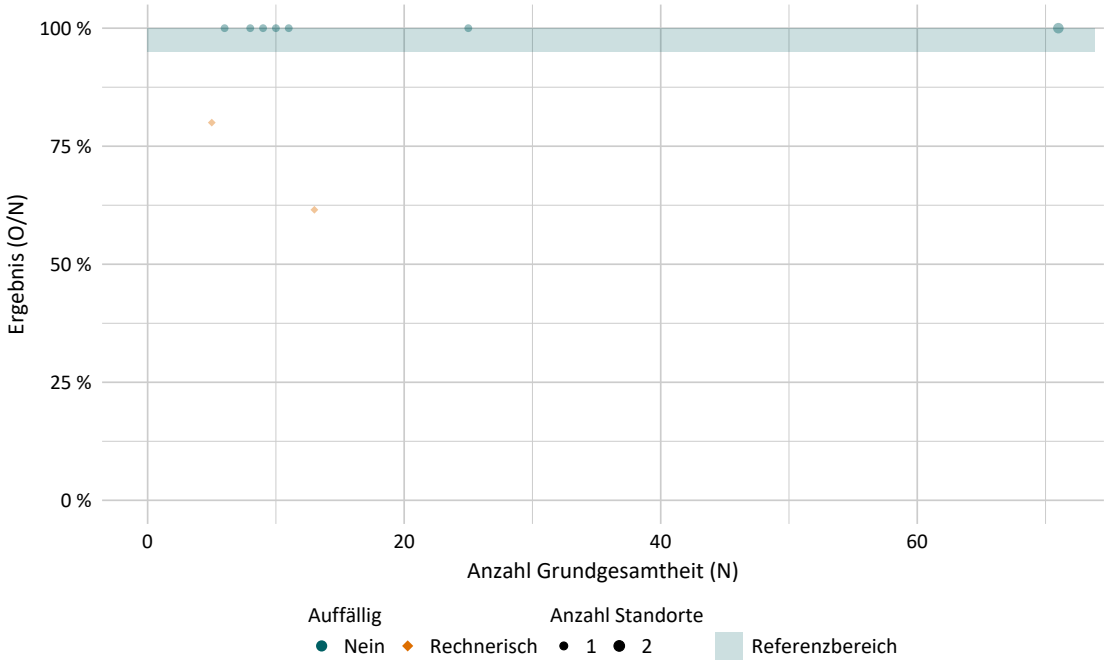
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	305 / 305	100,00	0,00 % 0 / 13

850266: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	10	2	61,54	100,00	100,00

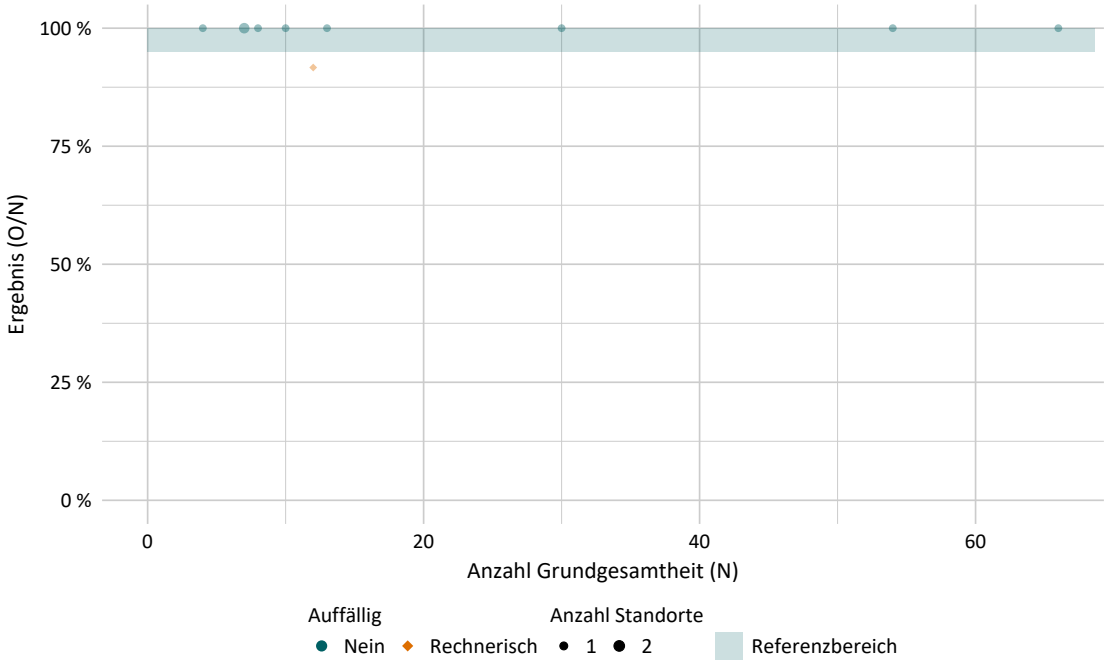
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	223 / 229	97,38	20,00 % 2 / 10

850267: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	10	1	91,67	100,00	100,00

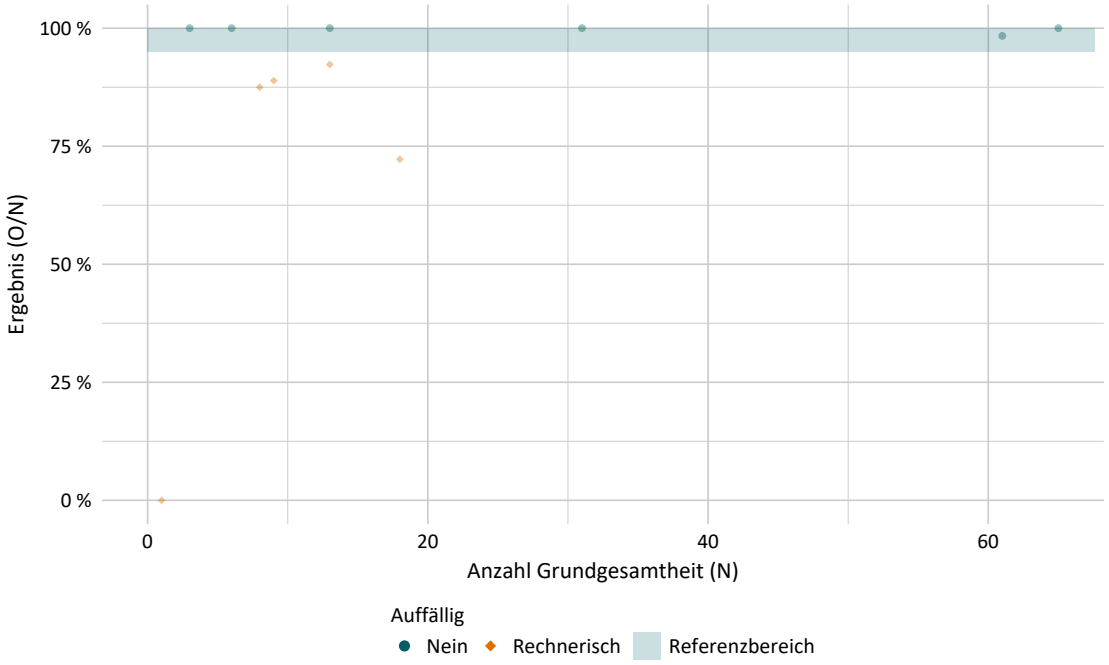
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	210 / 211	99,53	10,00 % 1 / 10

850268: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	11	5	0,00	100,00	98,36

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	218 / 228	95,61	45,45 % 5 / 11

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt) N
Allgemein	
Anzahl Patientinnen und Patienten	292
Anzahl Transplantationen	305

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 292**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	26	8,90
1. Quartal	75	25,68
2. Quartal	67	22,95
3. Quartal	83	28,42
4. Quartal	41	14,04
Entlassungsquartal		
1. Quartal	61	20,89
2. Quartal	72	24,66
3. Quartal	72	24,66
4. Quartal	87	29,79

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 305**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 14 Tage	29	9,51
15 - 28 Tage	99	32,46
29 - 42 Tage	71	23,28
43 - 56 Tage	43	14,10
57 - 70 Tage	20	6,56
71 - 84 Tage	14	4,59
85 - 98 Tage	8	2,62
99 - 112 Tage	6	1,97
113 - 126 Tage	≤3	x
127 - 140 Tage	≤3	x
> 140 Tage	10	3,28

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	305
Minimum	0,00
5. Perzentil	0,00
25. Perzentil	0,00
Median	0,00
Mittelwert	6,38
75. Perzentil	1,00
95. Perzentil	36,40
Maximum	298,00

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	305
Minimum	5,00
5. Perzentil	10,00
25. Perzentil	21,00
Median	30,00
Mittelwert	38,23
75. Perzentil	47,00
95. Perzentil	98,10
Maximum	242,00
Gesamtverweildauer (Tage)[6]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	305
Minimum	5,00
5. Perzentil	10,00
25. Perzentil	22,00
Median	33,00
Mittelwert	44,61
75. Perzentil	51,00
95. Perzentil	115,10
Maximum	361,00

[4] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

[5] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

[6] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Basisdaten Empfängerin und Empfänger

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 292**	
Geschlecht		
(1) männlich	175	59,93
(2) weiblich	117	40,07
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 292**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	≤3	x
1 - 9 Jahre	4	1,37
10 - 19 Jahre	6	2,05
20 - 29 Jahre	10	3,42
30 - 39 Jahre	16	5,48
40 - 49 Jahre	26	8,90
50 - 59 Jahre	105	35,96
60 - 69 Jahre	123	42,12
70 - 79 Jahre	≤3	x
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	292
Minimum	0,00
5. Perzentil	22,65
25. Perzentil	51,00
Mittelwert	53,84
Median	58,00
75. Perzentil	62,00
95. Perzentil	67,00
Maximum	73,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 292**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	40	13,70
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	136	46,58
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	101	34,59
Adipositas (≥ 30)	15	5,14

Befunde Empfängerin und Empfänger

Grunderkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 292**	
Grunderkrankung		
(1) obstruktive Lungenerkrankungen	119	40,75
(2) restriktive Lungenerkrankungen	110	37,67
(3) pulmonale Hypertension	14	4,79
(4) zystische Fibrose	10	3,42
(9) andere	39	13,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 292**	
Blutgruppe		
A	135	46,23
B	39	13,36
0	100	34,25
AB	18	6,16

Risikoprofil

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 292**	
Dringlichkeit		
(1) High Urgency	≤3	x
(2) elektiv	0	0,00
Andere thorakale Voroperation		
(0) nein	238	81,51
(1) ja	54	18,49
Beatmung präoperativ		
(0) nein	200	68,49
(1) nicht-invasive Beatmung	68	23,29
(2) invasive Beatmung	4	1,37
(3) extrakorporale Membranoxygenation (ECMO,ECLA)	20	6,85

Immunsuppression initial

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 292**	
Induktionstherapie		
(0) nein	191	65,41
(1) ATG	42	14,38
(2) OKT3	0	0,00
(3) IL2-Rezeptor-Antagonist	54	18,49
(9) Andere	5	1,71

Immunsuppression initial

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 292**	
Immunsuppression[7]		
Cyclosporin	21	7,19
Tacrolimus	269	92,12
Azathioprin	20	6,85
Mycophenolat	217	74,32
Steroide	291	99,66
m-ToR-Inhibitor	≤3	x
andere	≤3	x

[7] Mehrfachnennung möglich

Transplantationsdaten / Spenderdaten

Spenderalter

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 305**	
Altersverteilung (in Jahren)		
< 20 Jahre	30	9,84
20 - 29 Jahre	40	13,11
30 - 39 Jahre	44	14,43
40 - 49 Jahre	48	15,74
50 - 59 Jahre	63	20,66
60 - 69 Jahre	60	19,67
70 - 79 Jahre	19	6,23
≥ 80 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Verteilung der Beatmungsdauer (Stunden)	
Anzahl Transplantationen mit Angaben zur Beatmungsdauer von ≥ 0 Sunden bis ≤ 999 Stunden	299
Median	76,00
Mittelwert	108,42

Einsatz eines Perfusionssystems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 305**	
Einsatz eines Perfusionssystems		
(0) nein	271	88,85
(1) ja, hypotherm	≤3	x
(2) ja, normotherm	≤3	x
(3) ja, hypotherm und normotherm	0	0,00

Transplantation

Organqualität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 305**	
Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme		
(1) gut	272	89,18
(2) mittel	33	10,82
(3) schlecht	0	0,00

Transplantationsart

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 305**	
Transplantationsart		
(1) unilaterale Transplantation (SLTx)	25	8,20
(2) bilaterale Transplantation (DLTx)	277	90,82
(3) Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	≤3	x
Simultane Operationen		
(0) keine	303	99,34
(1) weitere Transplantation	≤3	x
(2) kardialer Eingriff	≤3	x
(3) kontralateraler Lungeneingriff	0	0,00

Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Ischämiezeit rechte Lunge (Minuten)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten ≥ 0 Minuten bis ≤ 9999 Minuten	290
Median	336,50
Mittelwert	352,94
Ischämiezeit linke Lunge (Minuten)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten ≥ 0 Minuten bis ≤ 9999 Minuten	295
Median	415,00
Mittelwert	419,80

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 305**	
OPS[8]		
(5-335.2*) Lungentransplantation: Transplantation	302	99,02
(5-335.3*) Lungentransplantation: Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-375.2) Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)	≤3	x
(5-375.4) Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00

[8] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 305**	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	305	100,00
(1) ja	0	0,00

	Bund (gesamt)
Abstand zwischen Aufnahmedatum Krankenhaus und Datum der letzten Transplantation (Jahre)	
Anzahl Transplantationen bei Patientinnen und Patienten mit vorangegangener Transplantation	11
Median	6,21
Mittelwert	7,82

Entlassung Empfängerin und Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 292**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	68	23,29
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	0	0,00
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	63	21,58
(07) Tod	17	5,82
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[9]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	140	47,95
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[10]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[11]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 292**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[12]		
(1) ja	0	0,00

[9] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[10] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[11] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[12] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Immunsuppression bei Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebend entlassene Patientinnen und Patienten	**N = 275**	
Immunsuppression[13]		
Cyclosporin	17	6,18
Tacrolimus	258	93,82
Azathioprin	16	5,82
Mycophenolat	257	93,45
Steroide	275	100,00
m-ToR-Inhibitor	≤3	x
andere	0	0,00

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebend entlassene Patientinnen und Patienten	**N = 275**	
Patientin oder Patient bei Entlassung tracheotomiert		
ja	38	13,82
nein	237	86,18

	Bund (gesamt)
FEV1 (prädiktiver Wert in %)	
Anzahl lebend und ohne Tracheotomie entlassene Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0 und < 999	211
Median	65,00
Mittelwert	64,70

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebend und ohne Tracheotomie entlassene Patientinnen und Patienten	**N = 237**	
FEV1 Messung nicht möglich		
(1) ja	26	10,97

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 17**	
Todesursache		
(1) unspezifisches Transplantatversagen (non specific Graft failure)	0	0,00
(2) Infektion	≤3	x
(3) kardiovaskulär	≤3	x
(4) technische Komplikationen	≤3	x
(5) Rejektion	0	0,00
(6) Multiorganversagen	11	64,71
(9) andere	≤3	x

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-LTX: Lebertransplantationen

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Lebertransplantationen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 9

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 10

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 12

2097: Tod durch operative Komplikationen 12

2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 15

12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 18

Details zu den Ergebnissen 21

12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 22

Details zu den Ergebnissen 25

12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 26

Details zu den Ergebnissen 29

272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation 31

2133: Postoperative Verweildauer 33

272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation 36

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 39

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 39

852313: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen 39

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 41

850243: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 41

850244: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 43

850263: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 45

850264: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 47

850265: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 49

Basisauswertung 51

Allgemeine Daten ... 51
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 52
Basisdaten Empfängerin und Empfänger ... 55
Geschlecht ... 55
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag ... 55
Body Mass Index (BMI) ... 56
Befunde Empfängerin und Empfänger ... 57
Indikation zur Lebertransplantation ... 58
Dringlichkeit der Transplantation ... 58
MELD-Score (Model for End-stage Liver Disease) ... 59
Verteilung MELD-Score (match MELD ≤ MELD-Score) ... 61
Verteilung MELD-Score (match MELD > MELD-Score) ... 63
Basisdaten Spenderin und Spender ... 65
Spendertyp ... 65
Alter der Spenderinnen und Spender ... 65
Einsatz eines Perfusionssystems ... 66
Transplantation ... 67
Typ des Leberspenderorgans ... 67
Operation (nach OPS) ... 67
HCC ... 68
Postoperativer Verlauf ... 70
Entlassung Empfängerin und Empfänger ... 71
Todesursache ... 73

Einleitung

Die Leber ist das bedeutendste Organ für den menschlichen Stoffwechsel. Patientinnen und Patienten mit chronischem oder akutem Leberversagen können nur durch eine Transplantation überleben.

Die Transplantationszentren sind seit 2006 zur Teilnahme an der externen stationären Qualitätssicherung für den Leistungsbereich Lebertransplantation verpflichtet. Die Qualitätsindikatoren im Leistungsbereich der Lebertransplantationen beziehen sich auf schwere Komplikationen, die Verweildauer und die Sterblichkeit im Krankenhaus sowie auf die Überlebensraten in der langfristigen Nachbeobachtung.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Lebertransplantation (TX-LTX) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	849 849 0	848	100,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	20		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	21	21	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	20	20	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2097	Tod durch operative Komplikationen	≤ 5,00 %	0,72 % O = 6 N = 832
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 20,00 %	10,70 % O = 89 N = 832
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 70,00 %	85,98 % O = 644 N = 749
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 72,59 % (10. Perzentil)	81,83 % O = 527 N = 644
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 62,82 % (10. Perzentil)	77,33 % O = 532 N = 688
272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation	≤ 1	0,04 O = 84 N = 2.165
2133	Postoperative Verweildauer	≤ 30,00 %	24,41 % O = 185 N = 758
272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	≤ 68,33 % (90. Perzentil)	47,12 % O = 392 N = 832

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852313	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen	= 0	0,00 1 / 849	5,00 % 1 / 20

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,12 % 849 / 848	0,00 % 0 / 21
850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,12 % 849 / 848	0,00 % 0 / 21
850263	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	94,52 % 673 / 712	28,57 % 6 / 21
850264	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	95,80 % 547 / 571	23,81 % 5 / 21
850265	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	94,79 % 546 / 576	28,57 % 6 / 21

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2097: Tod durch operative Komplikationen

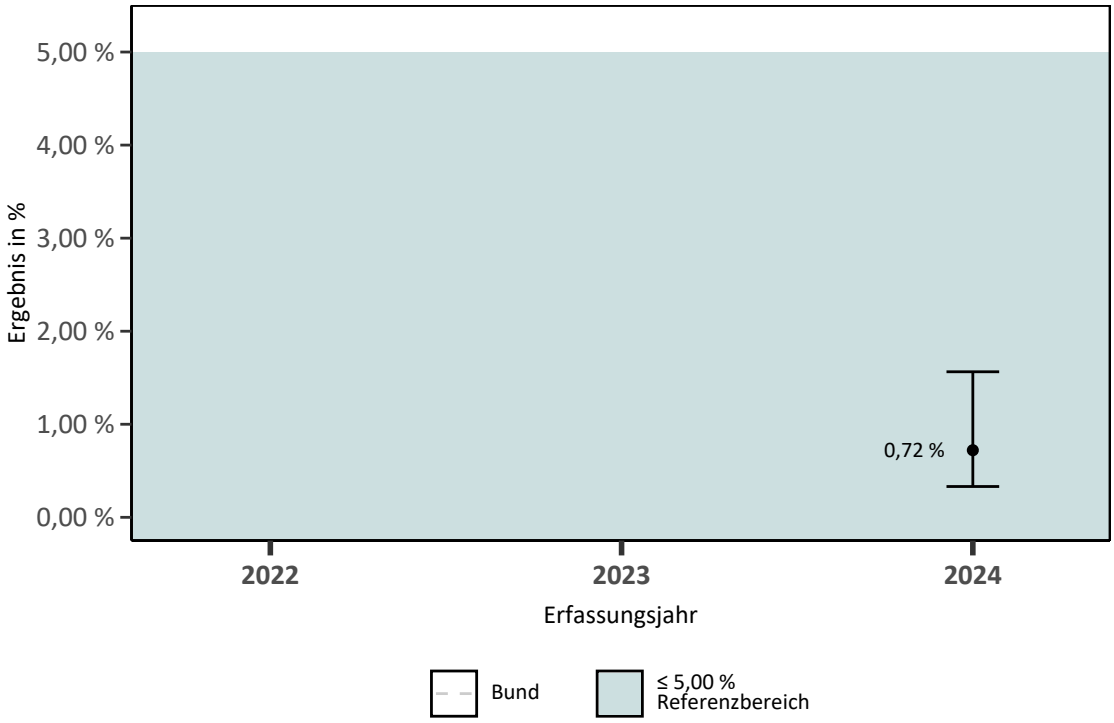
Qualitätsziel	Selten Todesfälle am Tag oder am Folgetag der Transplantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Lebertransplantationen aller Aufenthalte, die keine Multiviszeraltransplantation sind
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient am Tag oder am Folgetag des Eingriffs verstarb
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

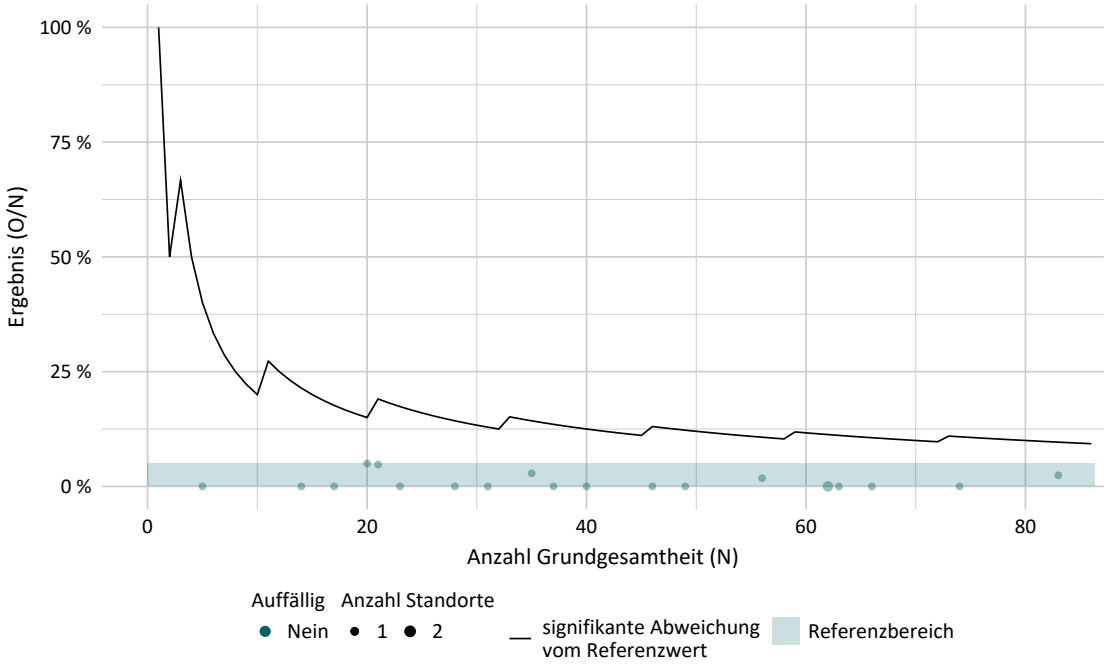
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	5 / 717	0,70	0,30 - 1,62
	2023	6 / 828	0,72	0,33 - 1,57
	2024	6 / 832	0,72	0,33 - 1,56

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	0	0,00	5,00	0,00

2096: Sterblichkeit im Krankenhaus

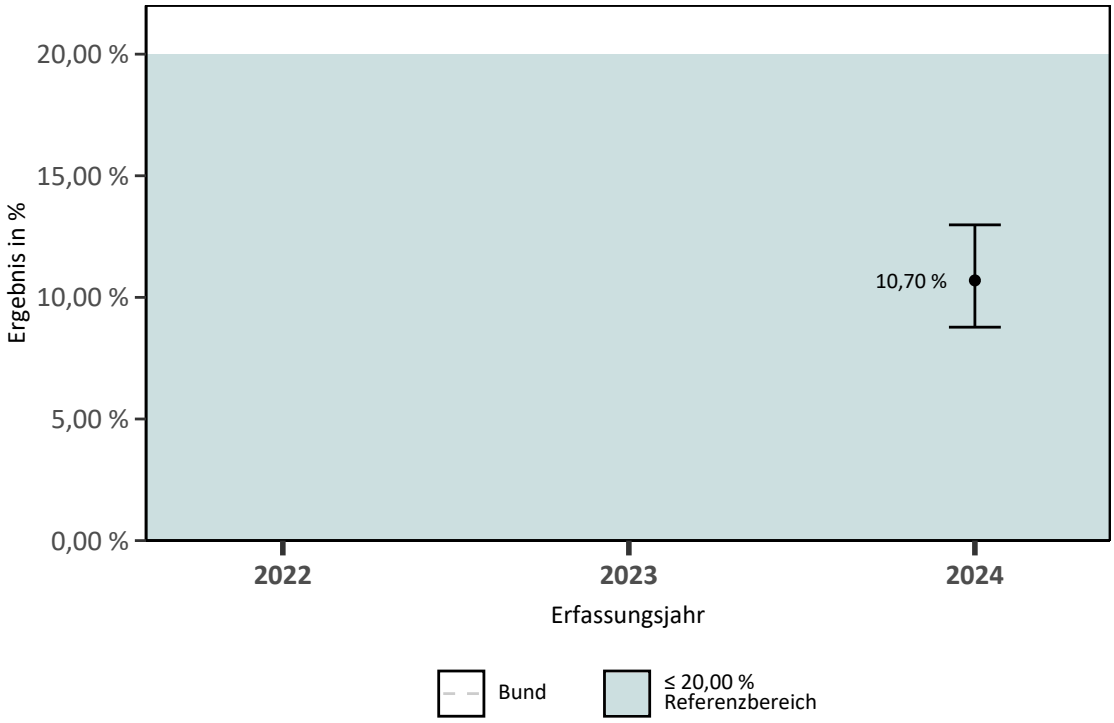
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Lebertransplantationen aller Aufenthalte, die keine Multiviszeraltransplantation sind.
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

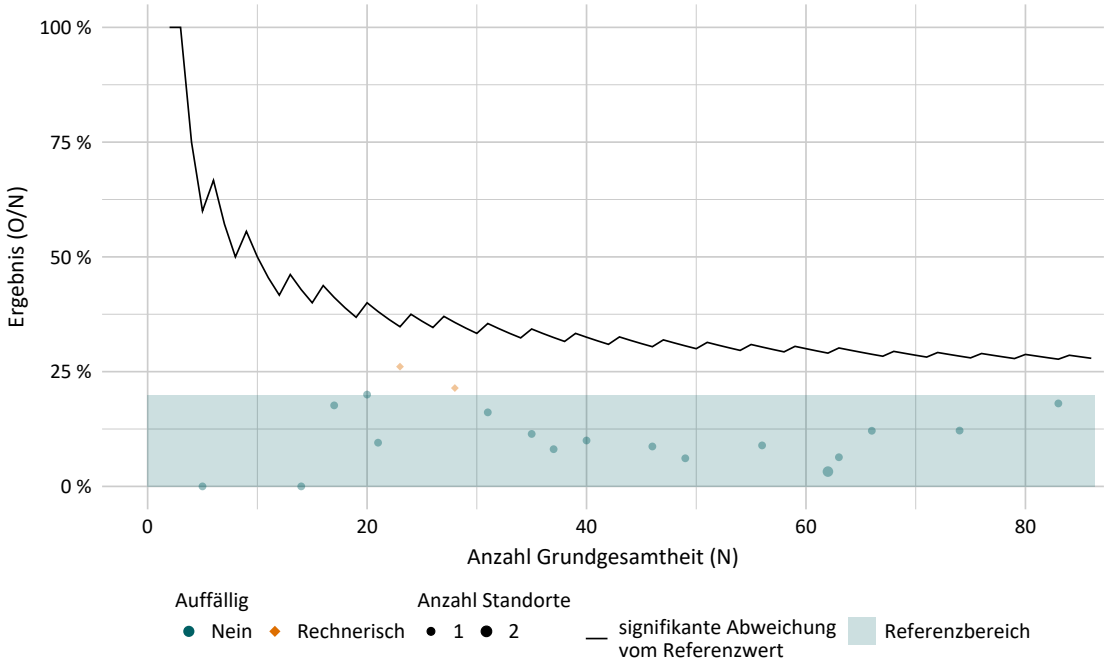
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	72 / 717	10,04	8,05 - 12,46
	2023	75 / 828	9,06	7,29 - 11,21
	2024	89 / 832	10,70	8,77 - 12,98

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	2	0,00	26,09	9,76

12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

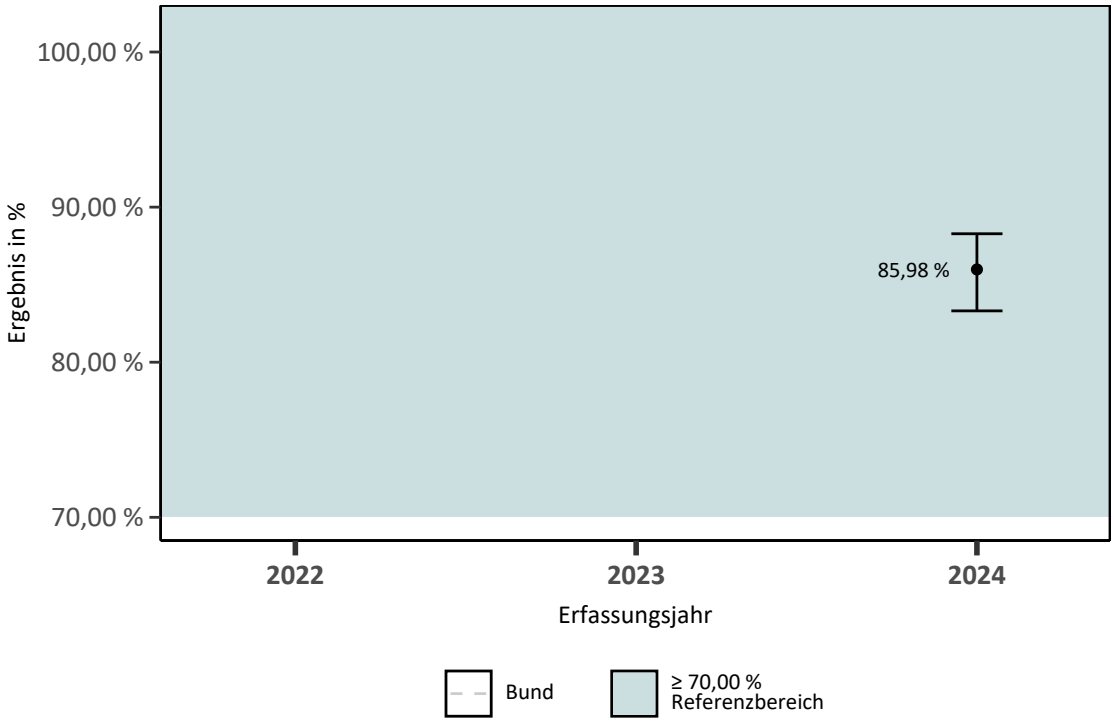
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und ohne dokumentierten Abbruch der Transplantation. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen. Multiviszeraltransplantationen werden hier im Follow-up ebenfalls ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 70,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

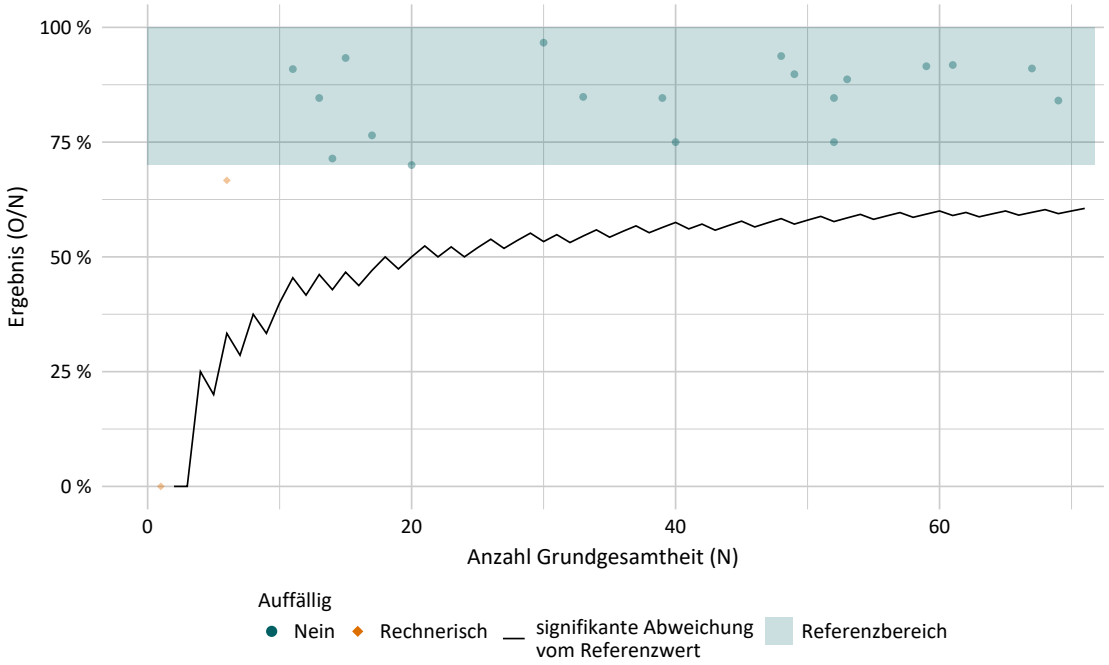
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	545 / 638	85,42	82,47 - 87,95
	2024	644 / 749	85,98	83,31 - 88,28

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	2	0,00	96,67	84,62

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 27_22001 Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[1]	99,11 % 780/787
3.1.1	ID: 27_22002 davon lebend entlassen	91,28 % 712/780
3.1.1.1	ID: 27_22003 Status bekannt	95,65 % 681/712
3.1.1.1.1	ID: 27_22004 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	94,57 % 644/681
3.1.1.1.2	ID: 27_22005 verstorben innerhalb von 1 Jahr	5,43 % 37/681
3.1.1.2	ID: 27_22007 Status unbekannt	4,35 % 31/712
3.1.1.3	ID: 27_22008 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	90,45 % 644/712

[1] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 27_22009 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	91,28 % 712/780
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	**ID: 12349** **1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	85,98 % 644/749
3.2.2.2	ID: 27_22010 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	86,54 % 675/780

12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

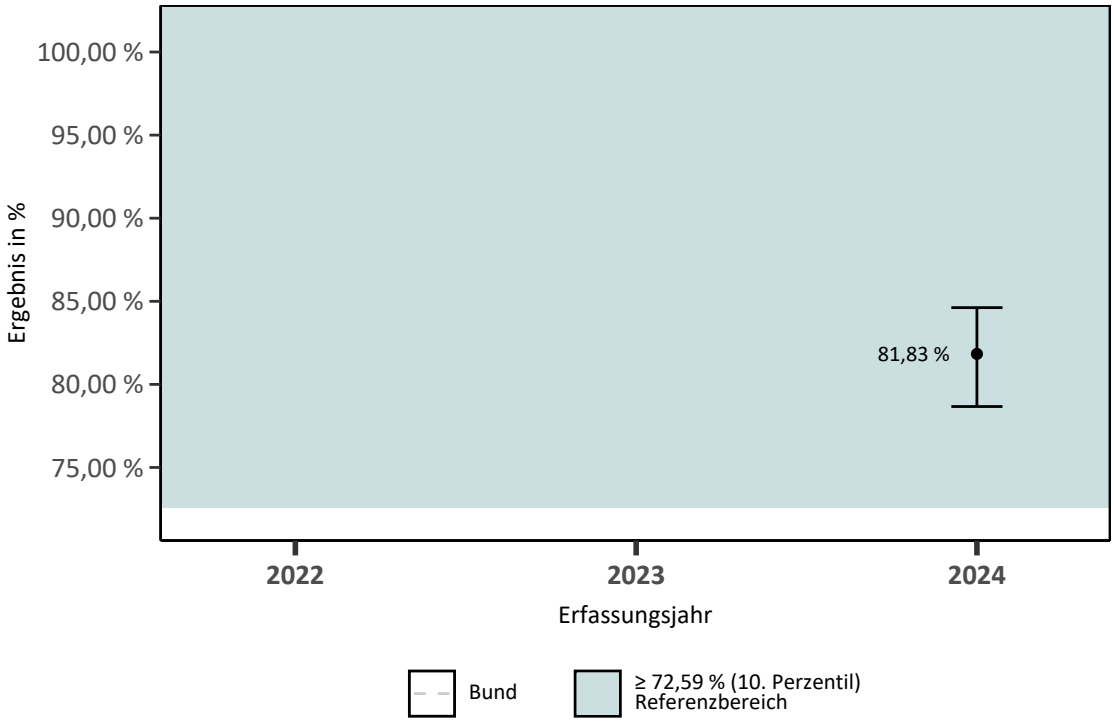
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und ohne dokumentierten Abbruch der Transplantation. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen. Multiviszeraltransplantationen werden hier im Follow-up ebenfalls ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 72,59 % (10. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

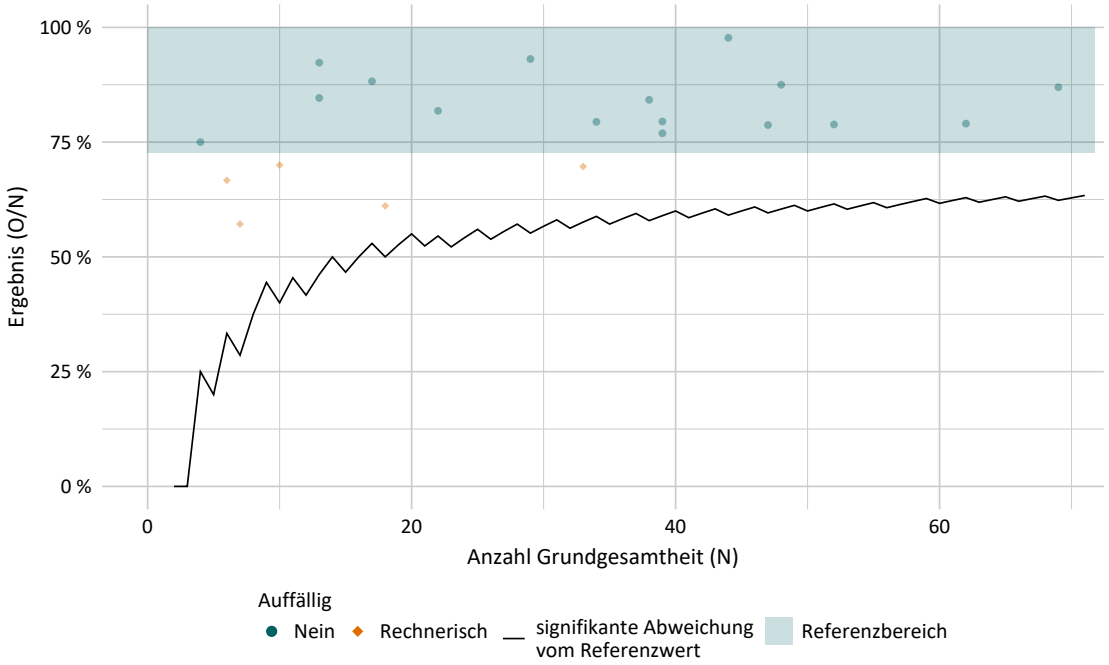
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	550 / 694	79,25	76,08 - 82,10
	2024	527 / 644	81,83	78,67 - 84,62

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	5	57,14	97,73	79,41

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 27_22011 Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[2]	98,09 % 666/679
4.1.1	ID: 27_22012 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	85,74 % 571/666
4.1.1.1	ID: 27_22013 Status bekannt	96,15 % 549/571
4.1.1.1.1	ID: 27_22014 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	95,99 % 527/549
4.1.1.1.2	ID: 27_22015 verstorben innerhalb von 2 Jahren	4,01 % 22/549
4.1.1.2	ID: 27_22017 Status unbekannt	3,85 % 22/571
4.1.1.3	ID: 27_22018 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	92,29 % 527/571

[2] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 27_22019 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	90,09 % 600/666
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 27_22020 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	85,54 % 562/657
4.2.2.2	ID: 27_22021 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	85,74 % 571/666
4.2.2.3	ID: 27_22022 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	84,38 % 562/666
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	**ID: 12365** **2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	81,83 % 527/644
4.2.3.2	ID: 27_22023 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	82,43 % 549/666

12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

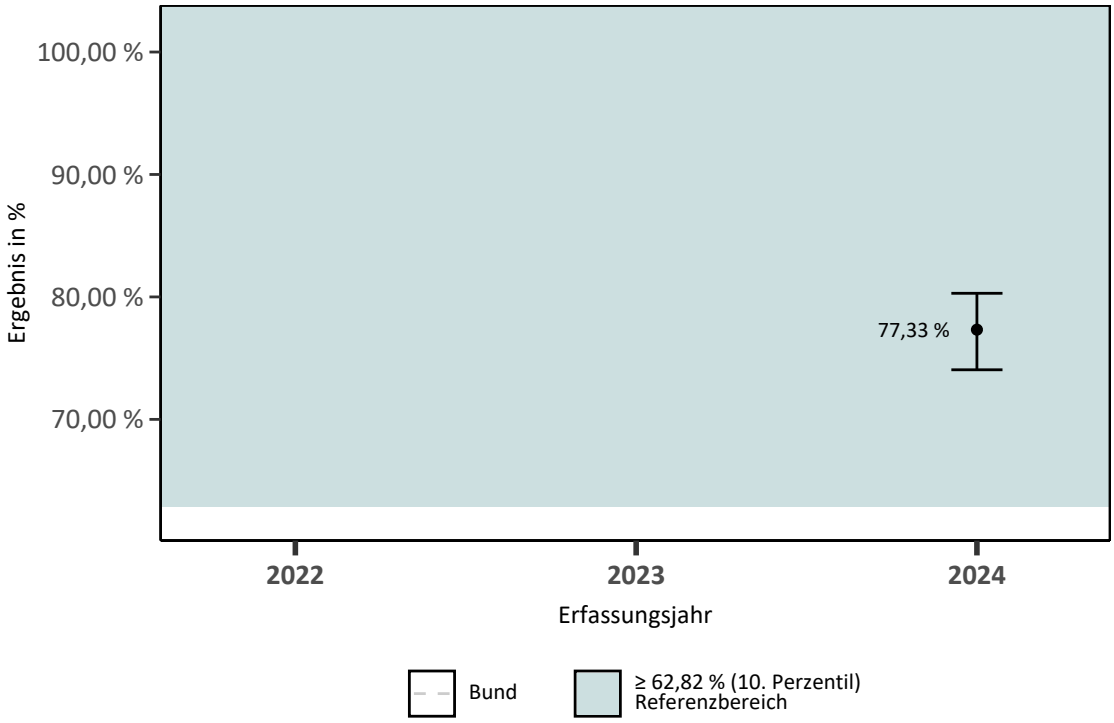
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und ohne dokumentierten Abbruch der Transplantation. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen. Multiviszeraltransplantationen werden hier im Follow-up ebenfalls ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 62,82 % (10. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

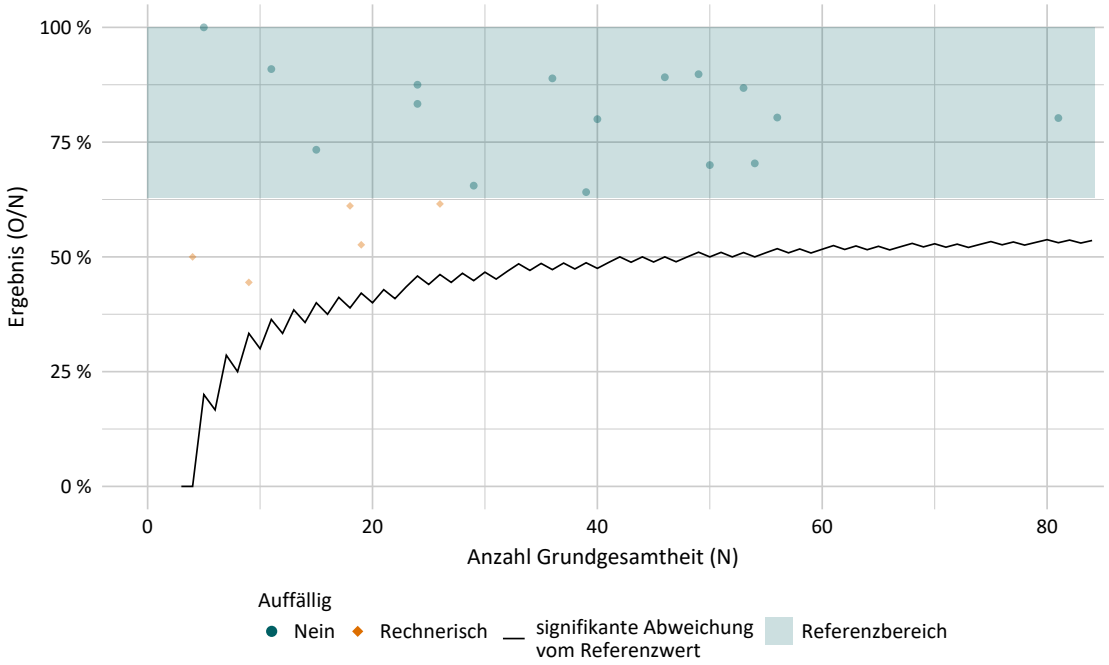
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	383 / 510	75,10	71,17 - 78,65
	2024	532 / 688	77,33	74,05 - 80,30

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	5	44,44	100,00	80,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 27_22024 Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde[3]	98,09 % 719/733
5.1.1	ID: 27_22025 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	80,11 % 576/719
5.1.1.1	ID: 27_22026 Status bekannt	94,62 % 545/576
5.1.1.1.1	ID: 27_22027 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	97,61 % 532/545
5.1.1.1.2	ID: 27_22028 verstorben innerhalb von 3 Jahren	2,39 % 13/545
5.1.1.2	ID: 27_22030 Status unbekannt	5,38 % 31/576
5.1.1.3	ID: 27_22031 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	92,36 % 532/576

[3] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
5.2.1	ID: 27_22032 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	88,32 % 635/719
5.2.2	1-Jahres-Überleben	
5.2.2.1	ID: 27_22033 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	82,74 % 580/701
5.2.2.2	ID: 27_22034 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	83,17 % 598/719
5.2.2.3	ID: 27_22035 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	80,67 % 580/719
5.2.3	2-Jahres-Überleben	
5.2.3.1	ID: 27_22036 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	79,57 % 557/700
5.2.3.2	ID: 27_22037 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	80,11 % 576/719

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.3.3	ID: 27_22038 2-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	77,47 % 557/719
5.2.4	3-Jahres-Überleben	
5.2.4.1	**ID: 12385** **3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	77,33 % 532/688
5.2.4.2	ID: 27_22039 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	78,30 % 563/719

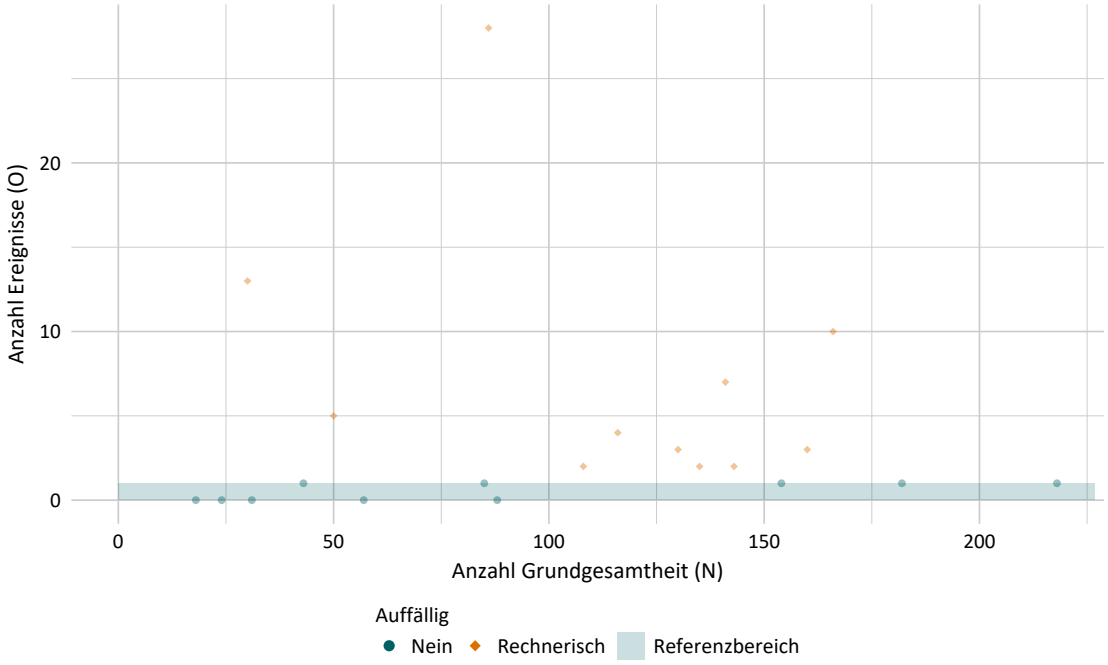
272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen. Multiviszeraltransplantationen werden hier im Follow-up ebenfalls ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 1
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2022**	- / -	-
	2023	77 / 1.919	77
	2024	84 / 2.165	84

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



2133: Postoperative Verweildauer

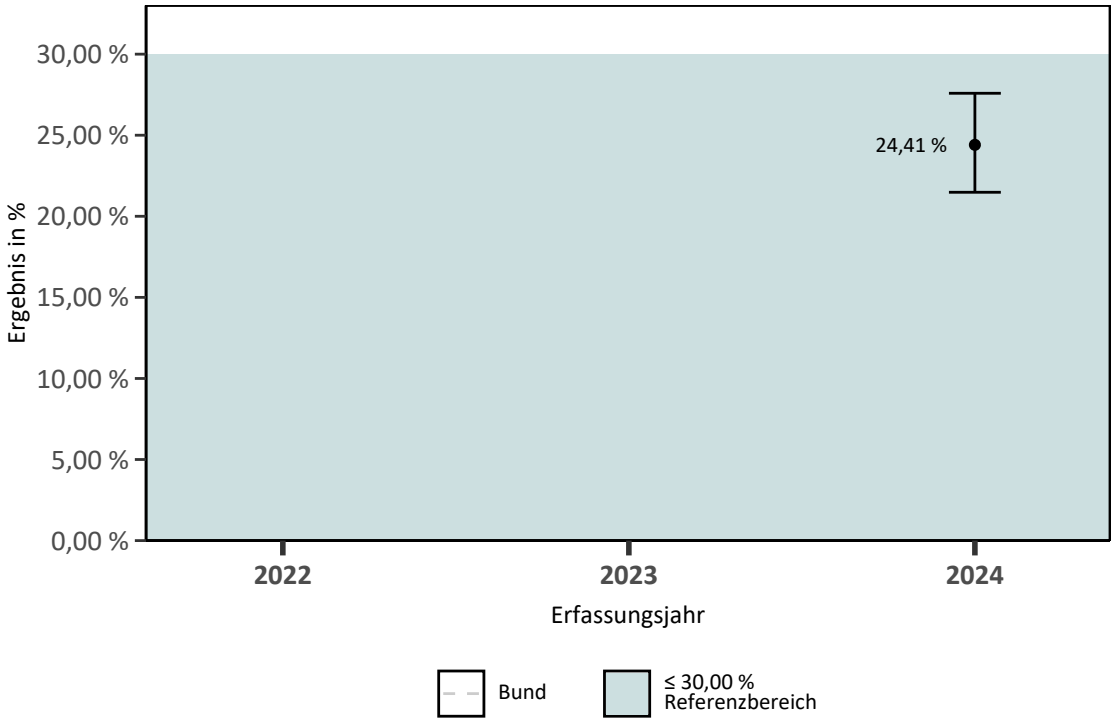
Qualitätsziel	Möglichst geringe postoperative Verweildauer
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Lebertransplantationen aller Aufenthalte bei Patientinnen und Patienten mit einem Alter ab 7 Jahren, die keine Multiviszeraltransplantation sind
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient eine postoperative Verweildauer oberhalb des 75. Perzentils hatte
Referenzbereich	≤ 30,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

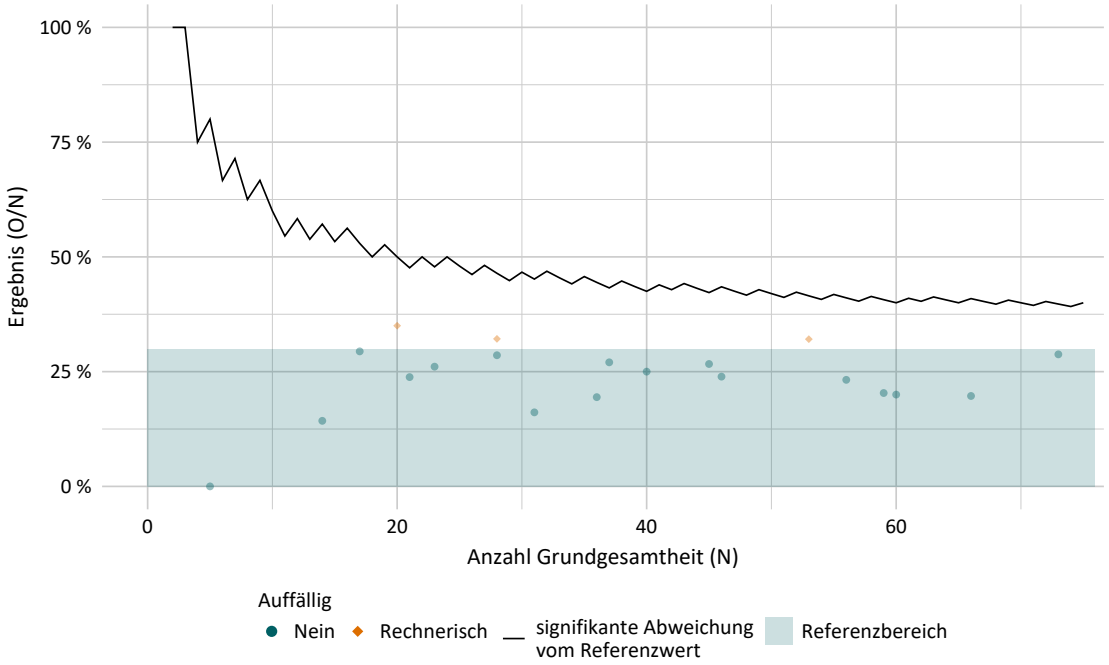
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	155 / 658	23,56	20,47 - 26,95
	2023	188 / 762	24,67	21,74 - 27,85
	2024	185 / 758	24,41	21,48 - 27,59

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	3	0,00	35,00	24,46

272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation

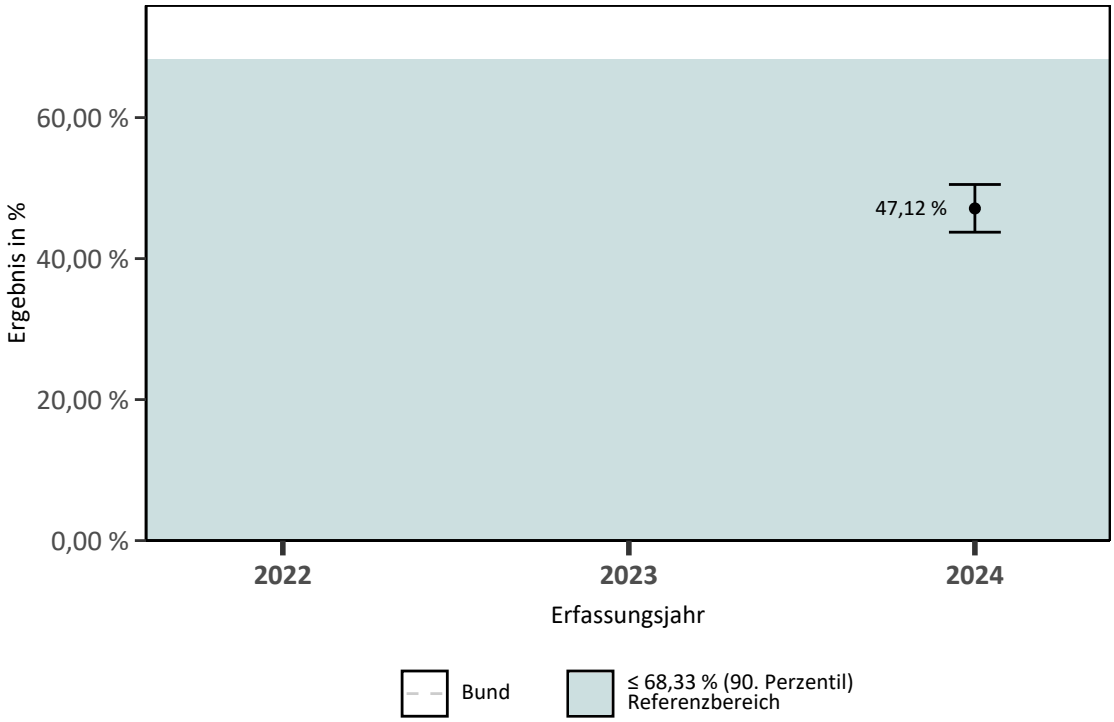
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit intra- oder postoperativen Komplikationen nach Lebertransplantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation und unter Ausschluss von Multiviszeraltransplantationen
Zähler	Patientinnen und Patienten, mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation
Referenzbereich	≤ 68,33 % (90. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

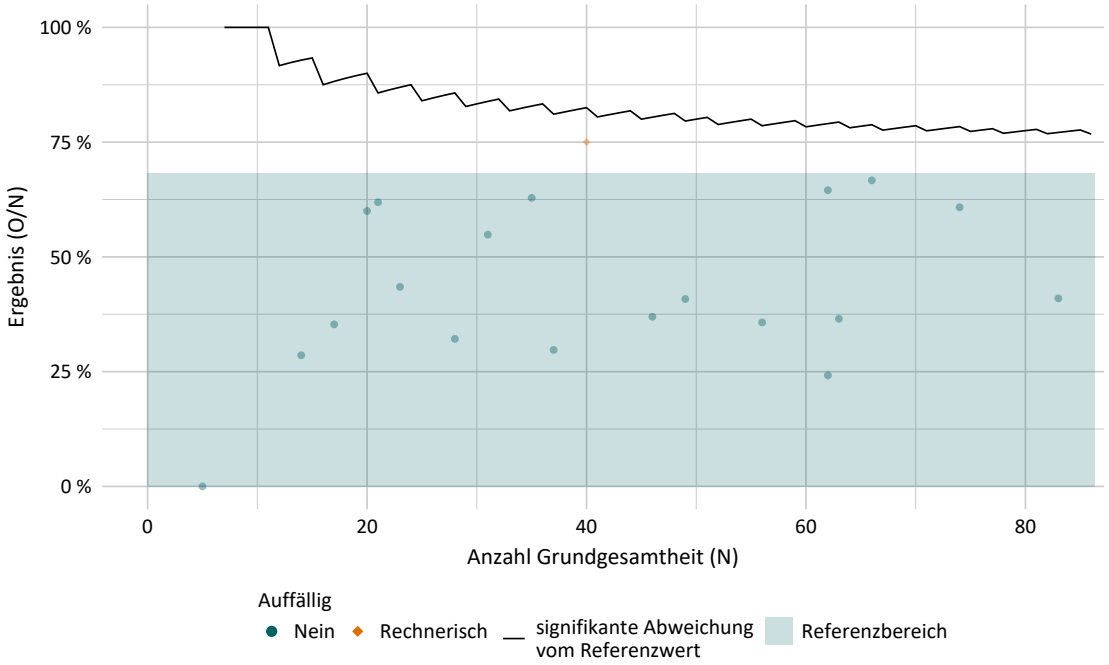
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	392 / 832	47,12	43,74 - 50,51

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	20	1	0,00	75,00	40,89

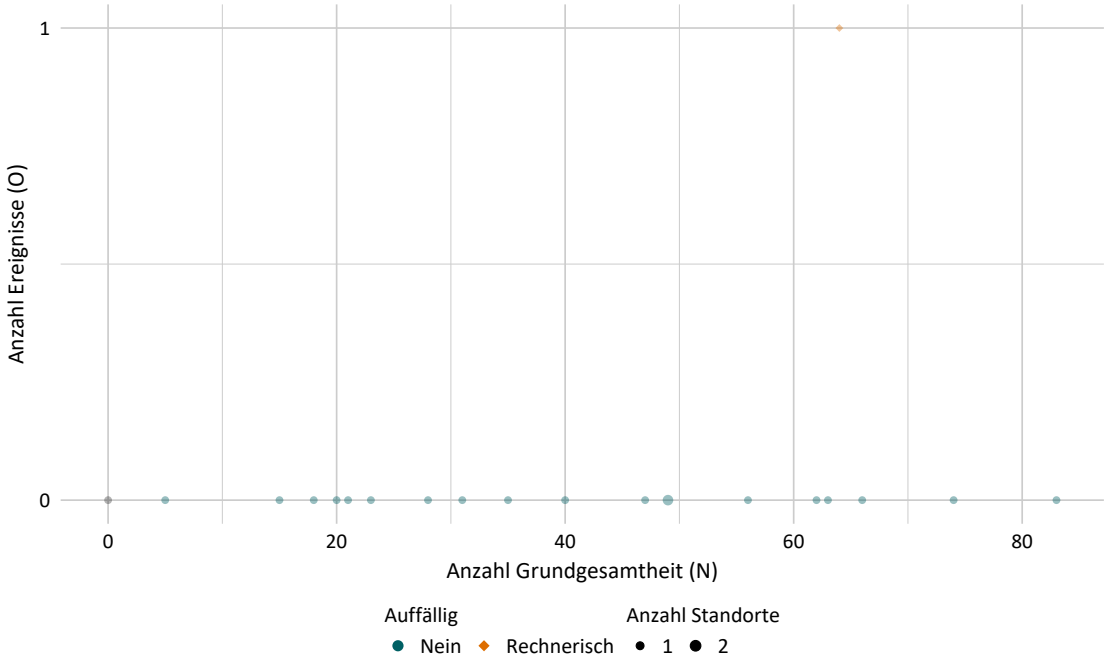
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852313: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-)Sterblichkeits-QIs und –Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2097: Tod durch operative Komplikationen 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2024 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

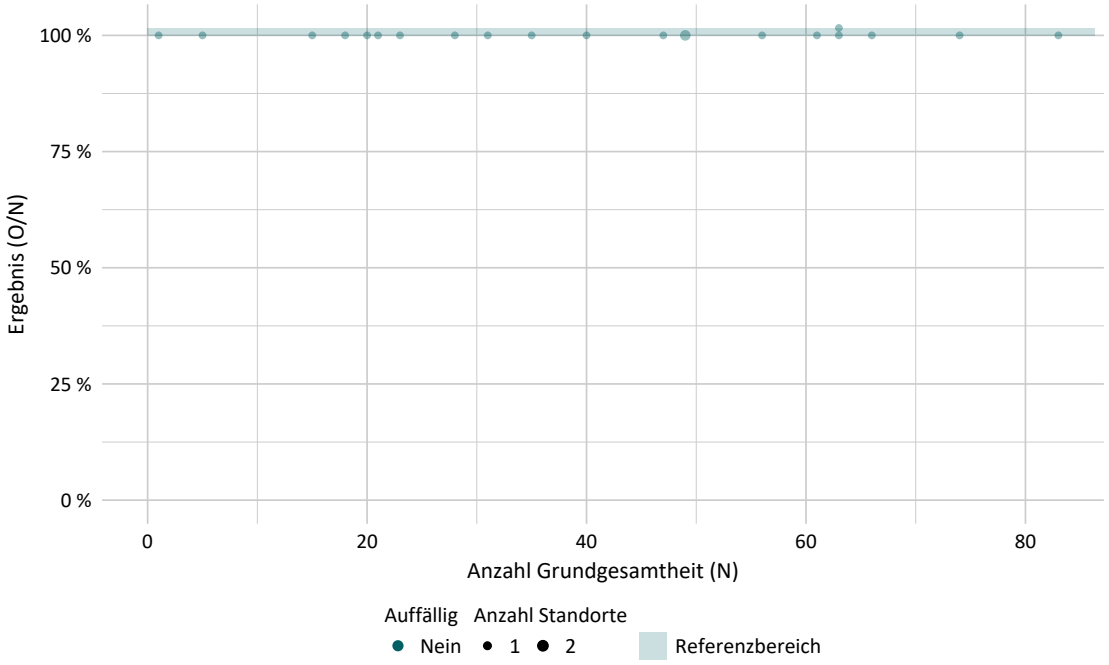
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	≤3 / 849	x	5,00 % 1 / 20

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850243: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 2097: Tod durch operative Komplikationen 2133: Postoperative Verweildauer
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	0	100,00	101,59	100,00

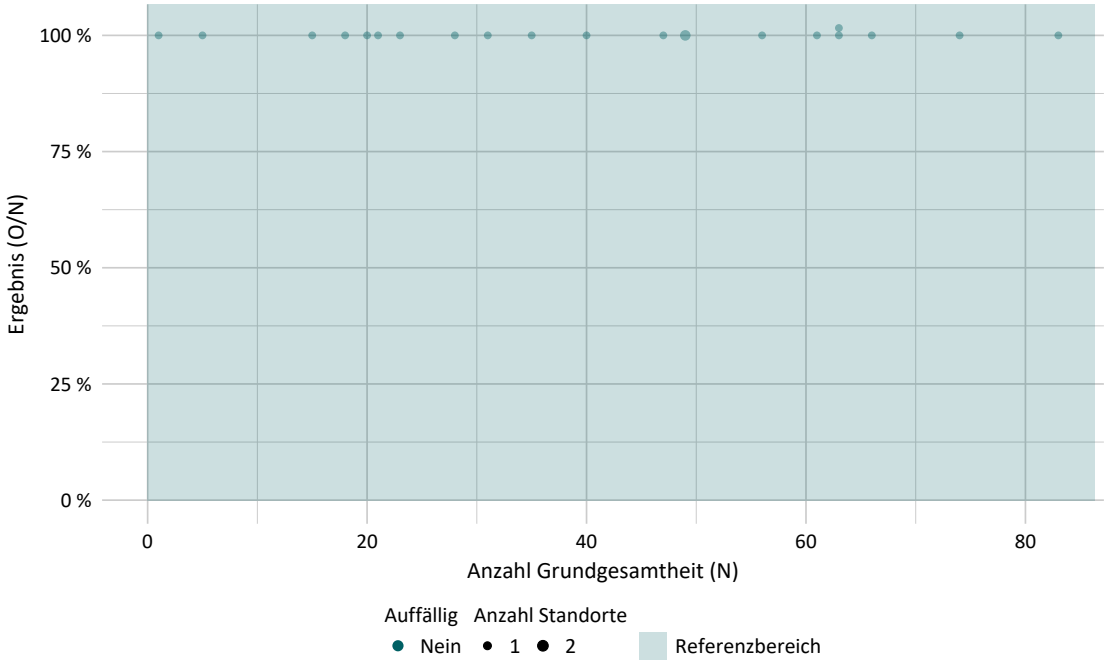
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	849 / 848	100,12	0,00 % 0 / 21

850244: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 2097: Tod durch operative Komplikationen 2133: Postoperative Verweildauer
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	0	100,00	101,59	100,00

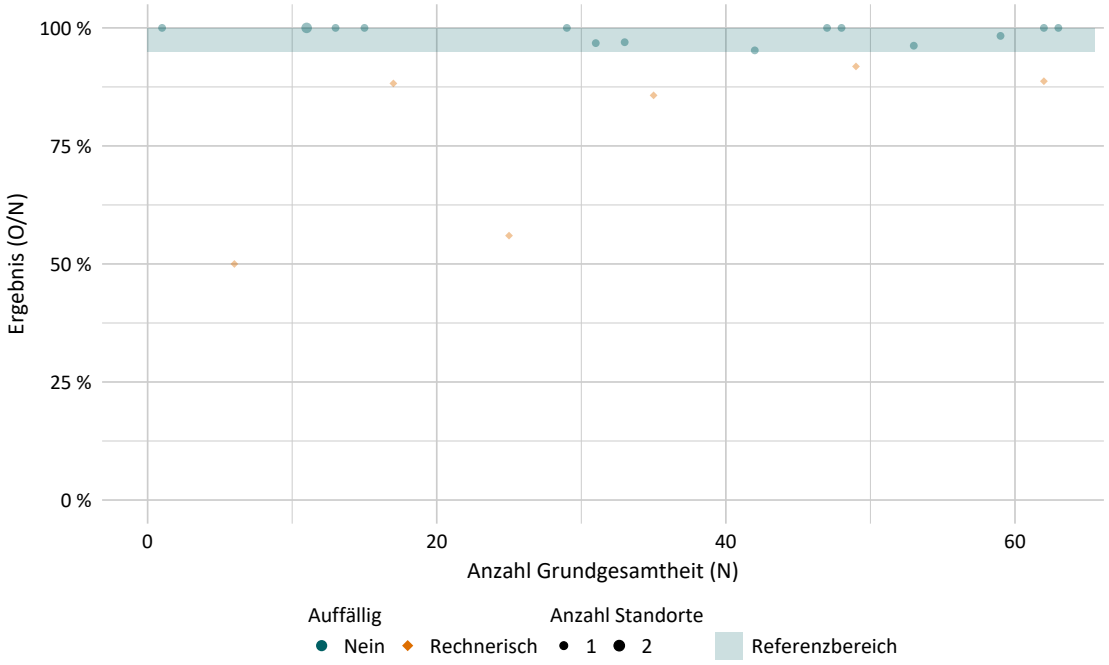
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	849 / 848	100,12	0,00 % 0 / 21

850263: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	6	50,00	100,00	98,31

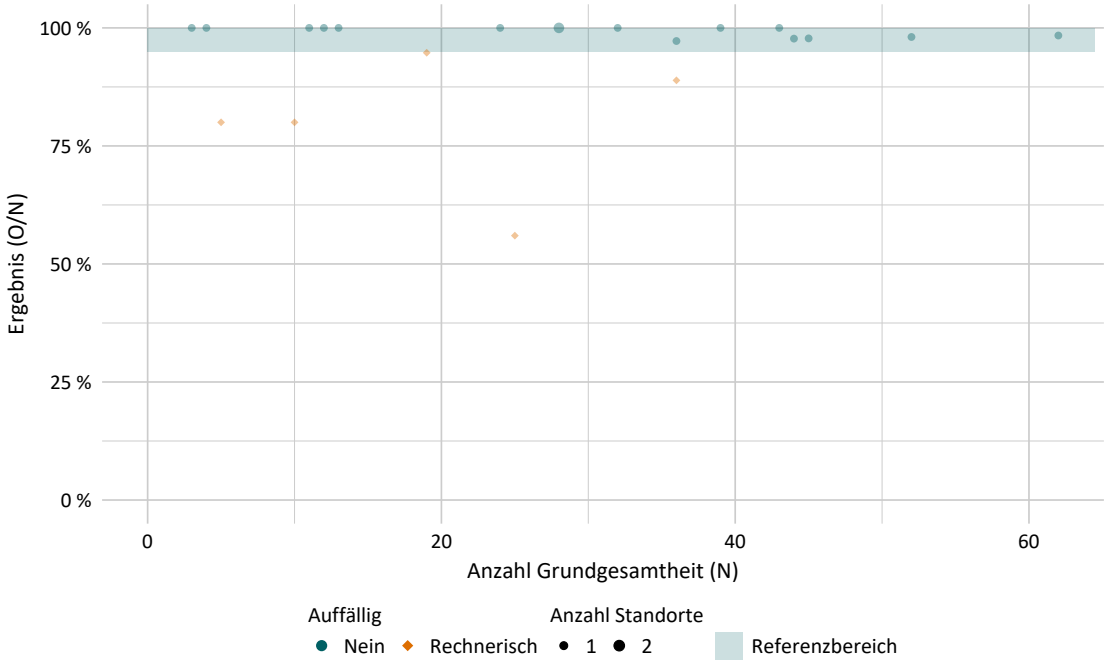
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	673 / 712	94,52	28,57 % 6 / 21

850264: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	5	56,00	100,00	100,00

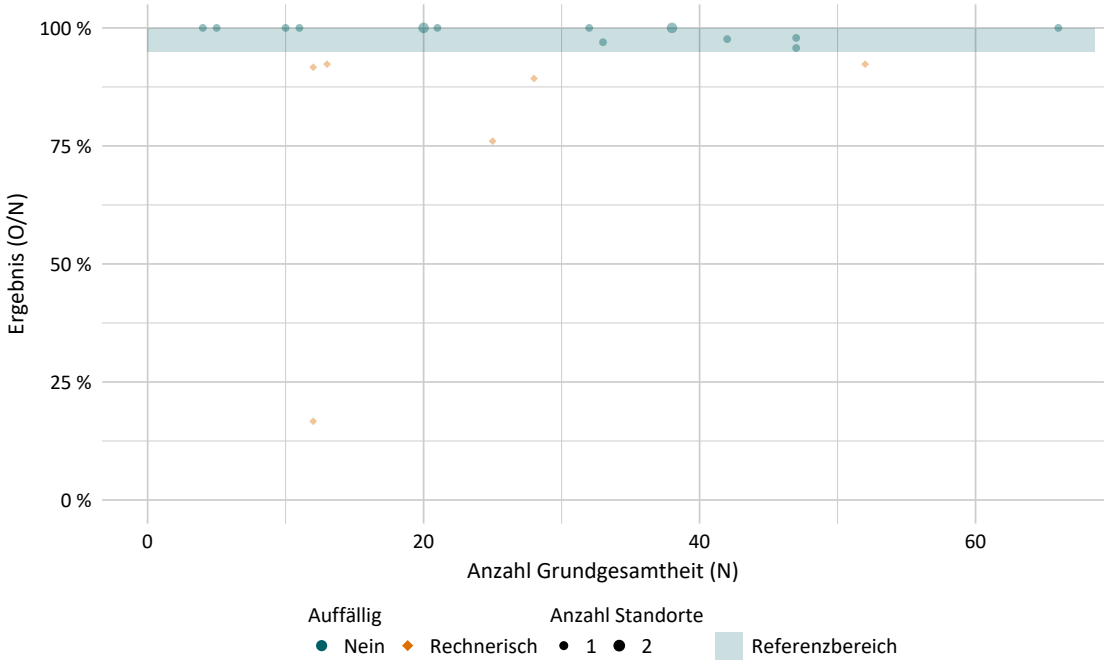
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	547 / 571	95,80	23,81 % 5 / 21

850265: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	21	6	16,67	100,00	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	546 / 576	94,79	28,57 % 6 / 21

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt) N
Allgemein	
Anzahl Patientinnen und Patienten	822
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mind. einer Re-Transplantation während desselben stationären Aufenthaltes	44
Anzahl Transplantationen	878

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 822**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	90	10,95
1. Quartal	195	23,72
2. Quartal	220	26,76
3. Quartal	203	24,70
4. Quartal	114	13,87
Entlassungsquartal		
1. Quartal	199	24,21
2. Quartal	202	24,57
3. Quartal	218	26,52
4. Quartal	203	24,70

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 849**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 14 Tage	80	9,42
15 - 28 Tage	316	37,22
29 - 42 Tage	165	19,43
43 - 56 Tage	80	9,42
57 - 70 Tage	74	8,72
71 - 84 Tage	45	5,30
85 - 98 Tage	29	3,42
99 - 112 Tage	13	1,53
113 - 126 Tage	15	1,77
127 - 140 Tage	9	1,06
> 140 Tage	23	2,71

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer bei Patientinnen und Patienten < 7 Jahre (Tage)[4]	
Anzahl Fälle < 7 Jahre mit Angabe von Werten	74
Minimum	0,00
5. Perzentil	0,00
25. Perzentil	1,00
Median	2,00
Mittelwert	11,43
75. Perzentil	16,75
95. Perzentil	58,25
Maximum	79,00

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer bei Patientinnen und Patienten ≥ 7 Jahre (Tage)[5]	
Anzahl Fälle ≥ 7 Jahre mit Angabe von Werten	758
Minimum	0,00
5. Perzentil	0,00
25. Perzentil	0,00
Median	1,00
Mittelwert	7,75
75. Perzentil	9,00
95. Perzentil	38,05
Maximum	198,00
Postoperative Verweildauer bei Patientinnen und Patienten < 7 Jahre (Tage)[6]	
Anzahl Fälle < 7 Jahre mit Angabe von Werten	74
Minimum	2,00
5. Perzentil	13,75
25. Perzentil	22,00
Median	32,50
Mittelwert	40,59
75. Perzentil	46,00
95. Perzentil	97,00
Maximum	193,00

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer bei Patientinnen und Patienten ≥ 7 Jahre (Tage)[7]	
Anzahl Fälle ≥ 7 Jahre mit Angabe von Werten	758
Minimum	0,00
5. Perzentil	11,00
25. Perzentil	18,00
Median	26,00
Mittelwert	34,58
75. Perzentil	41,00
95. Perzentil	87,00
Maximum	267,00
Gesamtverweildauer (Tage)[8]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	849
Minimum	0,00
5. Perzentil	12,00
25. Perzentil	20,00
Median	31,00
Mittelwert	43,42
75. Perzentil	55,50
95. Perzentil	116,00
Maximum	283,00

[4] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts
[5] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts
[6] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts
[7] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts
[8] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Basisdaten Empfängerin und Empfänger

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 822**	
Geschlecht		
(1) männlich	509	61,92
(2) weiblich	313	38,08
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 822**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	39	4,74
1 - 9 Jahre	43	5,23
10 - 19 Jahre	25	3,04
20 - 29 Jahre	42	5,11
30 - 39 Jahre	80	9,73
40 - 49 Jahre	115	13,99
50 - 59 Jahre	229	27,86
60 - 69 Jahre	229	27,86
70 - 79 Jahre	20	2,43
≥ 80 Jahre	0	0,00

© IQTIG 2025

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	822
Minimum	0,00
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	37,00
Mittelwert	46,54
Median	53,00
75. Perzentil	61,00
95. Perzentil	67,00
Maximum	74,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 759**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	94	12,38
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	277	36,50
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	233	30,70
Adipositas (≥ 30)	155	20,42

Befunde Empfängerin und Empfänger

Indikation zur Lebertransplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
Indikation		
(A8) Acute hepatic failure-Fulm or Subfulm hep-Other drug related	10	1,14
(A10) Acute hepatic failure-Post operative	6	0,68
(A12) Acute hepatic failure-Others	42	4,78
(B1) Cholestatic disease-Secondary biliary cirrhosis	4	0,46
(B2) Cholestatic disease-Primary biliary cirrhosis	22	2,51
(B3) Cholestatic disease-Primary sclerosing cholangitis	93	10,59
(B4) Cholestatic disease-Others	14	1,59
(C2) Congenital biliary disease-Extrahepatic biliary atresia	49	5,58
(D1) Cirrhosis-Alcoholic cirrhosis	156	17,77
(D2) Cirrhosis-Autoimmune Cirrhosis	28	3,19
(D3) Cirrhosis-Virus B related cirrhosis	13	1,48
(D4) Cirrhosis-Virus C related cirrhosis	0	0,00
(D10) Cirrhosis-Other cirrhosis	45	5,13
(D11) Cirrhosis-Cryptogenic (unknown) cirrhosis	30	3,42
(E1) Cancers-Hepatocellular carcinoma and cirrhosis	157	17,88
(E3) Cancers-Hepatocellular carcinoma - Fibrolamellar	≤3	x
(F2) Metabolic diseases-Hemochromatosis	≤3	x
(F3) Metabolic dis-Alpha-1 - Antitrypsin deficiency	4	0,46
(F7) Metabolic diseases-Familial amyloïdotic polyneuropathy	0	0,00
(F8) Metabolic diseases-Primary hyperoxaluria	≤3	x
(F9) Metabolic diseases-Protoporphyria	≤3	x
(G) Budd Chiari	8	0,91

Indikation zur Lebertransplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
(H5) Benign liver tumors or Polycystic dis-Polycystic disease	26	2,96
(J) Other liver diseases	38	4,33
sonstige Indikation	122	13,90

Dringlichkeit der Transplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
Dringlichkeit gemäß Medical Urgency Code ET-Status		
(1) HU (High Urgency)	115	13,10
(2) ACO (Approved Combined Organ)	0	0,00
(3) T (Transplantable)	763	86,90

MELD-Score (Model for End-stage Liver Disease)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit berechenbarem MELD-Score	**N = 781**	
Verteilung MELD-Score		
6 - 10	145	18,57
6 - 10 und verstorben	10	1,28
6 - 10 und nicht verstorben	135	17,29
11 - 20	256	32,78
11 - 20 und verstorben	23	2,94
11 - 20 und nicht verstorben	233	29,83
21 - 30	181	23,18
21 - 30 und verstorben	19	2,43
21 - 30 und nicht verstorben	162	20,74
31 - 40	199	25,48
31 - 40 und verstorben	38	4,87
31 - 40 und nicht verstorben	161	20,61

Sterblichkeit nach MELD-Score Klassen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

	verstorben	nicht verstorben	Gesamt
Bund (gesamt)			
6 - 10	10 **6,90 %**	135 **93,10 %**	145 **100,00 %**
11 - 20	23 **8,98 %**	233 **91,02 %**	256 **100,00 %**
21 - 30	19 **10,50 %**	162 **89,50 %**	181 **100,00 %**
31 - 40	38 **19,10 %**	161 **80,90 %**	199 **100,00 %**
Gesamt	90 **11,52 %**	691 **88,48 %**	781 **100,00 %**

Verteilung MELD-Score (match MELD ≤ MELD-Score)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit berechenbarem MELD-Score, Angaben zum match MELD und match MELD ≤ MELD-Score	**N = 27**	
Verteilung MELD-Score		
6 - 10	≤3	x
6 - 10 und verstorben	0	0,00
6 - 10 und nicht verstorben	≤3	x
11 - 20	≤3	x
11 - 20 und verstorben	0	0,00
11 - 20 und nicht verstorben	≤3	x
21 - 30	11	40,74
21 - 30 und verstorben	≤3	x
21 - 30 und nicht verstorben	10	37,04
31 - 40	12	44,44
31 - 40 und verstorben	4	14,81
31 - 40 und nicht verstorben	8	29,63

Sterblichkeit nach MELD-Score Klassen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

	verstorben	nicht verstorben	Gesamt
Bund (gesamt)			
6 - 10	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**
11 - 20	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**
21 - 30	≤3 **x %**	10 **90,91 %**	11 **100,00 %**
31 - 40	4 **33,33 %**	8 **66,67 %**	12 **100,00 %**
Gesamt	5 **18,52 %**	22 **81,48 %**	27 **100,00 %**

Verteilung MELD-Score (match MELD > MELD-Score)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit berechenbarem MELD-Score, Angaben zum match MELD und match MELD > MELD-Score	**N = 243**	
Verteilung MELD-Score		
6 - 10	98	40,33
6 - 10 und verstorben	7	2,88
6 - 10 und nicht verstorben	91	37,45
11 - 20	115	47,33
11 - 20 und verstorben	13	5,35
11 - 20 und nicht verstorben	102	41,98
21 - 30	27	11,11
21 - 30 und verstorben	≤3	x
21 - 30 und nicht verstorben	25	10,29
31 - 40	≤3	x
31 - 40 und verstorben	≤3	x
31 - 40 und nicht verstorben	≤3	x

Sterblichkeit nach MELD-Score Klassen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

	verstorben	nicht verstorben	Gesamt
Bund (gesamt)			
6 - 10	7 **7,14 %**	91 **92,86 %**	98 **100,00 %**
11 - 20	13 **11,30 %**	102 **88,70 %**	115 **100,00 %**
21 - 30	≤3 **x %**	25 **92,59 %**	27 **100,00 %**
31 - 40	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**
Gesamt	24 **9,88 %**	219 **90,12 %**	243 **100,00 %**

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit zugewiesenem match MELD	**N = 349**	
Begründung für match MELD		
(0) non-standard-exception	42	12,03
(1) standard-exception	251	71,92
(2) pädMELD (PELD)	56	16,05

Basisdaten Spenderin und Spender

Spendertyp

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
Typ		
(1) hirntot	823	93,74
(2) Domino	0	0,00
(3) lebend	55	6,26

Alter der Spenderinnen und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	49	5,58
20 - 29 Jahre	68	7,74
30 - 39 Jahre	103	11,73
40 - 49 Jahre	120	13,67
50 - 59 Jahre	159	18,11
60 - 69 Jahre	191	21,75
70 - 79 Jahre	127	14,46
≥ 80 Jahre	61	6,95

Einsatz eines Perfusionssystems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
Einsatz eines Perfusionssystems		
(0) nein	589	67,08
(1) ja, hypotherm	136	15,49
(2) ja, normotherm	52	5,92
(3) ja, hypotherm und normotherm	0	0,00

Transplantation

Typ des Leberspenderorgans

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
Typ des Leberspenderorgans		
(1) full size	765	87,13
(2) split	113	12,87

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
OPS[9]		
(5-504.0) Lebertransplantation: Komplett (gesamtes Organ)	735	83,71
(5-504.1) Lebertransplantation: Partiell (Split-Leber)	110	12,53
(5-504.2) Lebertransplantation: Auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum eigenen Organ)	≤3	x
(5-504.3) Lebertransplantation: Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts	32	3,64
(5-504.4) Lebertransplantation: Retransplantation, partiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthalts	5	0,57
(5-504.5) Lebertransplantation: Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-504.x) Lebertransplantation: Sonstige	0	0,00
(5-504.y) Lebertransplantation: N.n.bez.	0	0,00

[9] Mehrfachnennung möglich

HCC

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
HCC vor Transplantation bekannt		
(0) nein	695	79,16
(1) ja	183	20,84

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
HCC im Explantat		
(0) nein	731	83,26
(1) ja	147	16,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation[10]		
(0) nein	759	86,45
(1) ja	18	2,05

[10] Das Datenfeld „Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation“ wird erst seit dem 01.01.2024 erfasst. Für Überlieger, die im Jahr 2023 aufgenommen und im Jahr 2024 entlassen wurde, konnte dieses Datenfeld noch nicht dokumentiert werden. Daher entspricht die Summe der Zeilen nicht der Anzahl aller Transplantationen.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 878**	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	873	99,43
(1) ja	5	0,57

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 873**	
Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	242	27,72
(1) Blutungen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad III, IV oder V fallen	21	2,41
(2) Infektionen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad I, III, IV oder V fallen	67	7,67
(3) Grad III nach Clavien-Dindo (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	275	31,50
(4) Grad IV nach Clavien-Dindo (lebensbedrohliche Komplikation)	45	5,15
(5) Grad V nach Clavien-Dindo (Tod)	82	9,39
(8) sonstige Komplikationen	41	4,70

Entlassung Empfängerin und Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 822**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	454	55,23
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	174	21,17
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	6	0,73
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	47	5,72
(07) Tod	88	10,71
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[11]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	48	5,84
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	≤3	x
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[12]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[13]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 822**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[14]		
(1) ja	≤3	x

[11] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[12] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[13] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[14] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 88**	
Todesursache		
(A1) Intraoperative death (death on table)	≤3	x
(B1) Infection-Bacterial infection	7	7,95
(B2) Infection-Viral infection	0	0,00
(B3) Infection-HIV	0	0,00
(B4) Infection-Fungal infection	14	15,91
(B5) Infection-Parasitic infection	0	0,00
(B6) Infection-Other known infect	≤3	x
(C1) Liver complications-Acute rejection	0	0,00
(C10) Liv complic-Recurrence of original dis=Virus C	0	0,00
(C11) Liv complic-Recurrence of original dis=Virus D	0	0,00
(C12) Liv complic-Recurrence of original dis=Alcoholic	0	0,00
(C13) Liv complic-Recurrence of original dis=PBC	0	0,00
(C14) Liv complic-Recurrence of original dis=PSC	0	0,00
(C15) Liv complic-Recurrence of original dis=Autoimmune	0	0,00
(C16) Liv complic-Recurrence of original dis=Budd Chiari	0	0,00

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 88**	
(C17) Liv complic-Recur of orig dis=Other non tumoral	0	0,00
(C18) Liver complic-De novo hepatitis B virus	0	0,00
(C19) Liver complications-De novo hepatitis C virus	0	0,00
(C2) Liver complications-Chronic rejection	0	0,00
(C20) Liver complications-De novo hepatitis D virus	0	0,00
(C21) Liver complic-Massive hemorrhagic necrosis	≤3	x
(C22) Liver complications-Other viral hepatitis	0	0,00
(C23) Liver complications-Infection	≤3	x
(C24) Liver complications-Other	≤3	x
(C3) Liver complications-Arterial thrombosis	≤3	x
(C4) Liver complic-Hepatic vein thrombosis	0	0,00
(C5) Liver complic-Primary N-function (Retx or death ≤ 7d)	≤3	x
(C6) Liv complic-Primary dysfunction (Retx or death > 7d)	≤3	x
(C7) Liver complic-Anastomotic biliary complic	≤3	x
(C8) Liver complic-Non anastomotic biliary complic	0	0,00
(C9) Liver complic-Recurrence of original dis=Virus B	0	0,00
(D1) Gastrointestinal complications-GI haemorrhage	≤3	x
(D2) Gastrointestinal complications-Pancreatitis	≤3	x
(D3) Gastrointestinal complic-Visceral perforation	≤3	x
(D4) Gastrointestinal complications-Other	≤3	x
(E1) Cardiovascular complications-Myocardial infarction	0	0,00
(E2) Cardiovascular complications-Other cause	7	7,95
(F1) Cerebrovascular complications-Intracranial haemorrhage	≤3	x
(F2) Cerebrovascular complications-Ischemic stroke	≤3	x

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 88**	
(F3) Cerebrovascular complications-Cerebral oedema	≤3	x
(F4) Cerebrovascular complications-Cerebral infection	0	0,00
(G1) Tumor-Recurrence of original tumor	0	0,00
(G2) Tumor-Recurrence of previously unrelated tumor	≤3	x
(G3) Tumor-De novo solid organ tumor	0	0,00
(G4) Tumor-Donor transmitted tumor	0	0,00
(G5) Tumor-Lympho proliferation disease	0	0,00
(H1) Kidney failure	≤3	x
(H2) Urinary tract infection	0	0,00
(I1) Pulmonary complications-Embolism	≤3	x
(I2) Pulmonary complications-Infection	≤3	x
(J1) Social complic-Non compliance immunosup therapy	0	0,00
(J2) Social complications-Suicide	0	0,00
(J3) Social complications-Trauma (Motor, Vehicle,..)	0	0,00
(K1) Bone marrow depression	0	0,00
(L1) Other cause	24	27,27
(M1) Not available	0	0,00

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-LLS: Leberlebendspenden

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Leberlebendspenden. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 9

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 11

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende 13

Details zu den Ergebnissen 16

2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 17

12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 20

Details zu den Ergebnissen 23

12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 24

Details zu den Ergebnissen 27

12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 29

Details zu den Ergebnissen 32

262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 34

2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 36

12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 39

Details zu den Ergebnissen 42

12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 43

Details zu den Ergebnissen 46

12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 47

Details zu den Ergebnissen 50

© IQTIG 2025

12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) ... 51

Details zu den Ergebnissen ... 54

12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) ... 55

Details zu den Ergebnissen ... 58

12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende) ... 59

Details zu den Ergebnissen ... 62

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 63

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 63

852312: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden ... 63

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 65

850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 65

850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 67

850260: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up ... 69

850261: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up ... 71

850262: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up ... 73

Basisauswertung ... 75

Basisdaten Spenderin und Spender ... 75

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 75

Geschlecht ... 77

Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag ... 78

Body Mass Index (BMI) ... 79

Operation ... 80

Operation (nach OPS) ... 80

Resezierte Lebersegmente ... 80

Gewicht der entnommenen Leber ... 81

Verlauf ... 82

Komplikationen ... 82

Entlassung ... 84

Einleitung

Die Leber ist das wichtigste Organ für den menschlichen Stoffwechsel. Patientinnen und Patienten mit chronischem oder akutem Leberversagen können nur durch eine Transplantation überleben. Da die Zahl der Spenderorgane den Bedarf bei Weitem nicht deckt, sterben jedes Jahr viele Patientinnen und Patienten während der Wartezeit auf ein Spenderorgan. Eine Leberlebendspende durch nahestehende Personen kann hier eine Therapiemöglichkeit sein. Aufgrund des besonderen anatomischen Aufbaus der Leber in Form mehrerer Segmente und ihrer großen Regenerationsfähigkeit ist es möglich, Teile der Leber von einer lebenden Spenderin oder einem lebenden Spender auf eine Empfängerin oder einen Empfänger zu übertragen. Die Leberlebendspende stellt insbesondere in der Transplantationschirurgie bei Kindern eine Möglichkeit dar, die Verfügbarkeit von Organen zu verbessern und so die Therapiemöglichkeiten für leberkranke Kinder zu ergänzen.

Lebendorganspenden sind von einer intensiven ethischen Diskussion begleitet, da hier Operationen an gesunden Menschen durchgeführt werden. Voraussetzungen für eine Lebendspende sind der gute Gesundheitszustand der Spenderin bzw. des Spenders und die Freiwilligkeit der Spende. Vor diesem Hintergrund erlaubt das deutsche Transplantationsgesetz die Leberlebendspende ausschließlich an Verwandte ersten und zweiten Grades, an Ehegatten und Verlobte sowie andere Personen, „die der Spenderin bzw. dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“. Zum Schutz der Spenderin bzw. des Spenders, deren Sicherheit und Gesundheit höchste Priorität haben, muss vor jeder Lebendspende die Stellungnahme einer unabhängigen Lebendspende-Kommission vorliegen.

Der Leistungsbereich Leberlebendspende bezieht sich ausschließlich auf die Spenderin bzw. den Spender. Bei der Lebendspende soll durch bestmögliche Qualität der medizinischen Behandlung und durch sorgfältige Bewertung der Spenderin bzw. des Spenders vor dem Eingriff ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden. Es gilt, jede Komplikation für die Spenderin bzw. den Spender zu vermeiden. Die Qualitätsindikatoren beziehen sich dementsprechend auf die Erfassung der Sterblichkeit bzw. der Überlebensraten der Spenderin und der Spender im Langzeitverlauf, auf den Erhalt derer Leberfunktion sowie auf Komplikationen im Zusammenhang mit dem Eingriff.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Leberlebendspende (TX-LLS) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	56 56 0	56	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	7		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	7	7	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	7	7	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	Sentinel Event	x % O = ≤3 N = 56
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 56
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 31
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 33
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 31
262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	Sentinel Event	0,10 O = 11 N = 106
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 56
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 31

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 33
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 31
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 18
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 20
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 20

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852312	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden	= 0	0,00 0 / 56	0,00 % 0 / 7

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,00 % 56 / 56	0,00 % 0 / 7
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,00 % 56 / 56	0,00 % 0 / 7
850260	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	83,78 % 31 / 37	37,50 % 3 / 8
850261	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	94,29 % 33 / 35	20,00 % 2 / 10
850262	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	91,18 % 31 / 34	11,11 % 1 / 9

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende

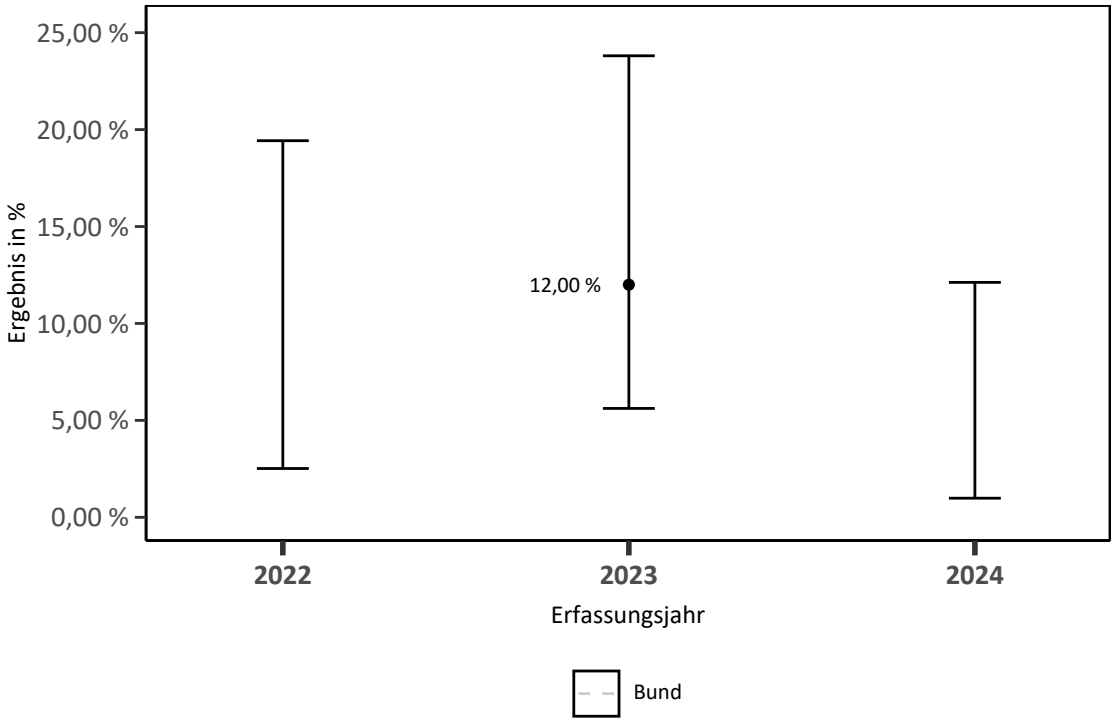
Qualitätsziel	Selten operative oder allgemeine Komplikationen bei der Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation (Grad 2 bis 4 nach Clavien-Dindo)
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

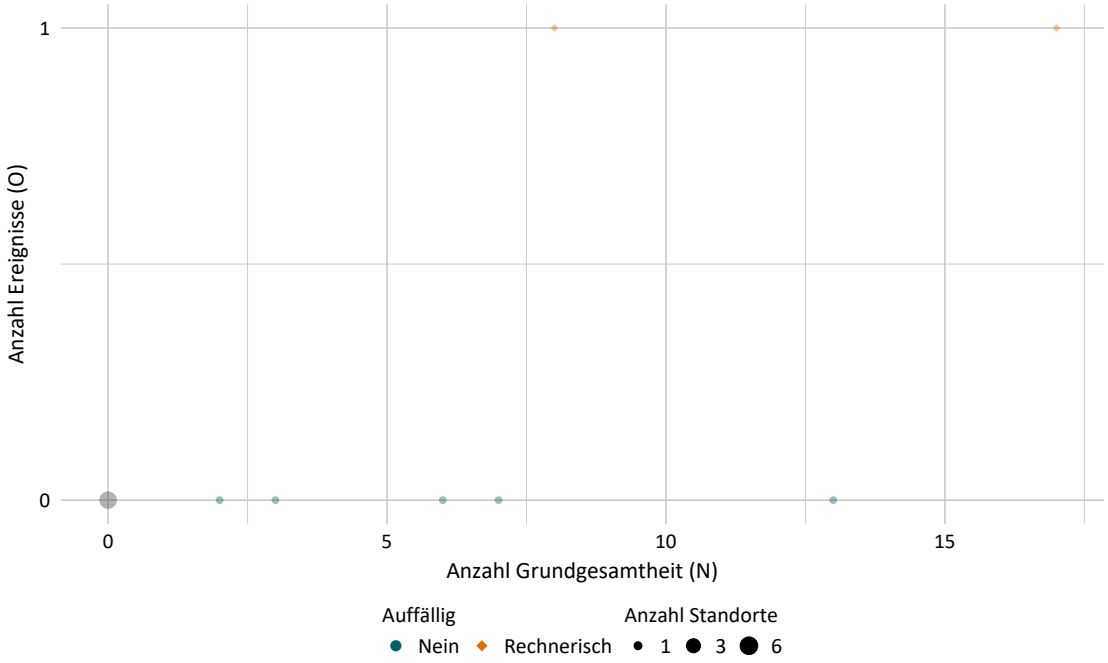
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	≤3 / 41	x	2,52 - 19,43
	2023	6 / 50	12,00	5,62 - 23,80
	2024	≤3 / 56	x	0,98 - 12,12

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 2128** **Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende**	x % ≤3/56
1.1.1	ID: 26_22004 Blutung	0,00 % 0/56
1.1.2	ID: 26_22005 Gallenwegskomplikation	x % ≤3/56
1.1.3	ID: 26_22006 Sekundäre Wundheilung	0,00 % 0/56
1.1.4	ID: 26_22007 Ileus	0,00 % 0/56
1.1.5	ID: 26_22008 akutes Leberversagen	0,00 % 0/56
1.1.6	ID: 26_22009 Thrombose	0,00 % 0/56
1.1.7	ID: 26_22010 Lungenembolie	0,00 % 0/56
1.1.8	ID: 26_22011 Pneumonie	0,00 % 0/56
1.1.9	ID: 26_22012 Sonstige Komplikation	7,14 % 4/56

2125: Sterblichkeit im Krankenhaus

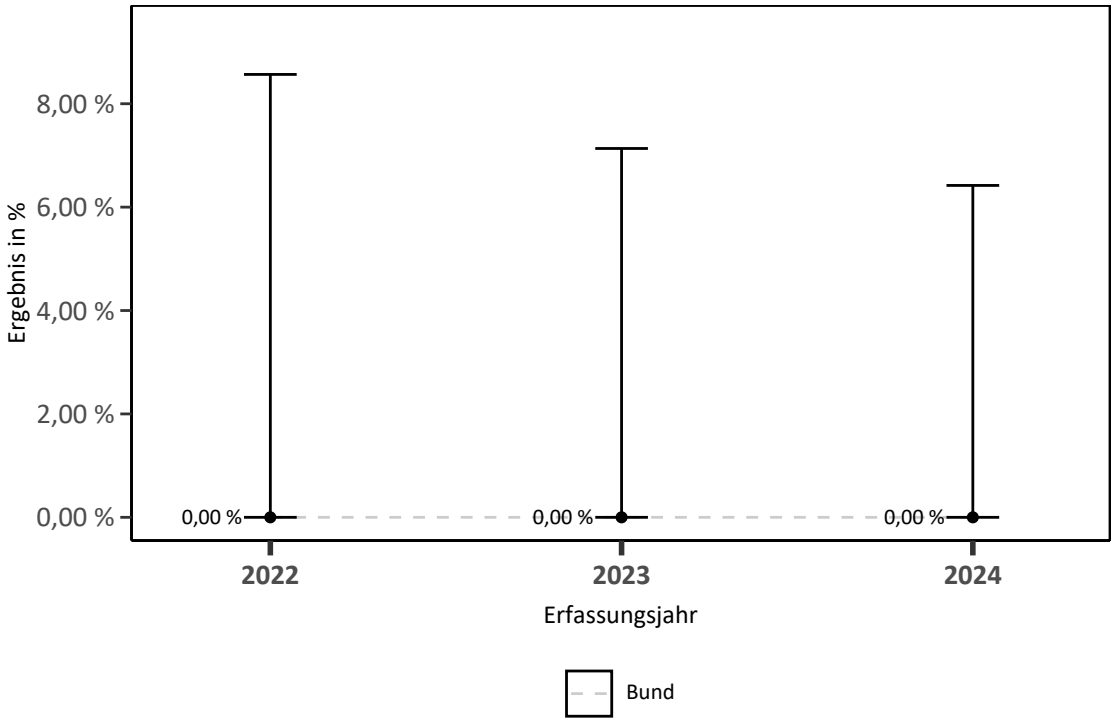
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. -spender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Verstorbene Leberlebendspenderin bzw. verstorbener Lebendspender
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

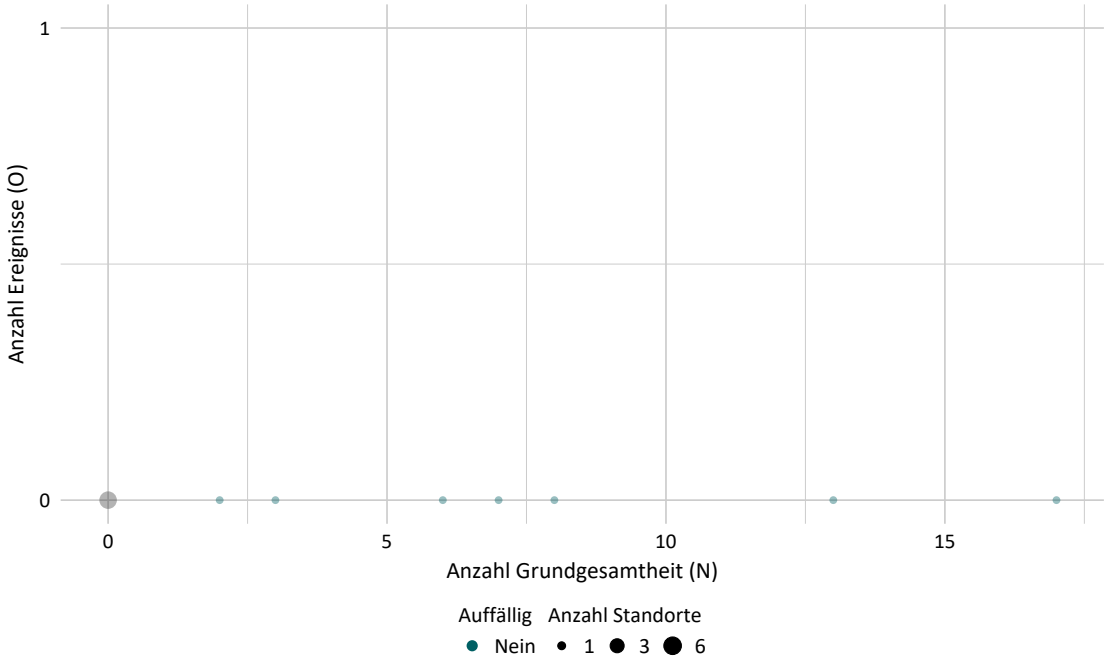
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	0 / 41	0,00	0,00 - 8,57
	2023	0 / 50	0,00	0,00 - 7,13
	2024	0 / 56	0,00	0,00 - 6,42

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende

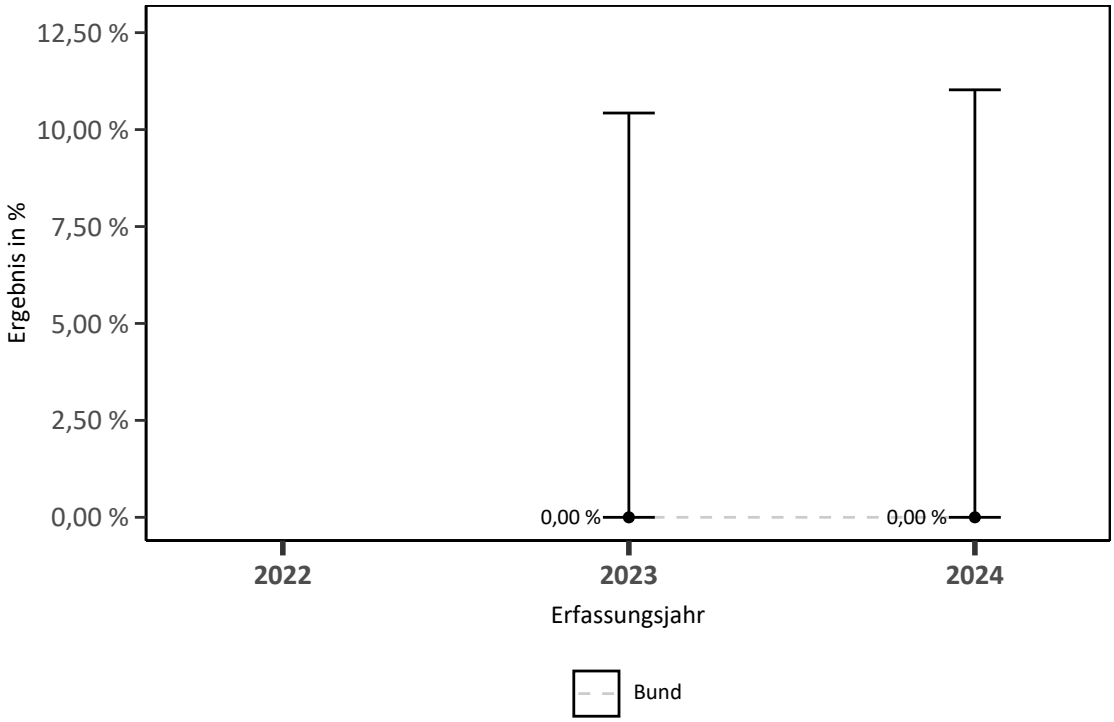
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

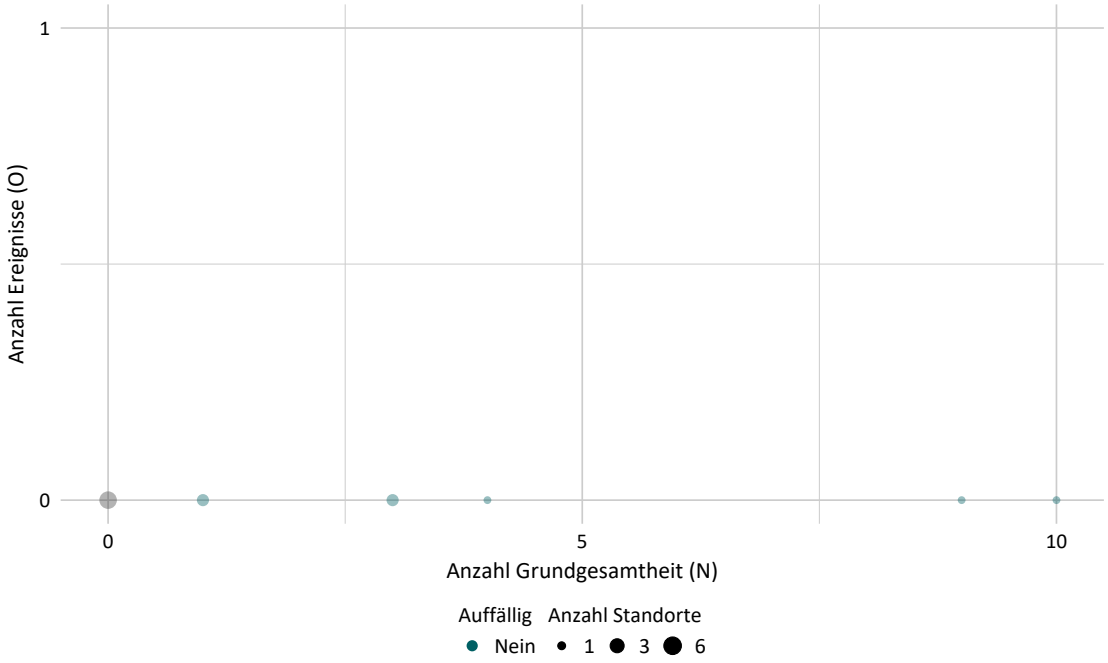
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43
	2024	0 / 31	0,00	0,00 - 11,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 26_22013 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 37/37
3.1.1	ID: 26_22014 davon lebend entlassen	100,00 % 37/37
3.1.1.1	ID: 26_22015 Status bekannt	83,78 % 31/37
3.1.1.1.1	ID: 26_22016 davon lebend	100,00 % 31/31
3.1.1.1.2	ID: 26_22017 verstorben innerhalb von 1 Jahr	0,00 % 0/31
3.1.1.2	ID: 26_22019 Status unbekannt	16,22 % 6/37
3.1.1.3	ID: 26_22020 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	16,22 % 6/37

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 1-Jahres-Versterben	
3.2.1	ID: 26_22021 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 37/37
3.2.2	1-Jahres-Versterben	
3.2.2.1	**ID: 12296** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende**	0,00 % 0/31
3.2.2.2	ID: 26_22022 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/37

12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende

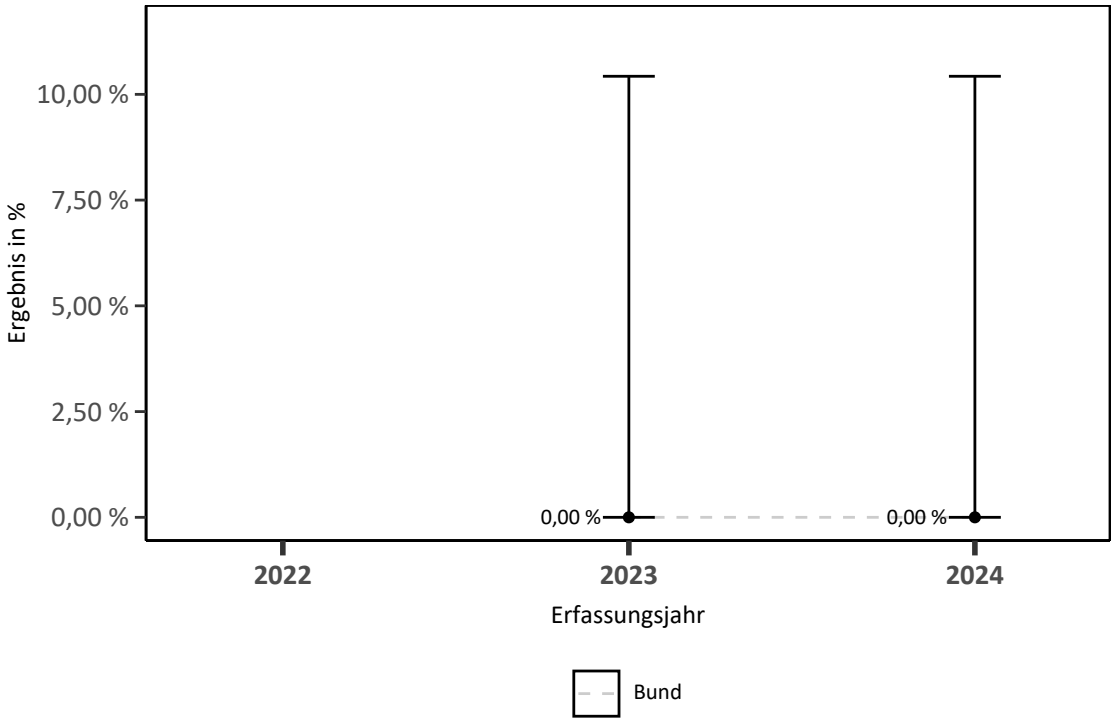
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

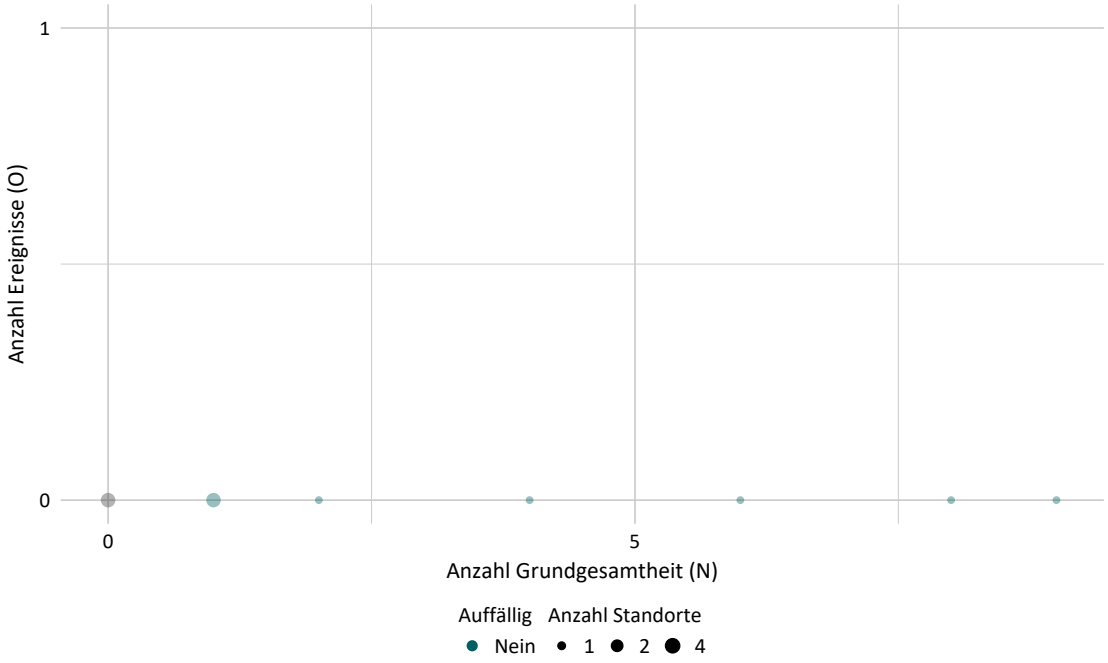
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43
	2024	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 26_22023 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 35/35
4.1.1	ID: 26_22024 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	100,00 % 35/35
4.1.1.1	ID: 26_22025 Status bekannt	94,29 % 33/35
4.1.1.1.1	ID: 26_22026 davon lebend	100,00 % 33/33
4.1.1.1.2	ID: 26_22027 verstorben innerhalb von 2 Jahren	0,00 % 0/33
4.1.1.2	ID: 26_22029 Status unbekannt	x % ≤3/35
4.1.1.3	ID: 26_22030 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	x % ≤3/35

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 2-Jahres-Versterben	
4.2.1	ID: 26_22031 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 35/35
4.2.2	1-Jahres-Versterben	
4.2.2.1	ID: 26_22032 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	0,00 % 0/34
4.2.2.2	ID: 26_22033 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/35
4.2.2.3	ID: 26_22034 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	x % ≤3/35
4.2.3	2-Jahres-Versterben	
4.2.3.1	**ID: 12308** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende**	0,00 % 0/33

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.2	ID: 26_22035 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/35

12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

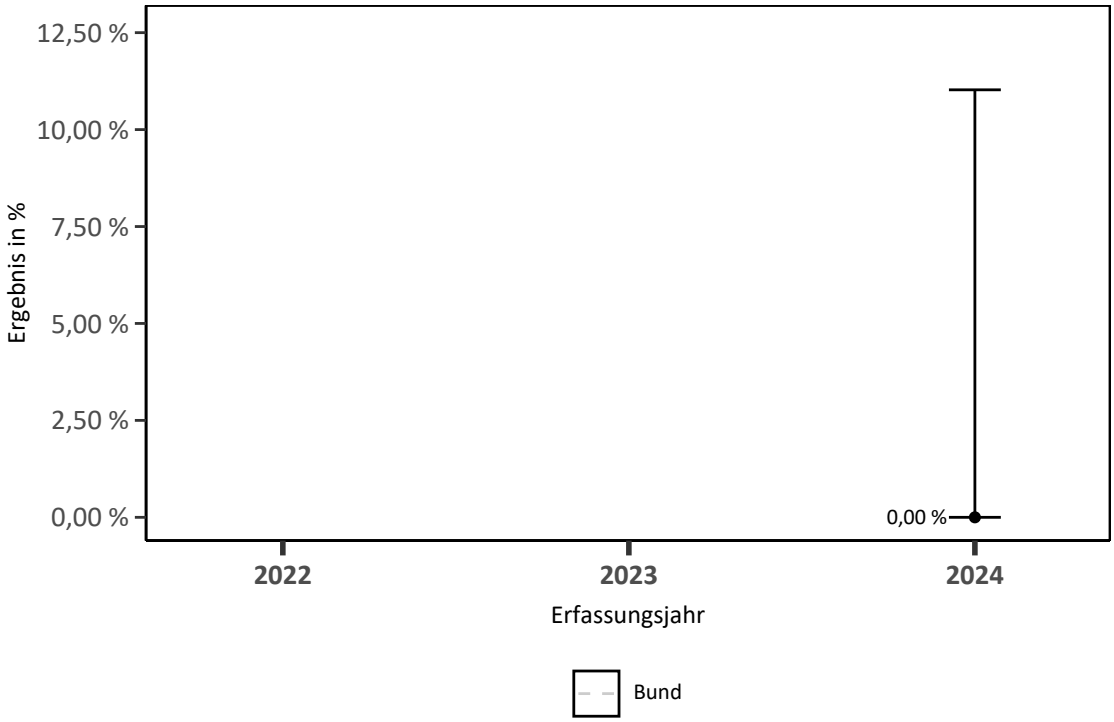
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

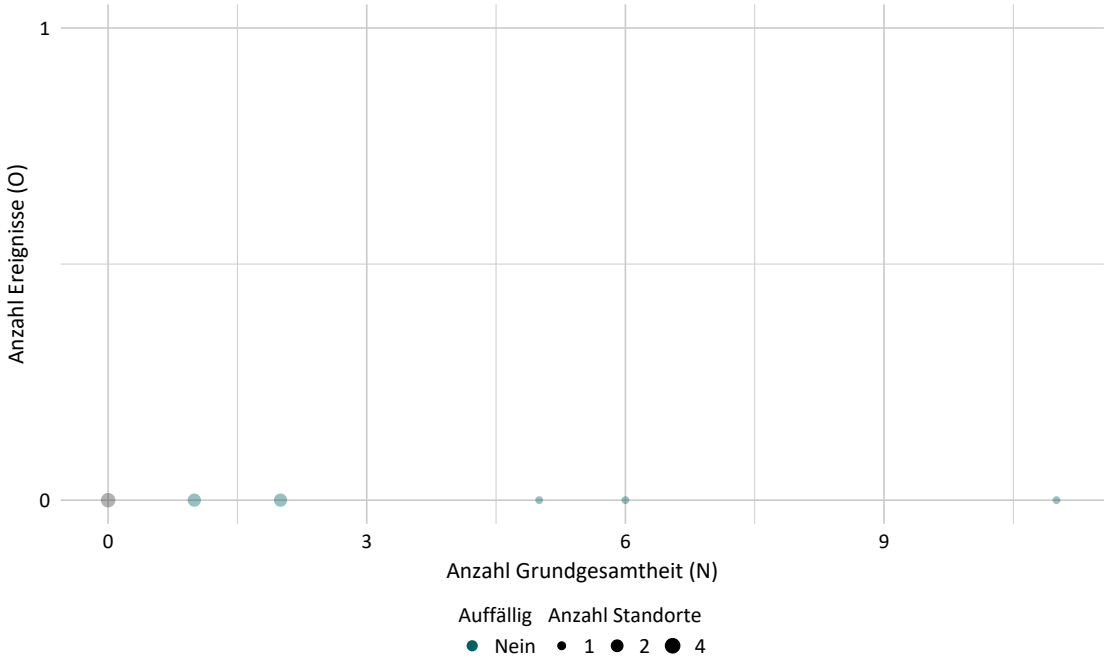
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	0 / 31	0,00	0,00 - 11,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 26_22036 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 34/34
5.1.1	ID: 26_22037 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	100,00 % 34/34
5.1.1.1	ID: 26_22038 Status bekannt	91,18 % 31/34
5.1.1.1.1	ID: 26_22039 davon lebend	100,00 % 31/31
5.1.1.1.2	ID: 26_22040 verstorben innerhalb von 3 Jahren	0,00 % 0/31
5.1.1.2	ID: 26_22042 Status unbekannt	x % ≤3/34
5.1.1.3	ID: 26_22043 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	x % ≤3/34

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Verlauf 3-Jahres-Versterben	
5.2.1	ID: 26_22044 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 34/34
5.2.2	1-Jahres-Versterben	
5.2.2.1	ID: 26_22045 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	0,00 % 0/34
5.2.2.2	ID: 26_22046 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/34
5.2.2.3	ID: 26_22047 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	0,00 % 0/34
5.2.3	2-Jahres-Versterben	
5.2.3.1	ID: 26_22048 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	0,00 % 0/34

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.3.2	ID: 26_22049 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/34
5.2.3.3	ID: 26_22050 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	0,00 % 0/34
5.2.3	3-Jahres-Versterben	
5.2.3.1	**ID: 12324** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende**	0,00 % 0/31
5.2.3.2	ID: 26_22051 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/34

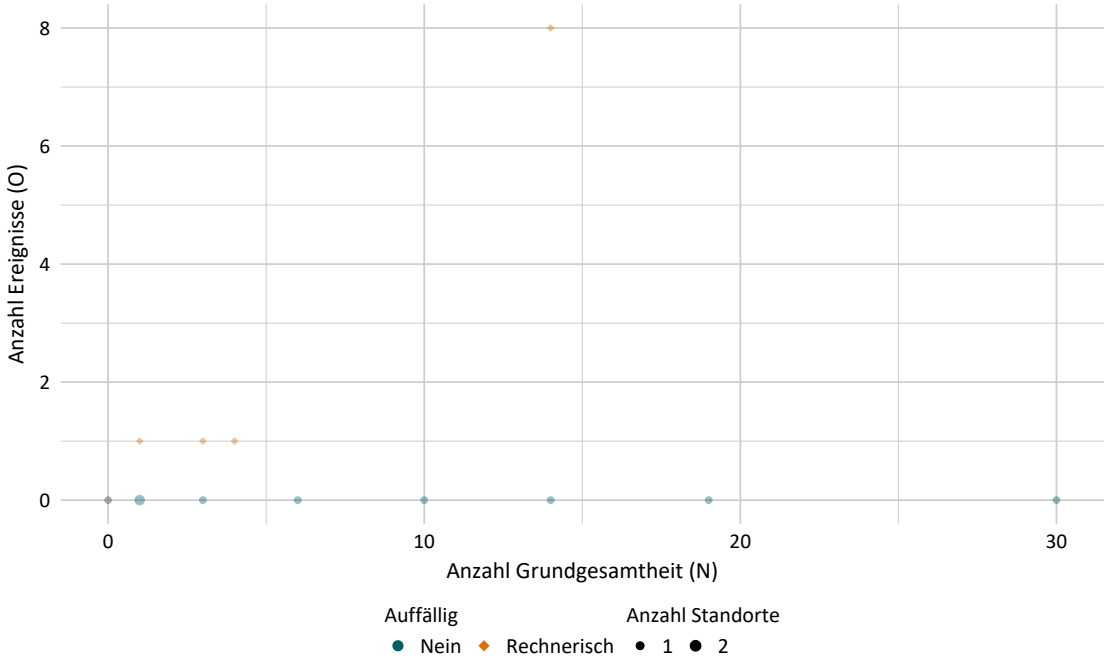
262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Leberlebendspende, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2022**	- / -	-
	2023	4 / 70	4
	2024	11 / 106	11

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich

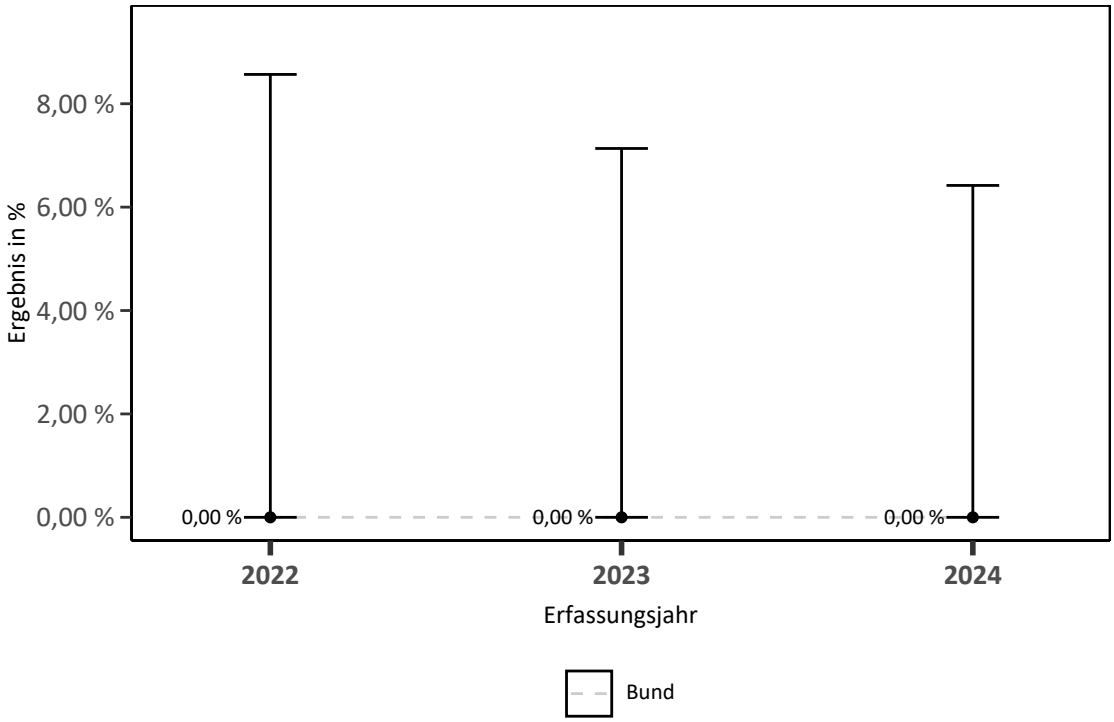
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation nach Leberlebendspende erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, bei denen eine Lebertransplantation nach Leberlebendspende erforderlich wurde
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

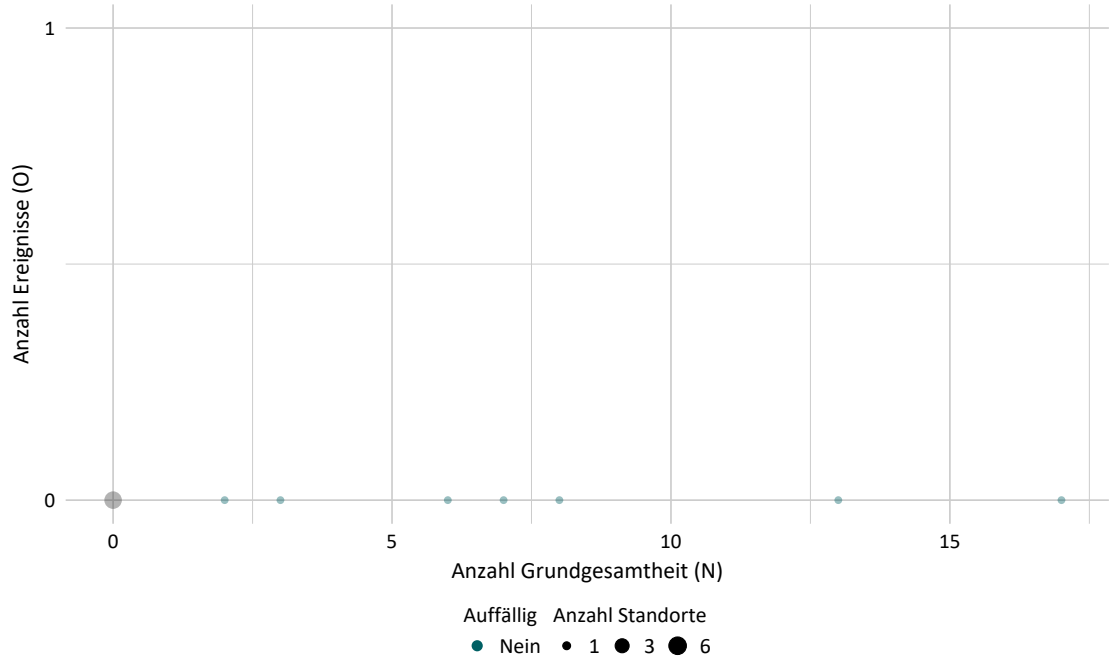
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	0 / 41	0,00	0,00 - 8,57
	2023	0 / 50	0,00	0,00 - 7,13
	2024	0 / 56	0,00	0,00 - 6,42

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich

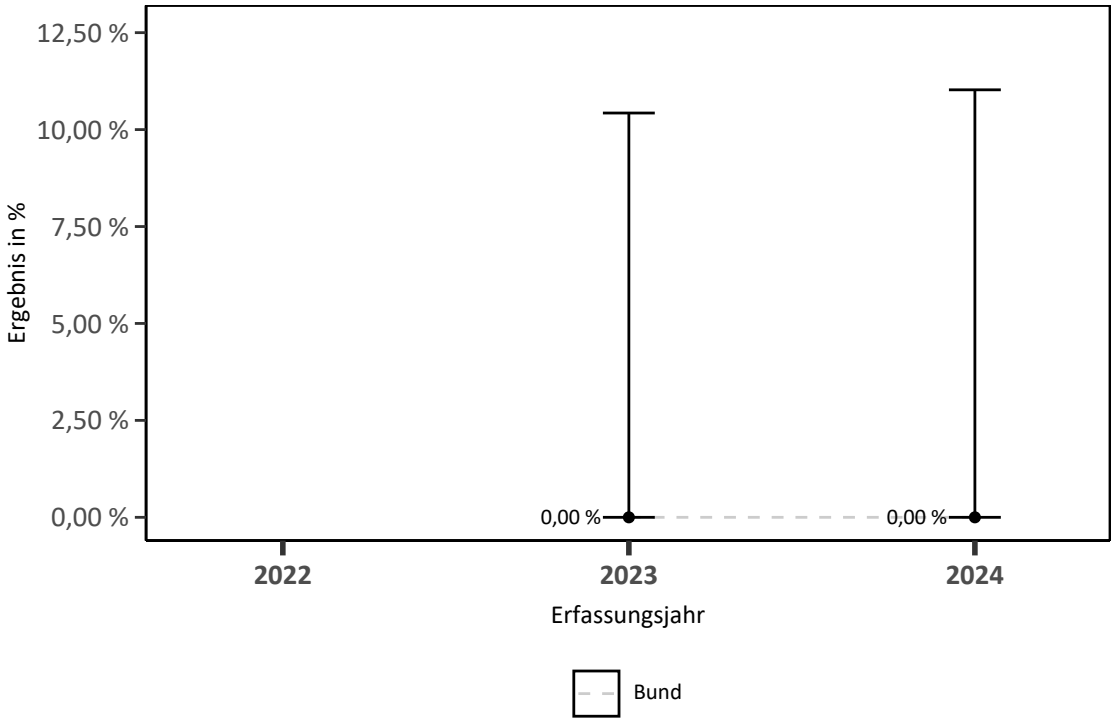
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind, und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende eine Lebertransplantation erforderlich ist
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

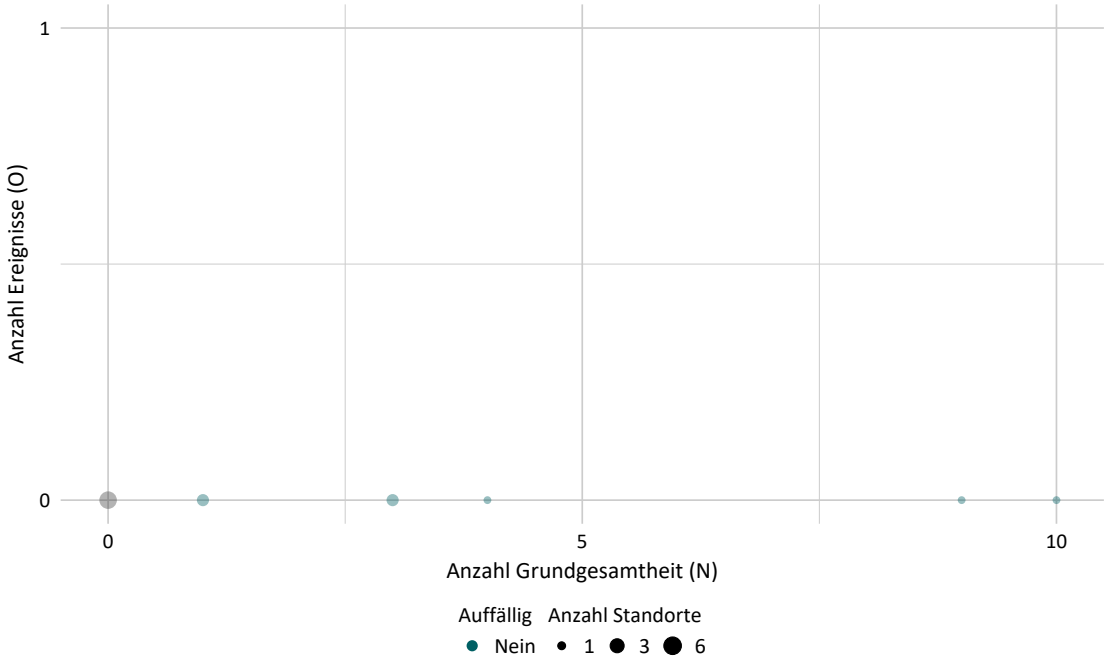
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43
	2024	0 / 31	0,00	0,00 - 11,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 26_22052 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2023	100,00 % 37/37
8.1.1	ID: 26_22053 davon lebend entlassen	100,00 % 37/37
8.1.1.1	ID: 26_22054 Status "Transplantation erforderlich" bekannt	83,78 % 31/37
8.1.1.1.1	ID: 26_22055 davon keine Transplantation erforderlich	100,00 % 31/31
8.1.1.1.2	**ID: 12549** **Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich**	0,00 % 0/31
8.1.1.2	ID: 26_22056 Status unbekannt	16,22 % 6/37

12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

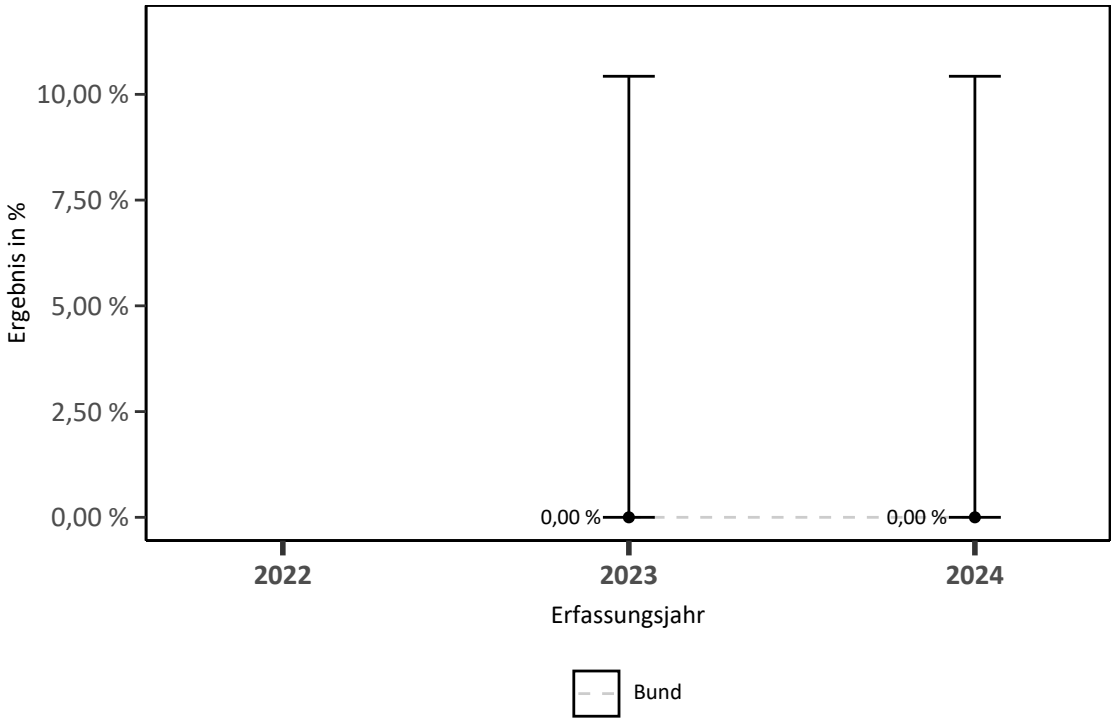
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, ohne dokumentierten Tod oder Transplantation innerhalb 1 Jahres und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende eine Lebertransplantation erforderlich ist
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

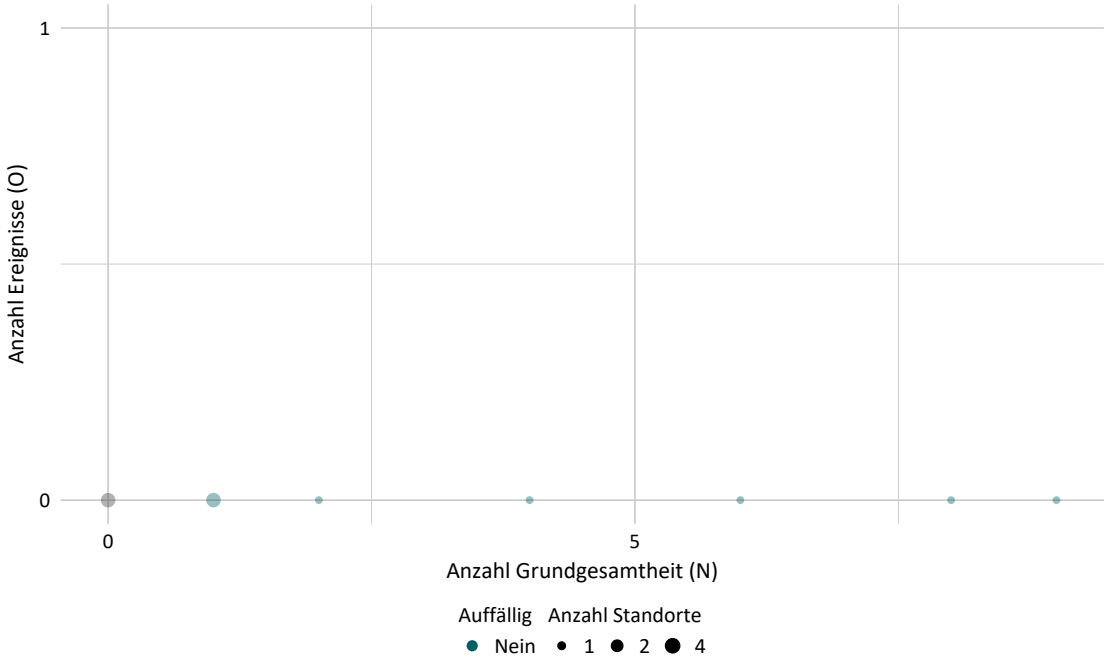
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43
	2024	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 26_22057 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2022	100,00 % 35/35
9.1.1	ID: 26_22058 davon ohne dokumentierten Tod und ohne dokumentierte Transplantation innerhalb von 1 Jahr	100,00 % 35/35
9.1.1.1	ID: 26_22059 Status "Transplantation erforderlich" bekannt	94,29 % 33/35
9.1.1.1.1	ID: 26_22060 davon keine Transplantation erforderlich	100,00 % 33/33
9.1.1.1.2	**ID: 12561** **Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich**	0,00 % 0/33
9.1.1.2	ID: 26_22061 Status unbekannt	x % ≤3/35

12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

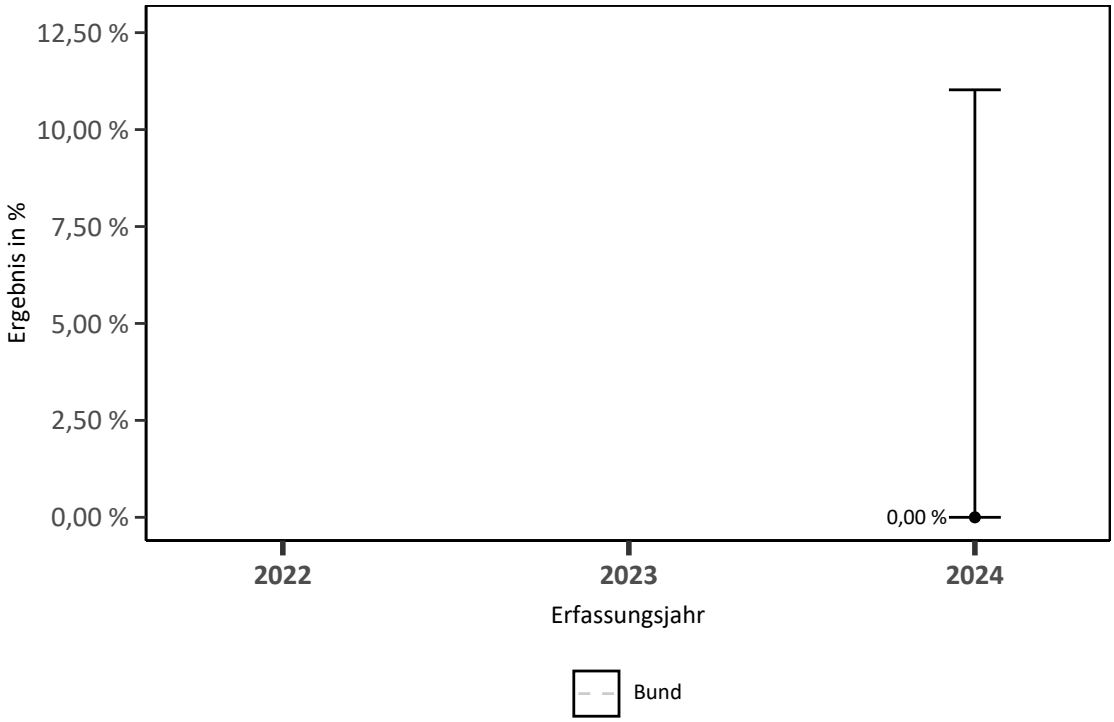
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, ohne dokumentierten Tod oder Transplantation innerhalb von 2 Jahren und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende eine Lebertransplantation erforderlich ist
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

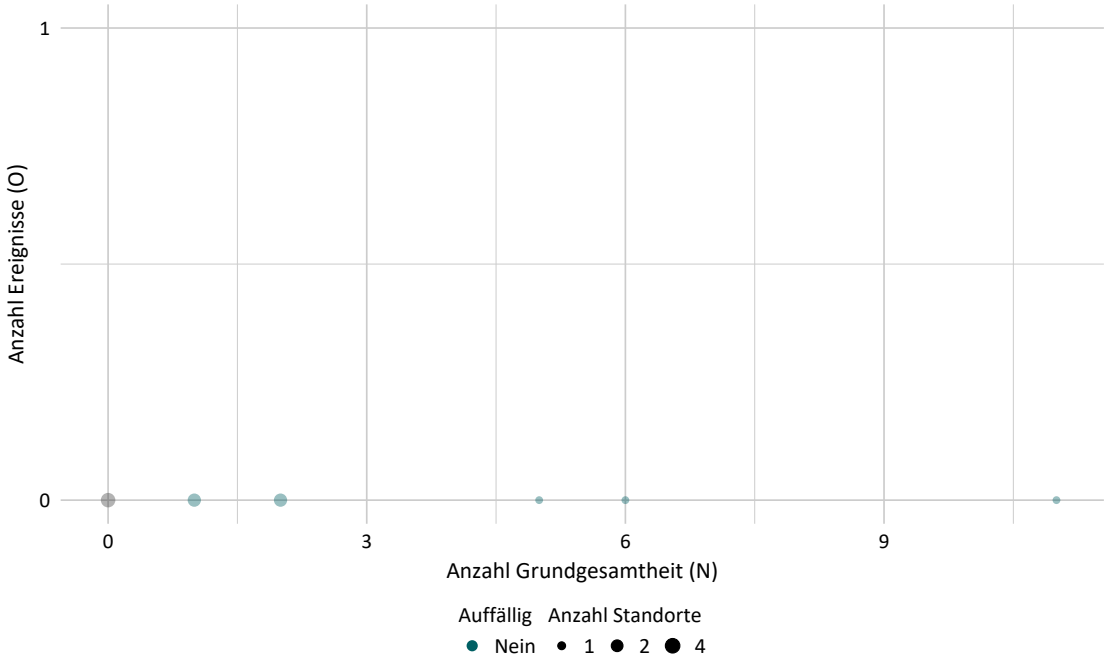
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	0 / 31	0,00	0,00 - 11,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	ID: 26_22062 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2021	100,00 % 34/34
10.1.1	ID: 26_22063 davon ohne dokumentierten Tod und ohne dokumentierte Transplantation innerhalb von 2 Jahren	100,00 % 34/34
10.1.1.1	ID: 26_22064 Status "Transplantation erforderlich" bekannt	91,18 % 31/34
10.1.1.1.1	ID: 26_22065 davon keine Transplantation erforderlich	100,00 % 31/31
10.1.1.1.2	**ID: 12577** **Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich**	0,00 % 0/31
10.1.1.2	ID: 26_22066 Status unbekannt	x % ≤3/34

12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)

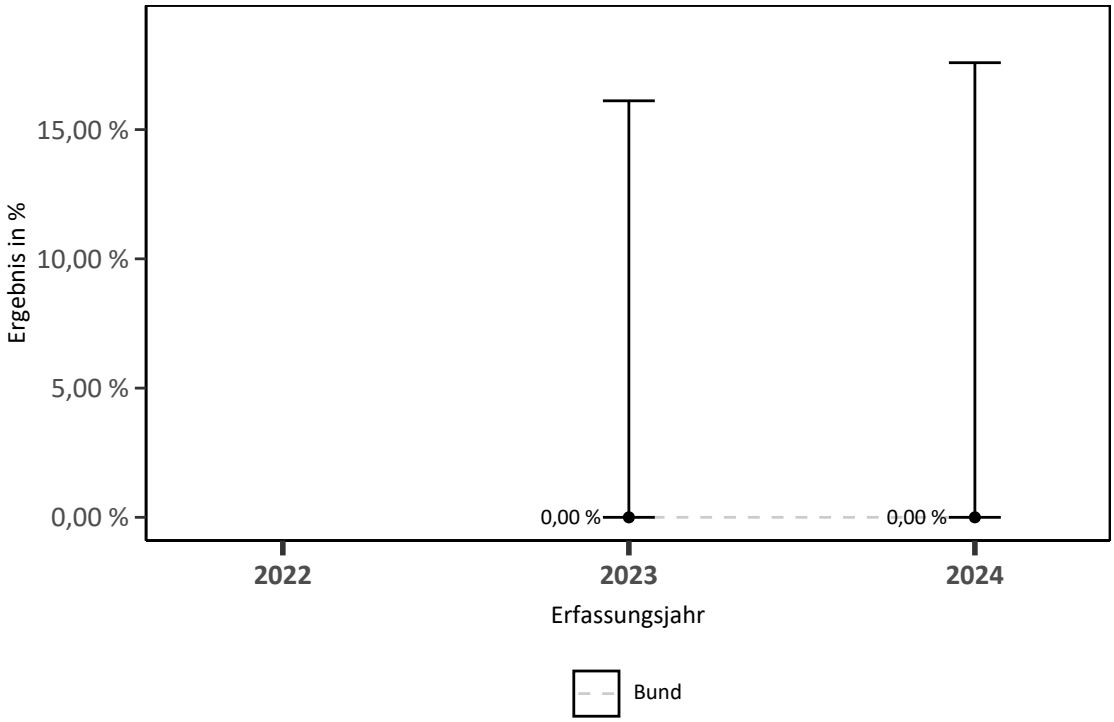
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 1 Jahr nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind, und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion (Bilirubin ≥ 35 µmol/l bzw. ≥ 2,3 mg/dl)
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

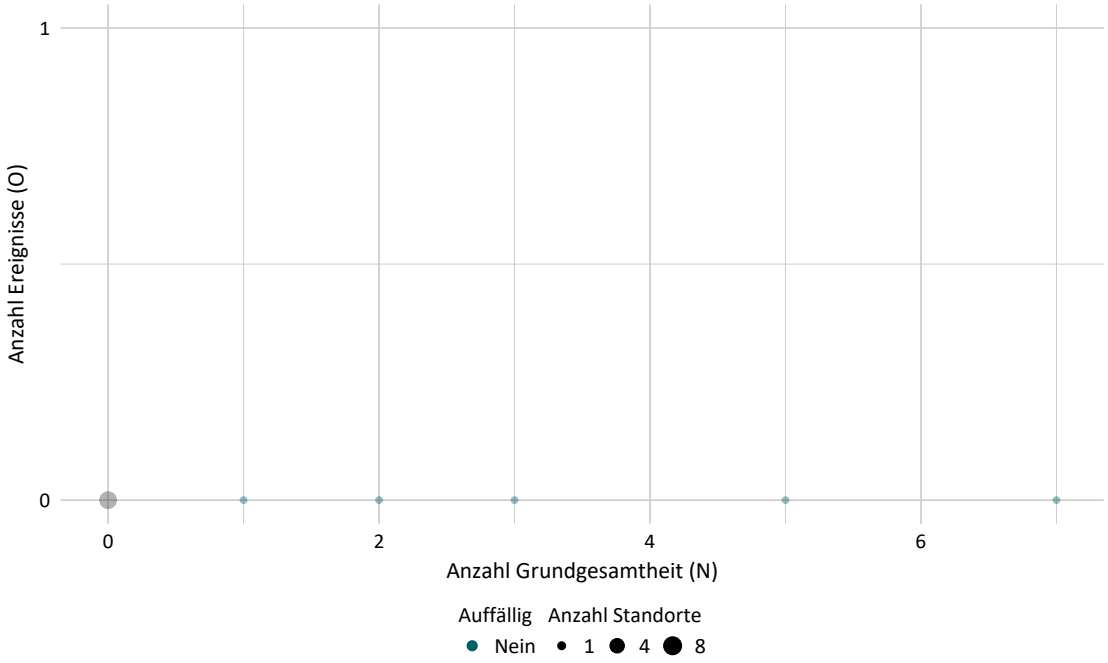
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 20	0,00	0,00 - 16,11
	2024	0 / 18	0,00	0,00 - 17,59

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
11.1	ID: 26_22067 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2023	100,00 % 37/37
11.1.1	ID: 26_22069 davon nach 1 Jahr Status bekannt und lebend	83,78 % 31/37
11.1.1.1	ID: 26_22070 davon mit plausiblem Bilirubinwert	58,06 % 18/31
11.1.1.1.1	**ID: 12609** **Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)**	0,00 % 0/18
11.1.1.2	ID: 26_22073 davon mit unbekanntem oder nicht plausiblem Bilirubinwert	41,94 % 13/31

12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)

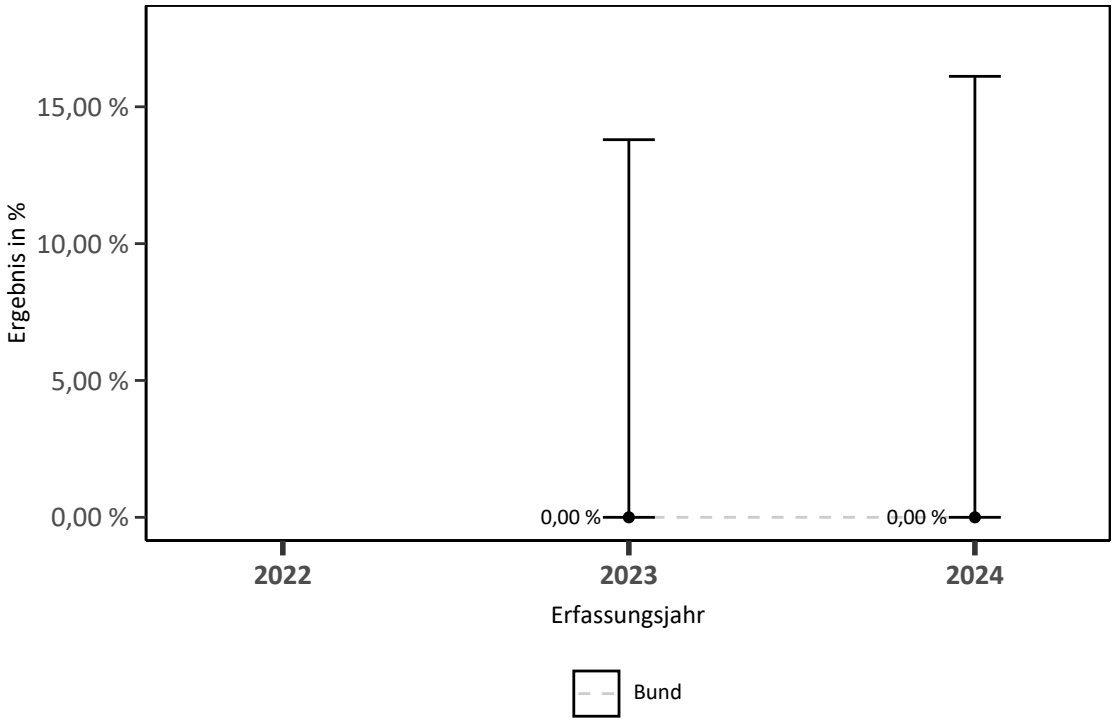
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 2 Jahre nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, bekannten Laborwerten, ohne dokumentierten Tod innerhalb 1 Jahres und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion (Bilirubin ≥ 35 µmol/l bzw. ≥ 2,3 mg/dl)
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

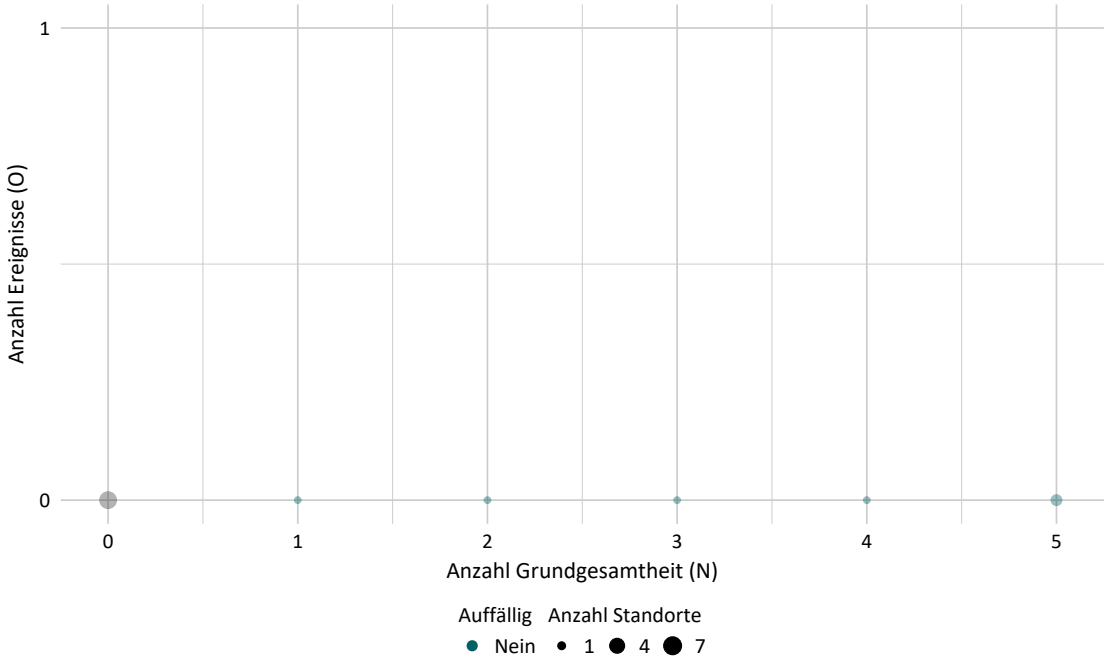
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 24	0,00	0,00 - 13,80
	2024	0 / 20	0,00	0,00 - 16,11

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.1	ID: 26_22074 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2022	100,00 % 35/35
12.1.1	ID: 26_22075 davon nach 2 Jahren Status bekannt, lebend und ohne dokumentierte Transplantation innerhalb von 1 Jahr	94,29 % 33/35
12.1.1.1	ID: 26_22076 davon mit plausiblem Bilirubinwert	60,61 % 20/33
12.1.1.1.1	**ID: 12613** **Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)**	0,00 % 0/20
12.1.1.2	ID: 26_22078 davon mit unbekanntem oder nicht plausiblem Bilirubinwert	39,39 % 13/33

12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)

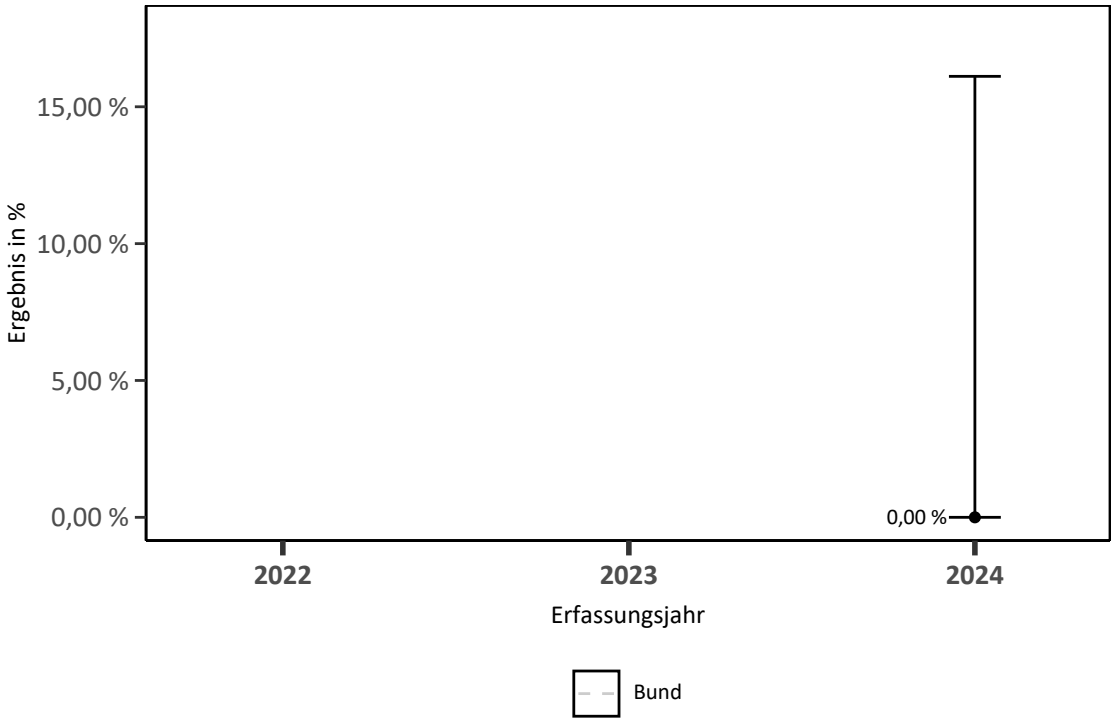
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 3 Jahre nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, bekannten Laborwerten, ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion (Bilirubin ≥ 35 µmol/l bzw. ≥ 2,3 mg/dl)
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

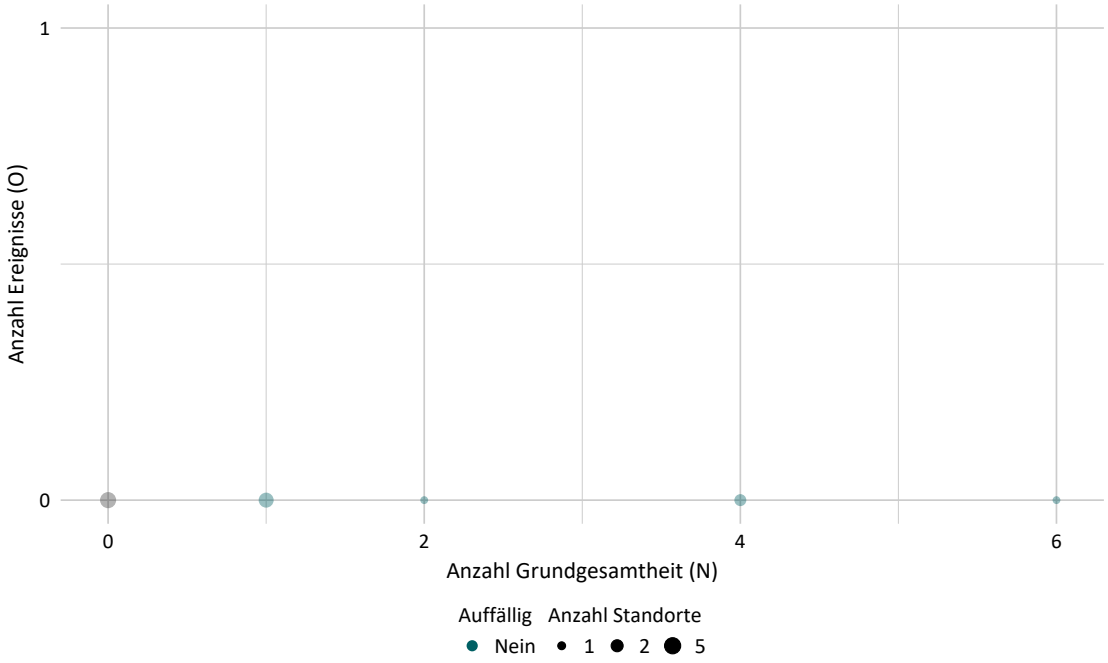
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	0 / 20	0,00	0,00 - 16,11

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
13.1	ID: 26_22081 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2021	100,00 % 34/34
13.1.1	ID: 26_22082 davon nach 3 Jahren Status bekannt, lebend und ohne dokumentierte Transplantation innerhalb von 2 Jahren	91,18 % 31/34
13.1.1.1	ID: 26_22083 davon mit plausiblem Bilirubinwert	64,52 % 20/31
13.1.1.1.1	**ID: 12617** **Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)**	0,00 % 0/20
13.1.1.2	ID: 26_22084 davon mit unbekanntem oder nicht plausiblem Bilirubinwert	35,48 % 11/31

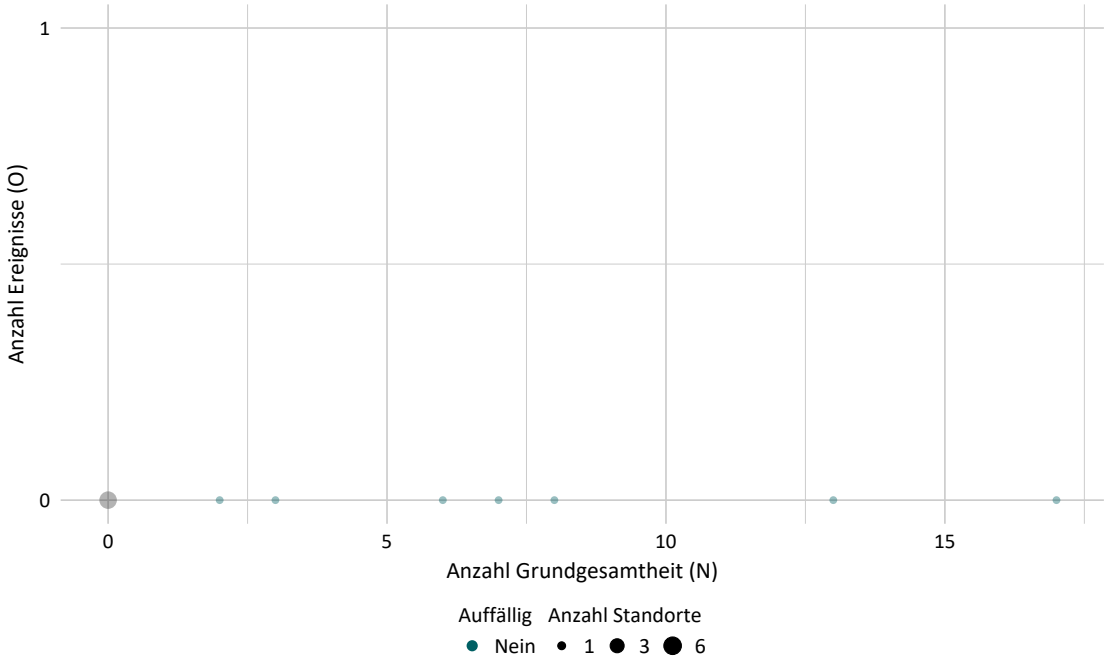
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852312: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-)Sterblichkeits-QIs und –Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Leberlebendspende während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2024 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

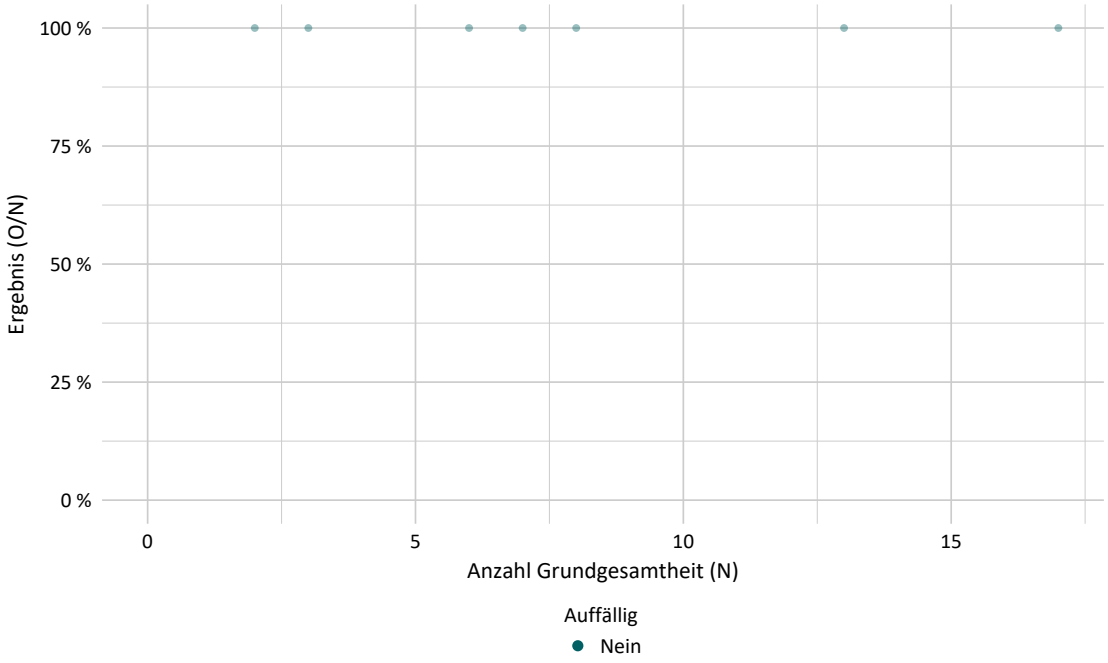
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 56	0,00	0,00 % 0 / 7

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	7	0	100,00	100,00	100,00

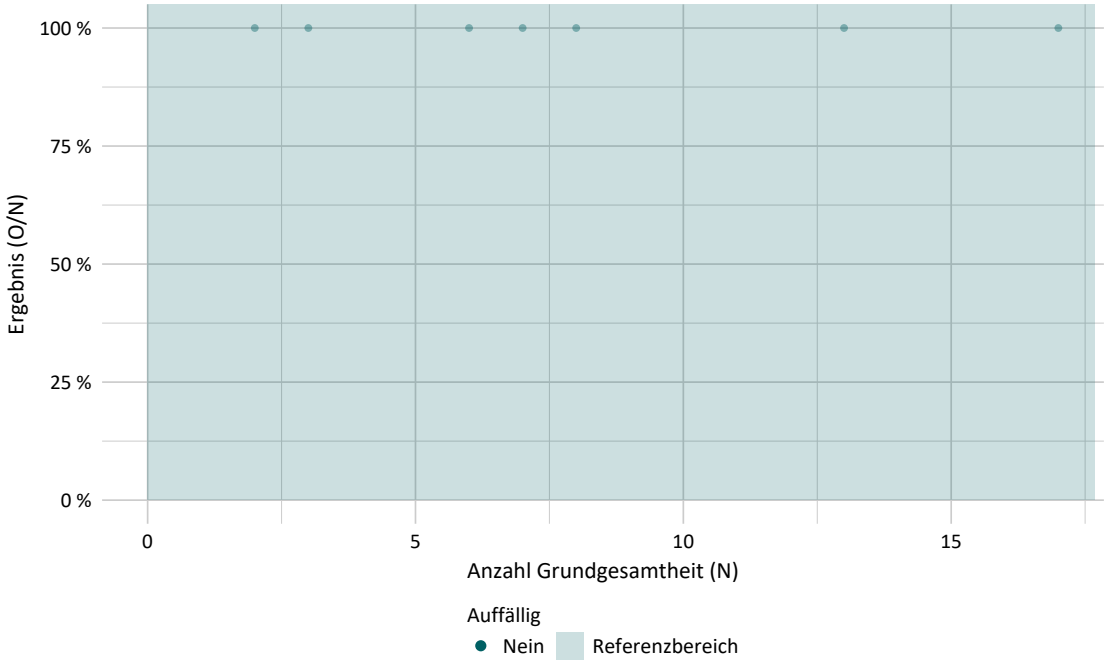
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	56 / 56	100,00	0,00 % 0 / 7

850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	7	0	100,00	100,00	100,00

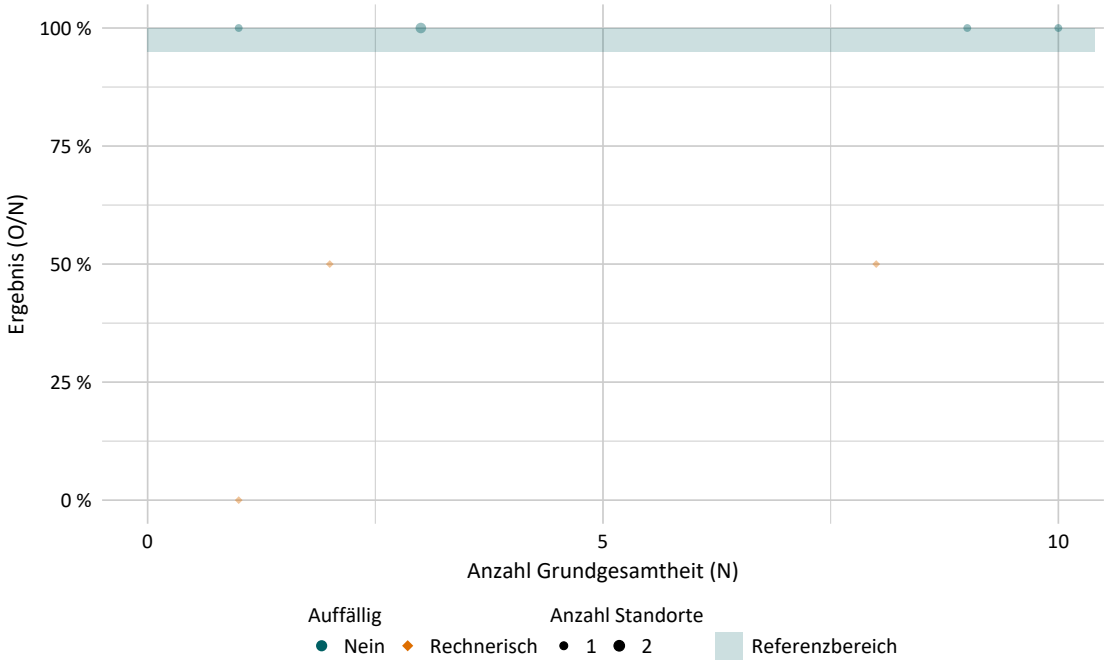
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	56 / 56	100,00	0,00 % 0 / 7

850260: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Leberlebendspenderinnen und Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	8	3	0,00	100,00	100,00

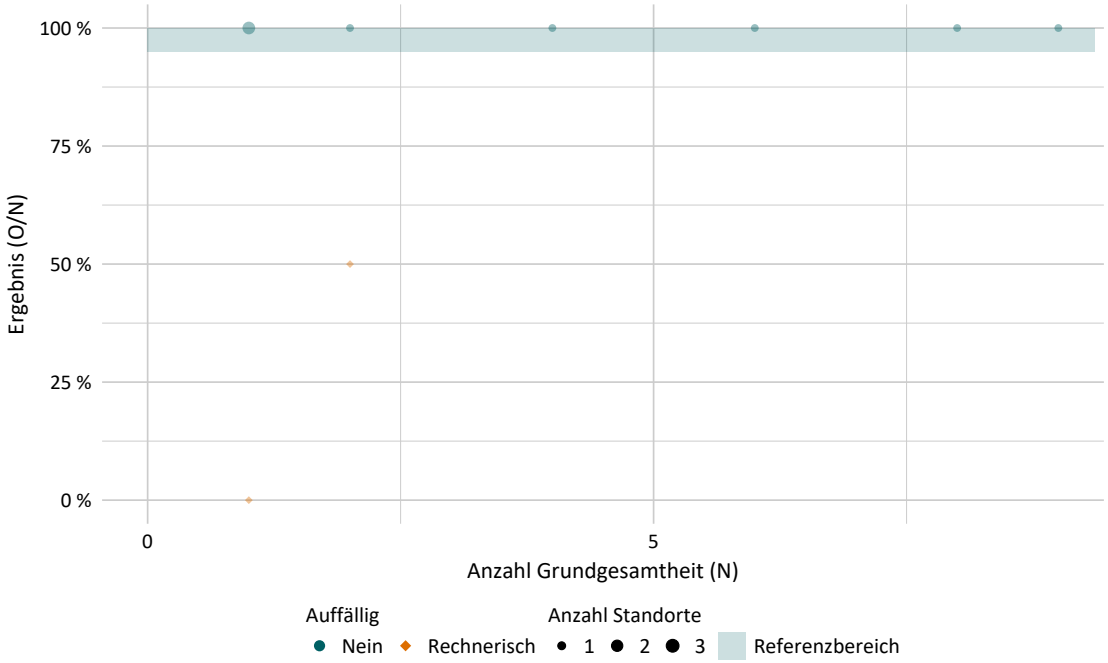
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	31 / 37	83,78	37,50 % 3 / 8

850261: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Leberlebendspenderinnen und Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	10	2	0,00	100,00	100,00

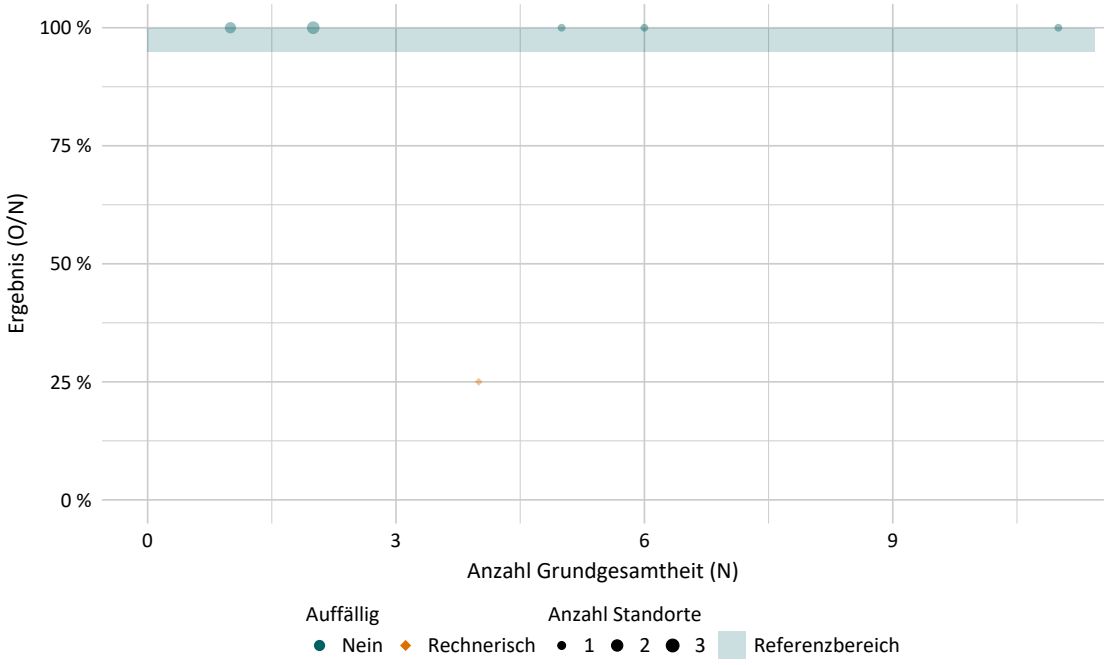
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	33 / 35	94,29	20,00 % 2 / 10

850262: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Leberlebendspende (LLS).
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Leberlebendspenderinnen und Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	9	1	25,00	100,00	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	31 / 34	91,18	11,11 % 1 / 9

Basisauswertung

Basisdaten Spenderin und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 56**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	0	0,00
1. Quartal	15	26,79
2. Quartal	18	32,14
3. Quartal	8	14,29
4. Quartal	15	26,79
Entlassungsquartal		
1. Quartal	14	25,00
2. Quartal	16	28,57
3. Quartal	11	19,64
4. Quartal	15	26,79

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 56**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	21	37,50
8 - 14 Tage	28	50,00
15 - 21 Tage	5	8,93
22 - 28 Tage	0	0,00
> 28 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	56
Minimum	0,00
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	1,00
Median	1,00
Mittelwert	1,86
75. Perzentil	1,00
95. Perzentil	7,90
Maximum	24,00
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	56
Minimum	4,00
5. Perzentil	4,85
25. Perzentil	6,00
Median	7,00
Mittelwert	9,20
75. Perzentil	9,00
95. Perzentil	18,30
Maximum	81,00

	Bund (gesamt)
Gesamtverweildauer (Tage)[1]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	56
Minimum	5,00
5. Perzentil	6,00
25. Perzentil	7,00
Median	8,00
Mittelwert	11,05
75. Perzentil	10,75
95. Perzentil	23,70
Maximum	84,00

[1] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 56**	
Geschlecht		
(1) männlich	19	33,93
(2) weiblich	37	66,07
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 56**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	0	0,00
20 - 29 Jahre	9	16,07
30 - 39 Jahre	29	51,79
40 - 49 Jahre	9	16,07
50 - 59 Jahre	8	14,29
60 - 69 Jahre	≤3	x
70 - 79 Jahre	0	0,00
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	56
Minimum	21,00
5. Perzentil	23,00
25. Perzentil	31,00
Mittelwert	37,57
Median	36,00
75. Perzentil	42,75
95. Perzentil	57,15
Maximum	60,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 54**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	≤3	x
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	32	59,26
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	18	33,33
Adipositas (≥ 30)	≤3	x

Operation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 56**	
OPS[2]		
(5-503.3) Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3], zur Lebend-Organspende	35	62,50
(5-503.4) Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente (1), 2, 3, 4a und 4b] zur Lebend-Organspende	5	8,93
(5-503.5) Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend-Organspende	16	28,57
(5-503.6) Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organspende	0	0,00

[2] Mehrfachnennung möglich

Resezierte Lebersegmente

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Leberlebendspenden	**N = 56**	
Segmente		
(Segment II und III) Sektorektomie links lateral	34	60,71
(Segment II, III und IV) Hemihepatektomie links	≤3	x
(Segment V, VI, VII und VIII) Hemihepatektomie rechts	16	28,57
andere	≤3	x

Gewicht der entnommenen Leber

	Bund (gesamt)
Gewichtsverteilung (Gramm)	
Anzahl Leberlebendspenden mit Angaben zum Gewicht von > 0 bis < 9999 Gramm	56
Median	318,50
Mittelwert	417,36

Verlauf

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 56**	
Komplikationen nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	51	91,07
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	≤3	x
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung)	≤3	x
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	≤3	x
(4) Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)	0	0,00
(5) Grad V (Tod)	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation Grad I bis V	**N = 5**	
Komplikationen[3]		
Blutung	0	0,00
Gallenwegskomplikation	≤3	x
sekundäre Wundheilung	0	0,00
Ileus	0	0,00
akutes Leberversagen	0	0,00
Thrombose	0	0,00
Lungenembolie	0	0,00
Pneumonie	0	0,00
sonstige Komplikationen	4	80,00

[3] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 56**	
Lebertransplantation beim Leberlebendspenderin bzw. Leberlebendspender erforderlich		
(0) nein	56	100,00
(1) ja	0	0,00
davon als		
Dominotransplantation	0	-

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 56**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	34	60,71
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	20	35,71
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	0	0,00
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[4]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[5]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[6]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 56**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[7]		
(1) ja	0	0,00

[4] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[5] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[6] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[7] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-NLS: Nierenlebendspenden

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Nierenlebendspenden. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025

Abgabe 15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 9

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 11

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende 13

Details zu den Ergebnissen 16

2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 17

12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 20

Details zu den Ergebnissen 23

12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 24

Details zu den Ergebnissen 27

12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 29

Details zu den Ergebnissen 32

292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 34

2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich 36

12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 39

Details zu den Ergebnissen 42

12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 43

Details zu den Ergebnissen 46

12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) 47

Details zu den Ergebnissen 50

© IQTIG 2025

51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende ... 51
Details zu den Ergebnissen ... 54
51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende ... 55
Details zu den Ergebnissen ... 58
51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende ... 59
Details zu den Ergebnissen ... 62
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 63
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 63
852315: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden ... 63
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 65
850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 65
850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 67
850269: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up ... 69
850270: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up ... 71
850271: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up ... 73
Basisauswertung ... 75
Basisdaten Spenderin und Spender ... 75
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 75
Geschlecht ... 77
Patientenalter am Aufnahmetag ... 78
Body Mass Index (BMI) ... 79
Anamnese ... 80
Operation ... 81
Operation (nach OPS) ... 81
Verlauf ... 82
Komplikationen ... 82
Entlassung ... 83
Nierenfunktion bei Entlassung ... 83
Todesursache ... 86

Einleitung

Lebendorganspenden werden aufgrund der aktuellen Organknappheit vonseiten der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zunehmend erwünscht. Voraussetzungen für eine Lebendspende sind der gute Gesundheitszustand der Spenderin bzw. des Spenders und die Freiwilligkeit der Organspende, die durch eine unabhängige Lebendspende-Kommission geprüft wird. Vor diesem Hintergrund erlaubt das deutsche Transplantationsgesetz die Nierenlebendspende ausschließlich an Verwandte ersten und zweiten Grades, an Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder Verlobte sowie andere Personen, „die der Spenderin bzw. dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“. Das Qualitätssicherungsverfahren Nierenlebendspende bezieht sich ausschließlich auf die Organspenderin bzw. den Organspender. Bei der Lebendspende soll durch bestmögliche Qualität der medizinischen Behandlung und durch sorgfältige Bewertung der Spenderin bzw. des Spenders vor dem Eingriff ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden. Es gilt, jegliche Komplikation für die Spenderin bzw. den Spender zu vermeiden.

Potenzielle Lebendorganspenderinnen und Lebendorganspender werden in der Regel in einem mehrstufigen Verfahren evaluiert. Dabei werden Einflussfaktoren identifiziert, die das Risiko für eine potenziell tödliche Komplikation erhöhen können. Denn gemäß § 8 Abs. 1 S. 1c TPG (BGBl. I S. 2757) [1] ist eine Organentnahme bei Lebenden nur zulässig, wenn diese nicht über das allgemeine Operationsrisiko hinaus gefährdet werden.

Die Qualitätsindikatoren beziehen sich dementsprechend auf die Erfassung der Sterblichkeit bzw. der Überlebensraten der Spenderinnen und Spender im Langzeitverlauf, den Erhalt der Nierenfunktion sowie Komplikationen im Zusammenhang mit dem Eingriff.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Nierenlebendspende (TX-NLS) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	633 631 2	633	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	38		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	38	38	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	36	36	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse (sofern darstellbar und ausgegeben) finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende	≤ 10,00 %	1,90 % O = 12 N = 631
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 631
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 507
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 443
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 277
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	Sentinel Event	0,13 O = 187 N = 1.413
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 631
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 467

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 399
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 246
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	≤ 20,00 %	3,33 % O = 15 N = 450
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	≤ 20,00 %	6,28 % O = 24 N = 382
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	≤ 20,00 %	2,60 % O = 6 N = 231

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852315	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden	= 0	0,00 0 / 631	0,00 % 0 / 38

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,00 % 633 / 633	0,00 % 0 / 38
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,00 % 633 / 633	0,00 % 0 / 38
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	83,97 % 487 / 580	54,05 % 20 / 37
850270	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	83,96 % 424 / 505	48,65 % 18 / 37
850271	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	79,03 % 260 / 329	51,43 % 18 / 35

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende

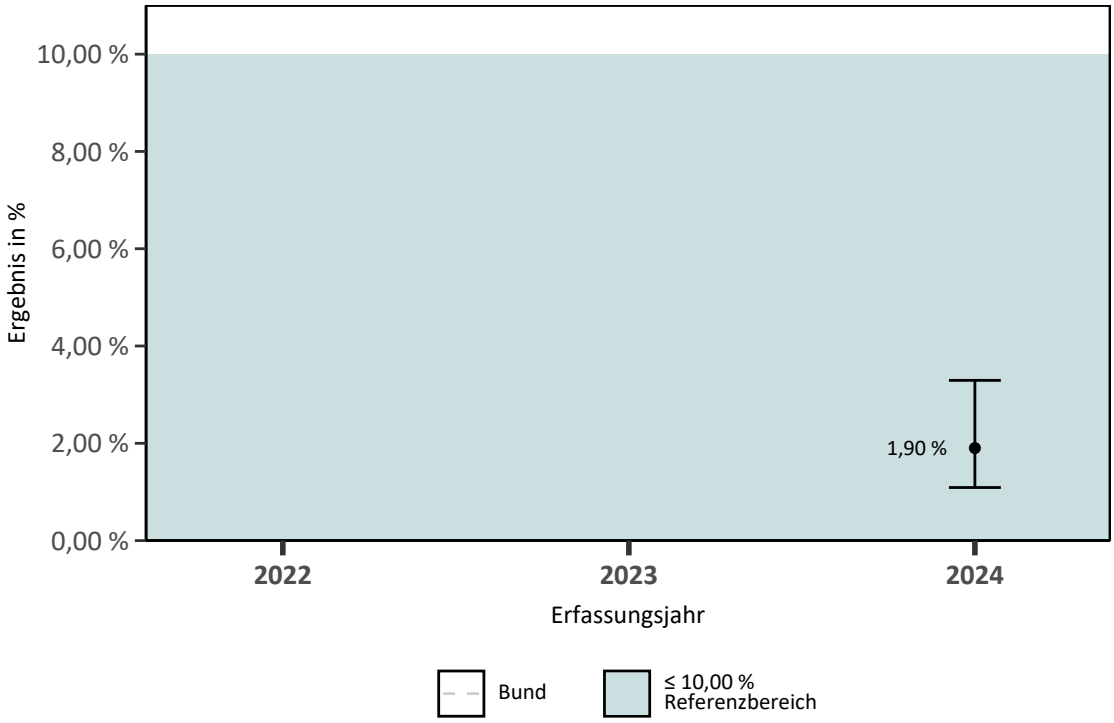
Qualitätsziel	Selten (schwere) intra- oder postoperative Komplikationen nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation (Grad 2 bis 5 nach Clavien-Dindo) und ohne Dialysepflichtigkeit bei Entlassung
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

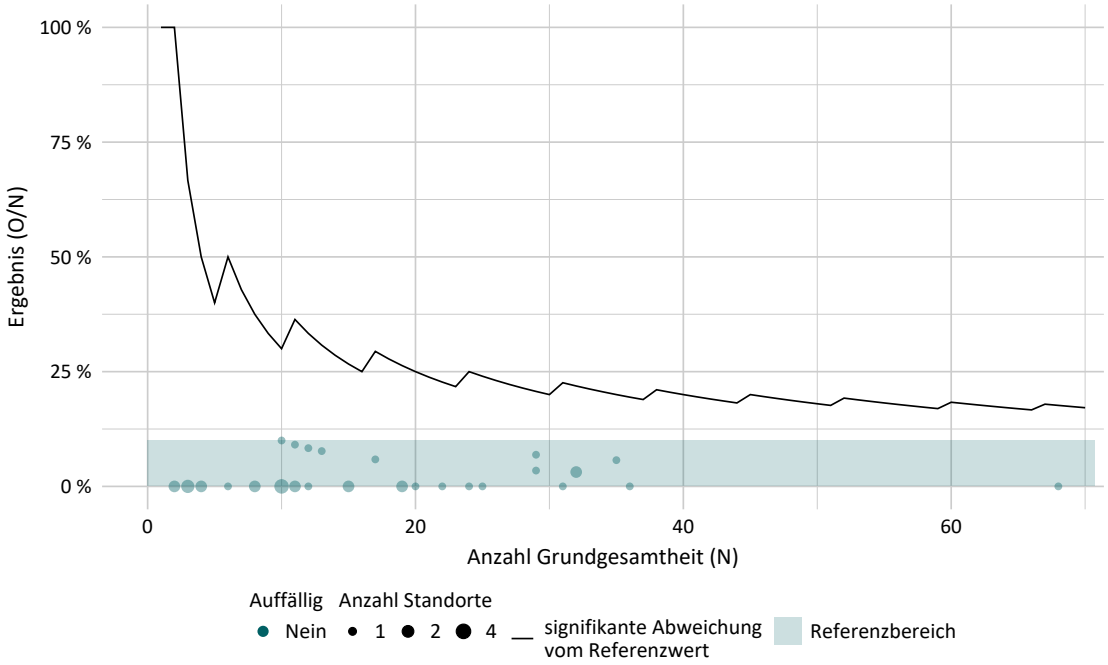
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	12 / 631	1,90	1,09 - 3,29

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	38	0	0,00	10,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 51567** **Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende**[1]	1,90 % 12/631
1.1.1	ID: 29_22000 Blutung	x % ≤3/631
1.1.2	ID: 29_22001 Reoperation erforderlich	x % ≤3/631
1.1.3	ID: 29_22002 sonstige Komplikationen	2,85 % 18/631

[1] Als schwere Komplikationen sind solche definiert, die mehr als eine Bluttransfusion oder eine Reoperation erfordern bzw. die potenziell zum Tode führen.

2137: Sterblichkeit im Krankenhaus

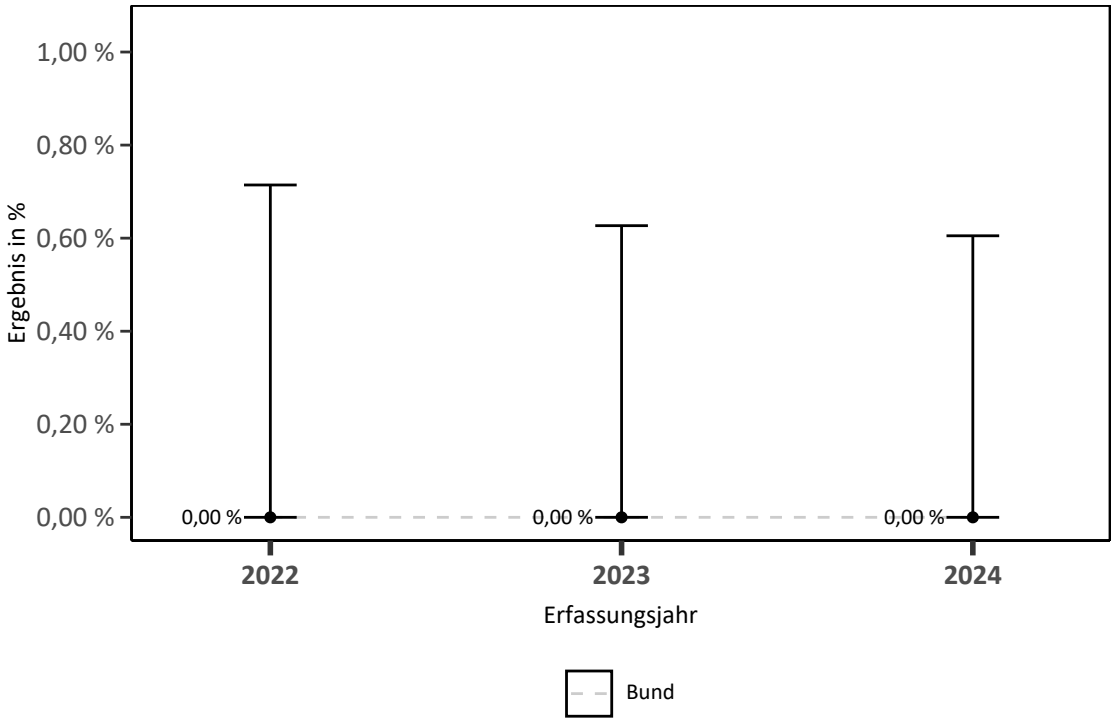
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Zähler	Verstorbene Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

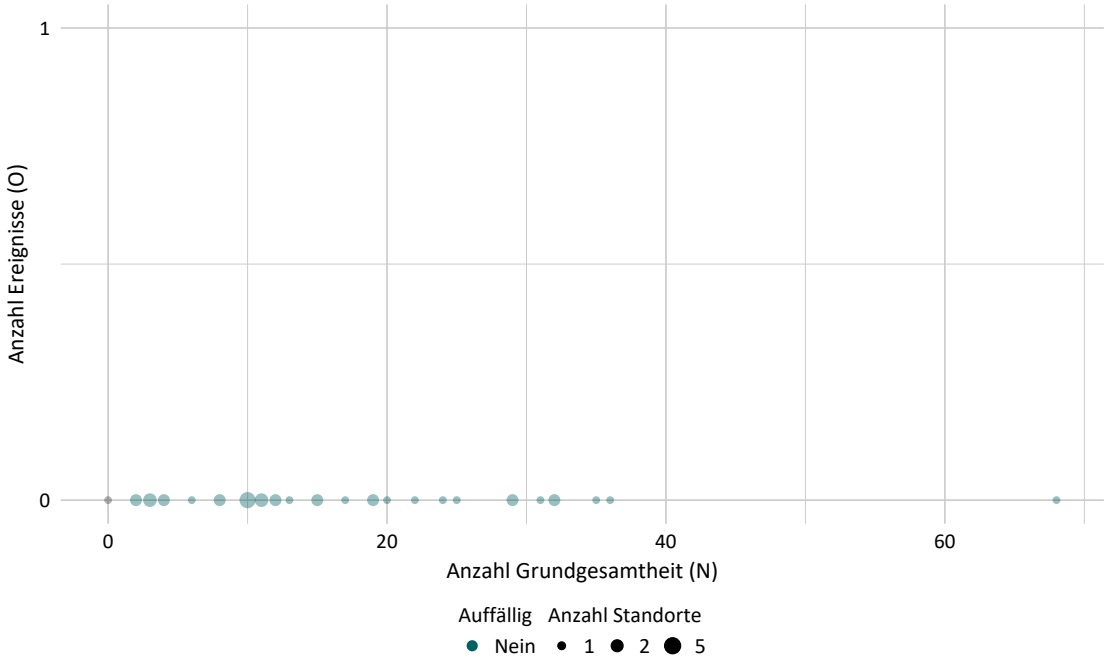
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	0 / 534	0,00	0,00 - 0,71
	2023	0 / 609	0,00	0,00 - 0,63
	2024	0 / 631	0,00	0,00 - 0,61

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

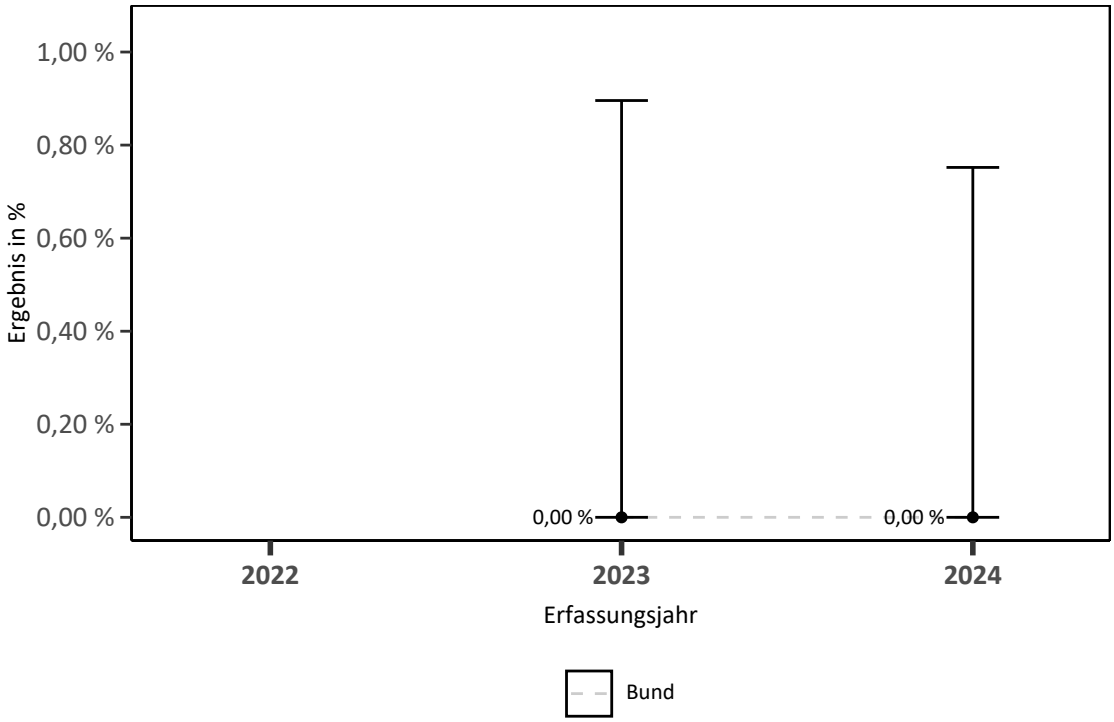
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

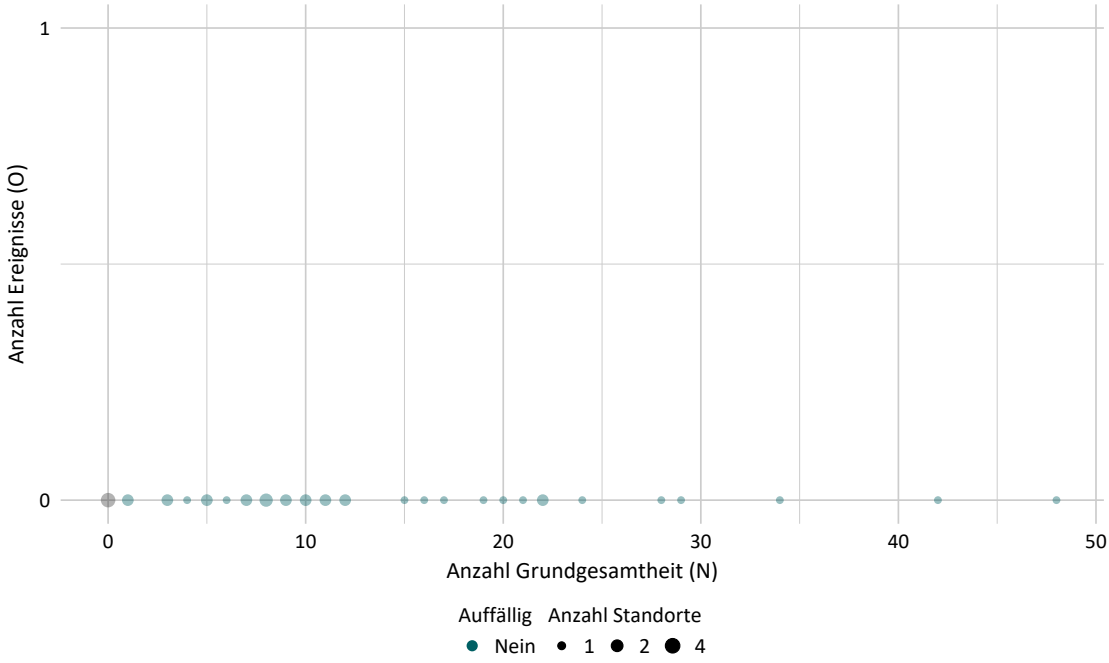
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 425	0,00	0,00 - 0,90
	2024	0 / 507	0,00	0,00 - 0,75

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 29_22003 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 580/580
3.1.1	ID: 29_22004 davon lebend entlassen	100,00 % 580/580
3.1.1.1	ID: 29_22005 Status bekannt	87,41 % 507/580
3.1.1.1.1	ID: 29_22006 davon lebend	100,00 % 507/507
3.1.1.1.2	ID: 29_22007 verstorben innerhalb von 1 Jahr	0,00 % 0/507
3.1.1.2	ID: 29_22009 Status unbekannt	12,59 % 73/580
3.1.1.3	ID: 29_22010 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	12,59 % 73/580

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 1-Jahres-Versterben	
3.2.1	ID: 29_22011 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 580/580
3.2.2	1-Jahres-Versterben	
3.2.2.1	**ID: 12440** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende**	0,00 % 0/507
3.2.2.2	ID: 29_22012 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/580

12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

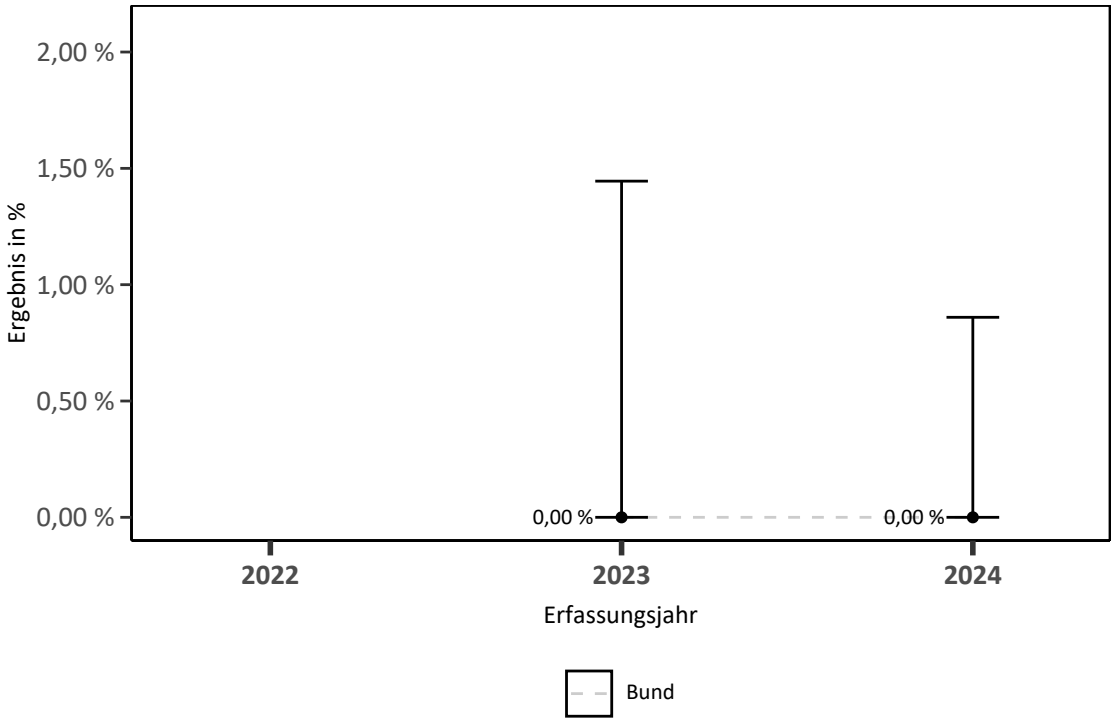
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

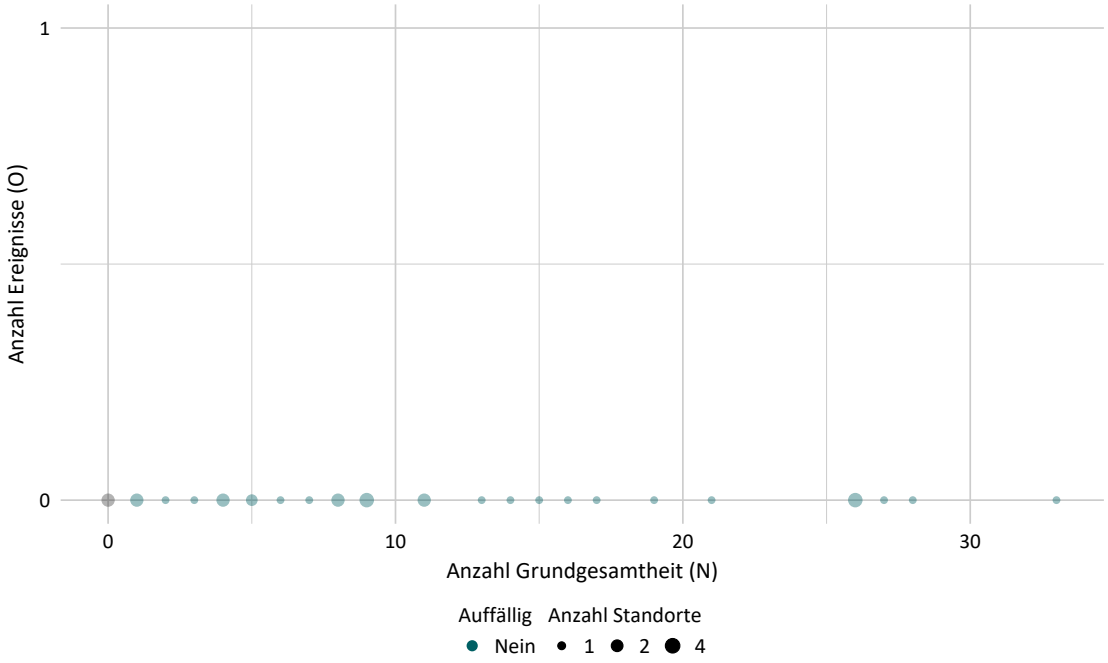
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 262	0,00	0,00 - 1,45
	2024	0 / 443	0,00	0,00 - 0,86

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 29_22013 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 505/505
4.1.1	ID: 29_22014 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	100,00 % 505/505
4.1.1.1	ID: 29_22015 Status bekannt	87,72 % 443/505
4.1.1.1.1	ID: 29_22016 davon lebend	100,00 % 443/443
4.1.1.1.2	ID: 29_22017 verstorben innerhalb von 2 Jahren	0,00 % 0/443
4.1.1.2	ID: 29_22019 Status unbekannt	12,28 % 62/505
4.1.1.3	ID: 29_22020 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	12,28 % 62/505

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 2-Jahres-Versterben	
4.2.1	ID: 29_22021 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 505/505
4.2.2	1-Jahres-Versterben	
4.2.2.1	ID: 29_22022 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	0,00 % 0/467
4.2.2.2	ID: 29_22023 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/505
4.2.2.3	ID: 29_22024 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	7,52 % 38/505
4.2.3	2-Jahres-Versterben	
4.2.3.1	**ID: 12452** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende**	0,00 % 0/443

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.2	ID: 29_22025 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/505

12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

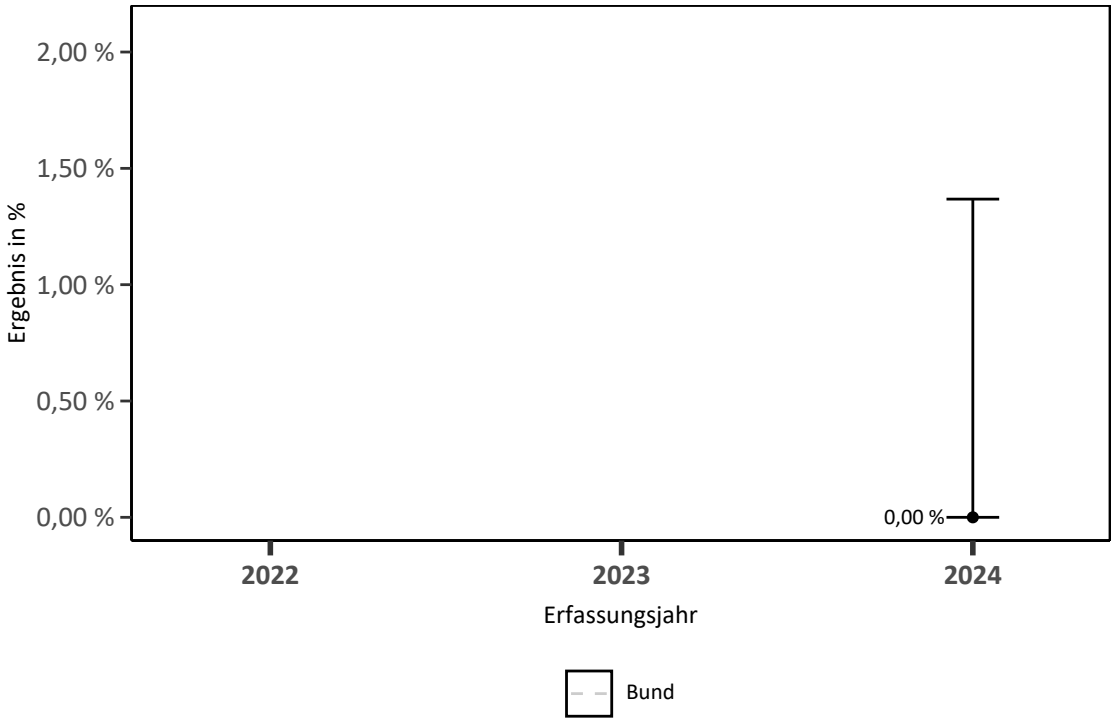
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

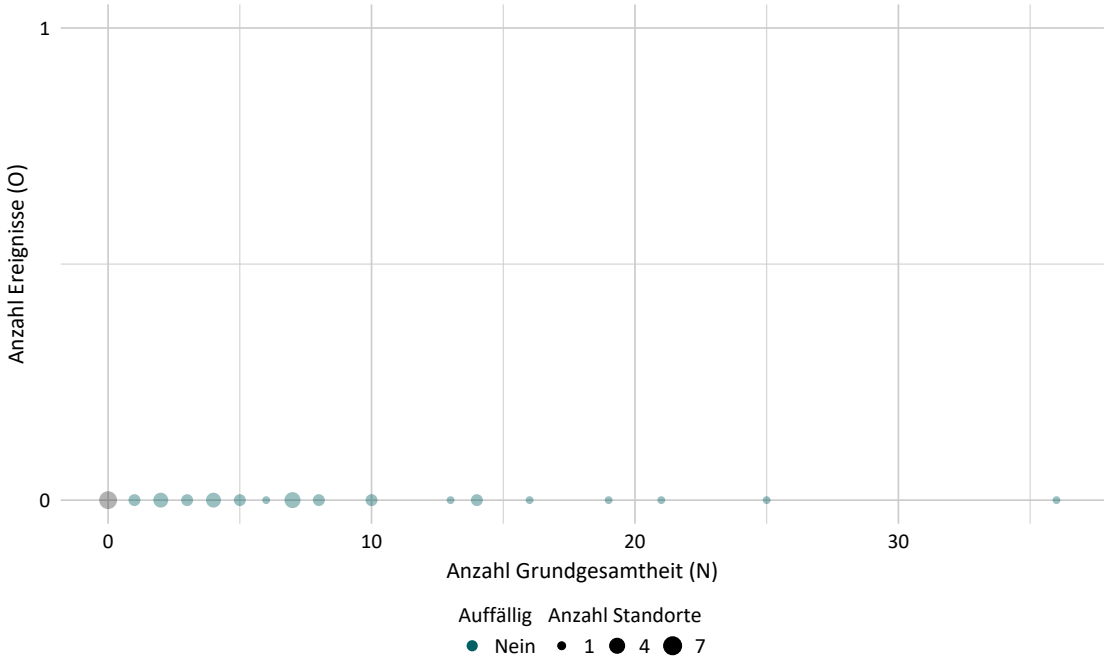
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	0 / 277	0,00	0,00 - 1,37

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 29_22026 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 329/329
5.1.1	ID: 29_22027 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	100,00 % 329/329
5.1.1.1	ID: 29_22028 Status bekannt	84,19 % 277/329
5.1.1.1.1	ID: 29_22029 davon lebend	100,00 % 277/277
5.1.1.1.2	ID: 29_22030 verstorben innerhalb von 3 Jahren	0,00 % 0/277
5.1.1.2	ID: 29_22032 Status unbekannt	15,81 % 52/329
5.1.1.3	ID: 29_22033 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	15,81 % 52/329

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Verlauf 3-Jahres-Versterben	
5.2.1	ID: 29_22034 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig wurde	100,00 % 329/329
5.2.2	1-Jahres-Versterben	
5.2.2.1	ID: 29_22035 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	0,00 % 0/303
5.2.2.2	ID: 29_22036 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/329
5.2.2.3	ID: 29_22037 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	7,90 % 26/329
5.2.3	2-Jahres-Versterben	
5.2.3.1	ID: 29_22038 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	0,00 % 0/297

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.3.2	ID: 29_22039 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/329
5.2.3.3	ID: 29_22040 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	9,73 % 32/329
5.2.3	3-Jahres-Versterben	
5.2.3.1	**ID: 12468** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende**	0,00 % 0/277
5.2.3.2	ID: 29_22041 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/329

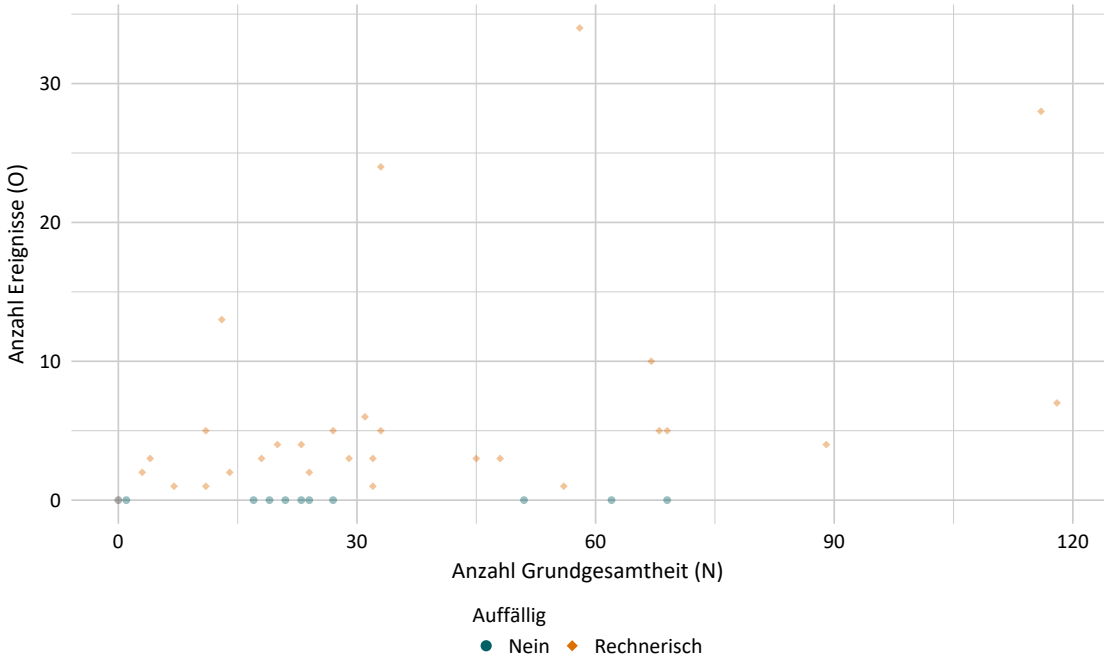
292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Nierenlebendspende, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2022**	- / -	-
	2023	136 / 823	136
	2024	187 / 1.413	187

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich

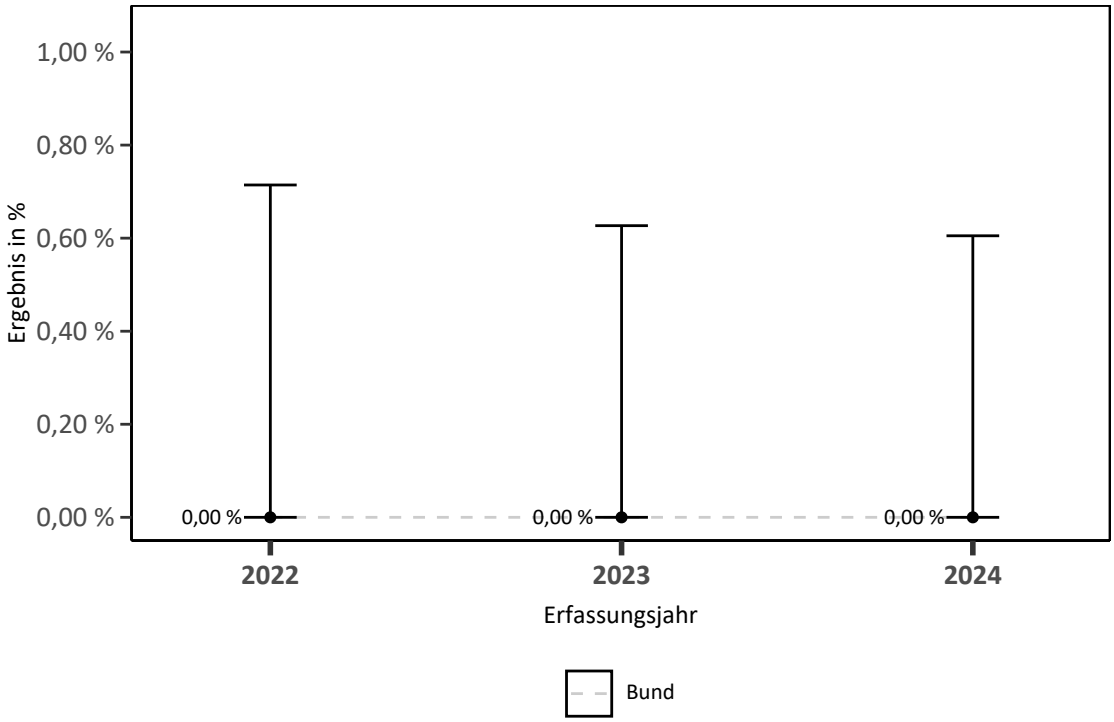
Qualitätsziel	Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die bei Entlassung dialysepflichtig waren
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

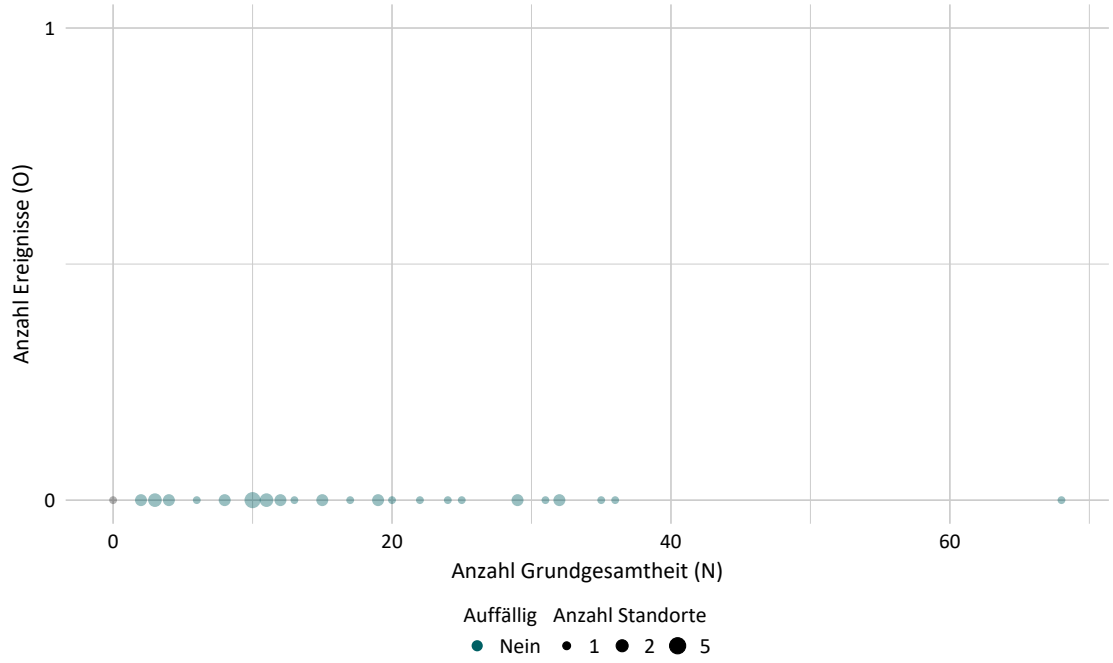
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	0 / 534	0,00	0,00 - 0,71
	2023	0 / 609	0,00	0,00 - 0,63
	2024	0 / 631	0,00	0,00 - 0,61

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)

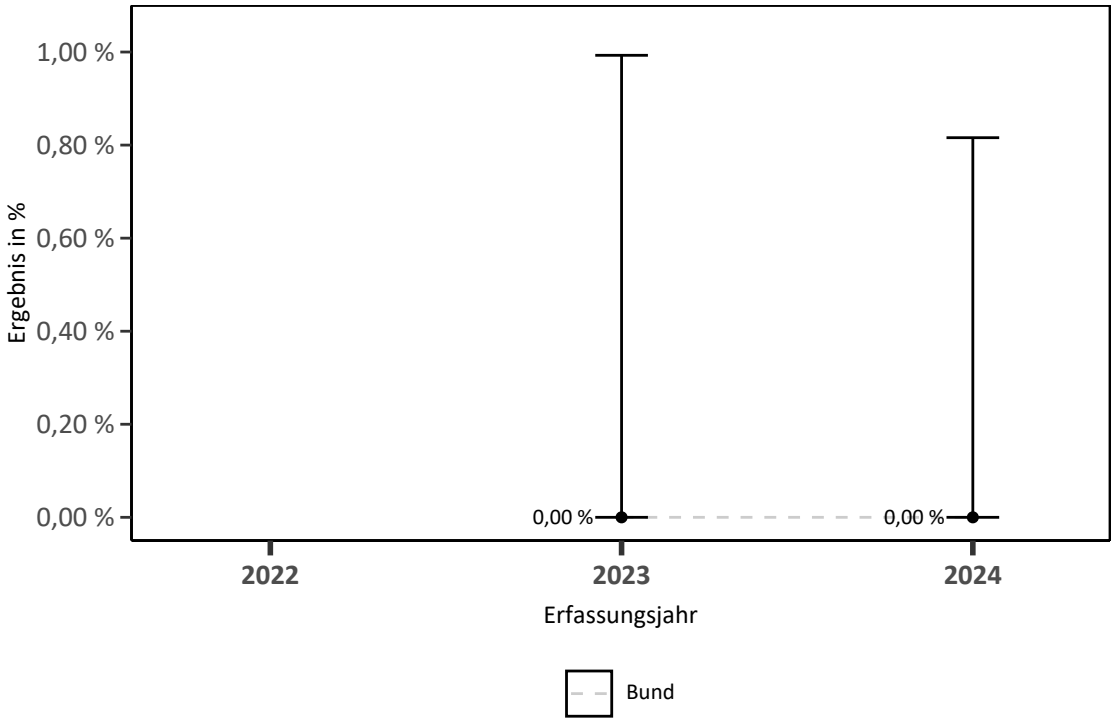
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig) 1 Jahr nach der Spende
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

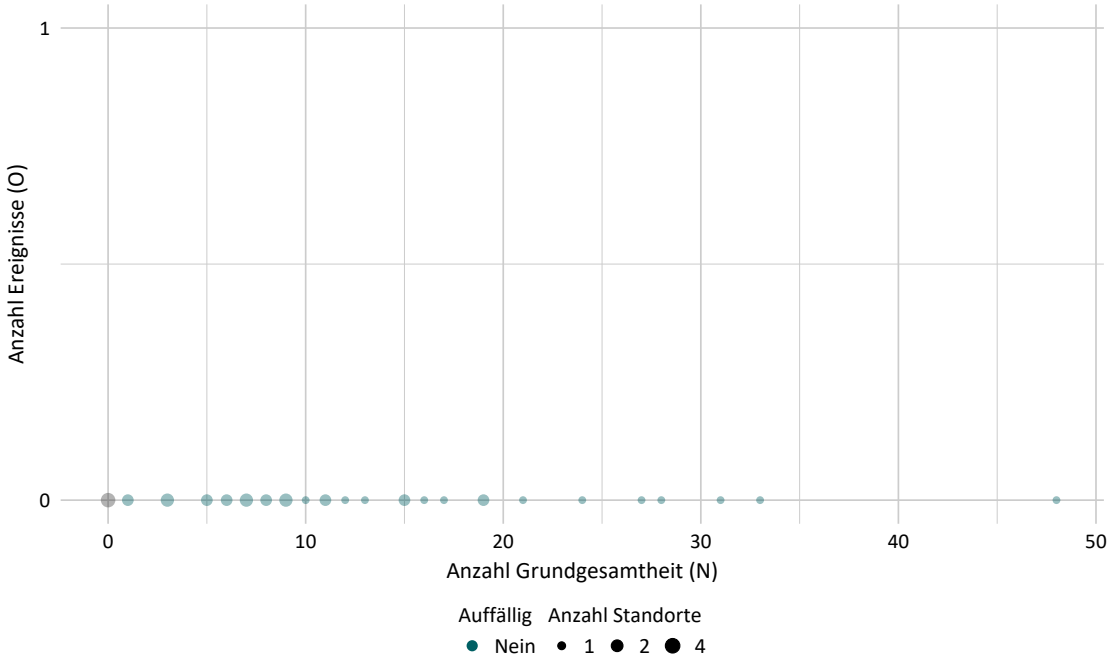
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 383	0,00	0,00 - 0,99
	2024	0 / 467	0,00	0,00 - 0,82

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 29_22045 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2023	100,00 % 580/580
8.1.1	ID: 29_22046 davon Status nach 1 Jahr bekannt und lebend	83,79 % 486/580
8.1.1.1	ID: 29_22047 davon mit plausiblen Laborwerten	96,09 % 467/486
8.1.1.1.1	**ID: 12636** **Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)**	0,00 % 0/467
8.1.1.2	ID: 29_22048 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	3,91 % 19/486

12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)

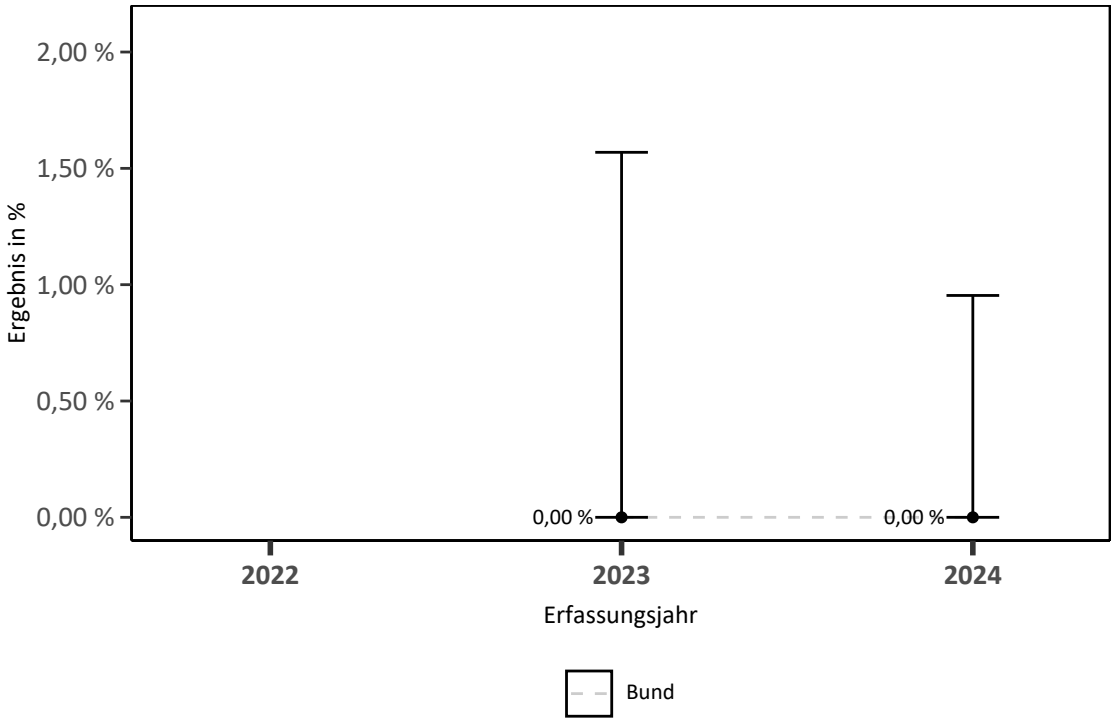
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig) 2 Jahre nach der Spende
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

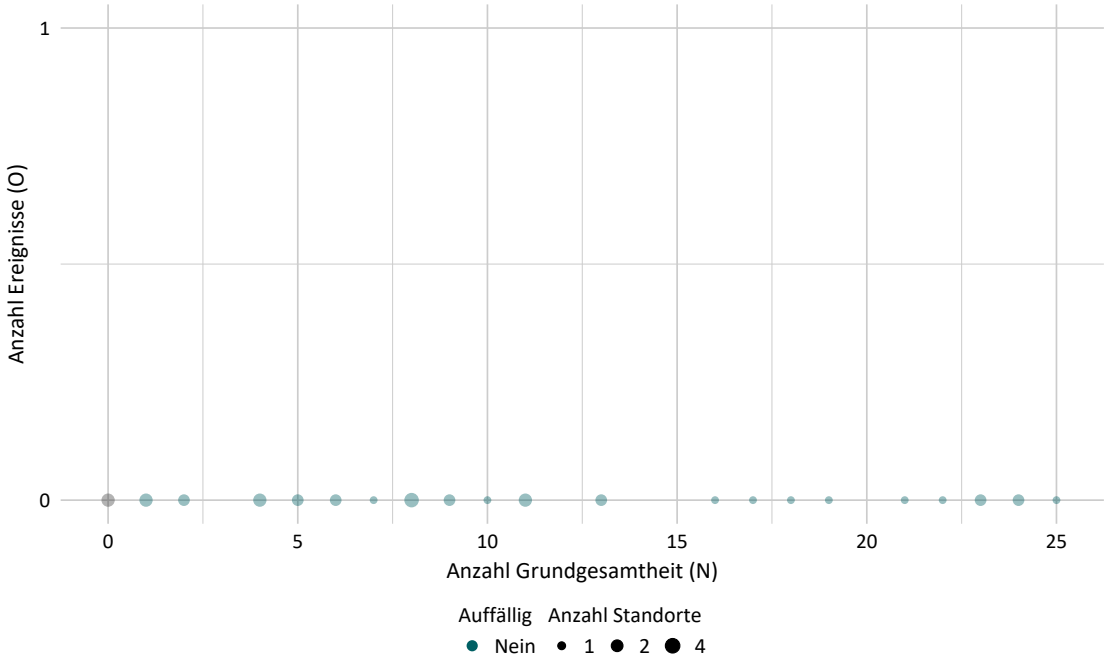
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	0 / 241	0,00	0,00 - 1,57
	2024	0 / 399	0,00	0,00 - 0,95

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 29_22049 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2022	100,00 % 505/505
9.1.1	ID: 29_22050 davon Status nach 2 Jahren bekannt und lebend	83,76 % 423/505
9.1.1.1	ID: 29_22051 davon mit plausiblen Laborwerten	94,33 % 399/423
9.1.1.1.1	**ID: 12640** **Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)**	0,00 % 0/399
9.1.1.2	ID: 29_22052 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	5,67 % 24/423

12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)

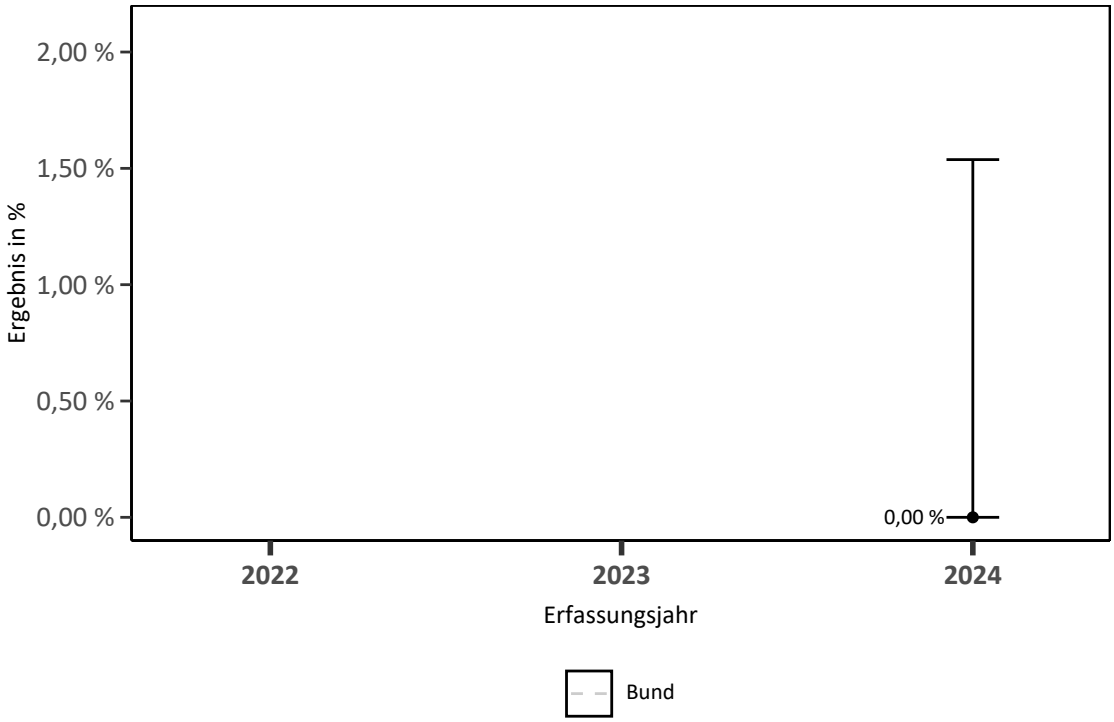
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig) 3 Jahre nach der Spende
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

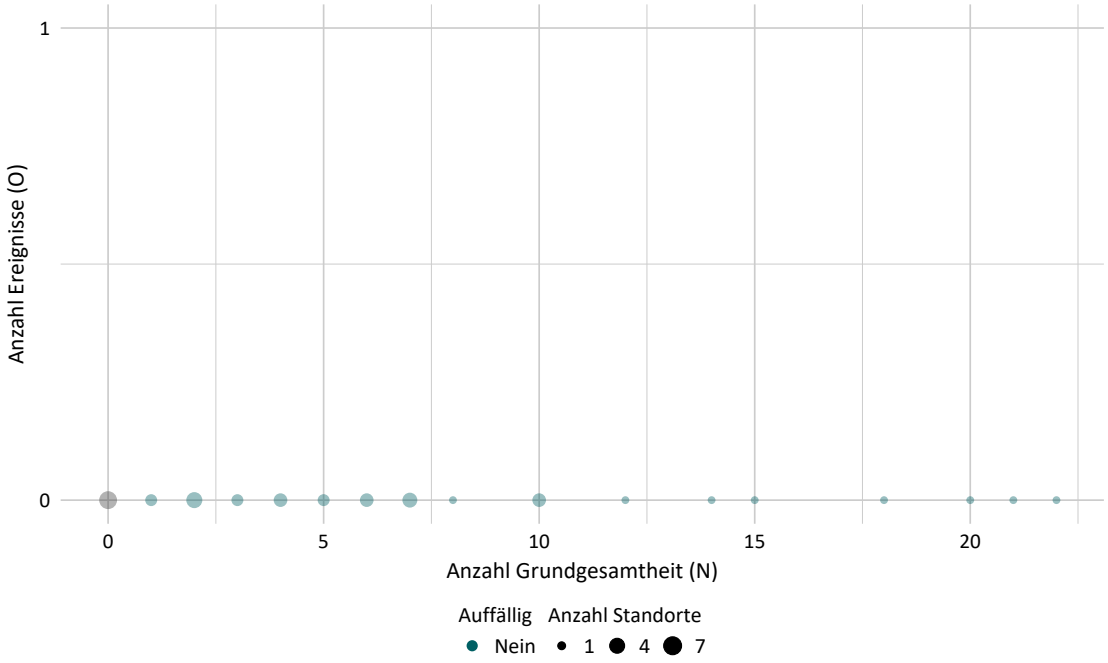
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	0 / 246	0,00	0,00 - 1,54

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	ID: 29_22053 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2021	100,00 % 329/329
10.1.1	ID: 29_22054 davon Status nach 3 Jahren bekannt und lebend	78,72 % 259/329
10.1.1.1	ID: 29_22055 davon mit plausiblen Laborwerten	94,98 % 246/259
10.1.1.1.1	**ID: 12644** **Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)**	0,00 % 0/246
10.1.1.2	ID: 29_22056 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	5,02 % 13/259

51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

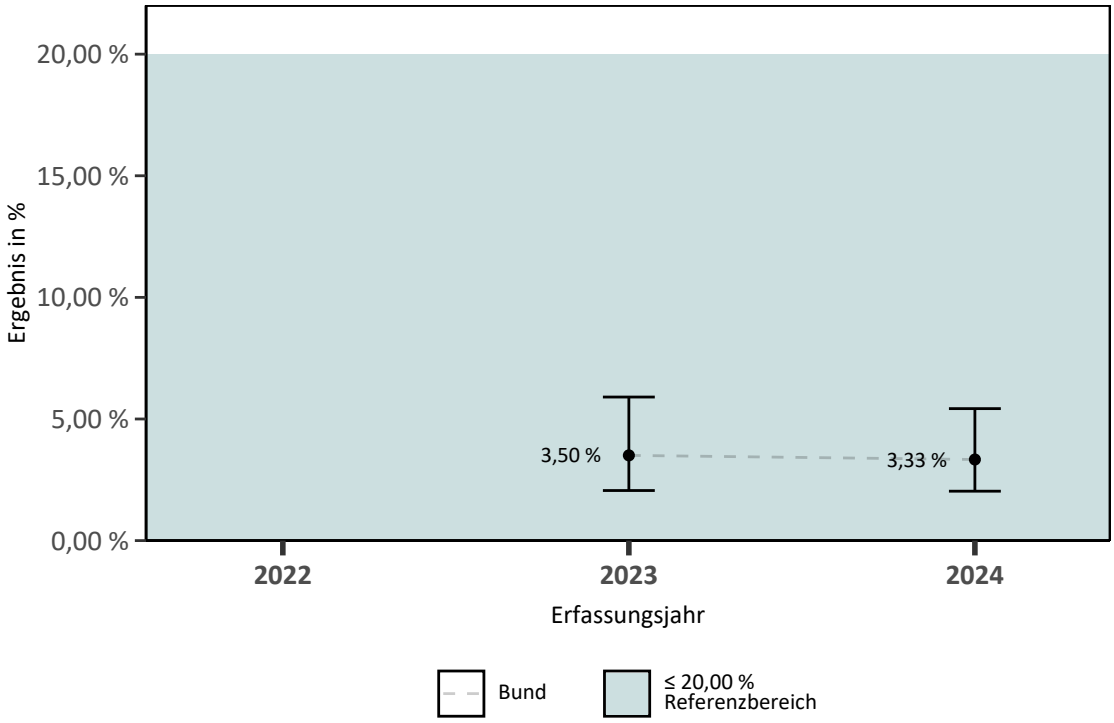
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit Albuminurie (≥ 30 mg/l oder ≥ 30 mg/g) 1 Jahr nach der Spende
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

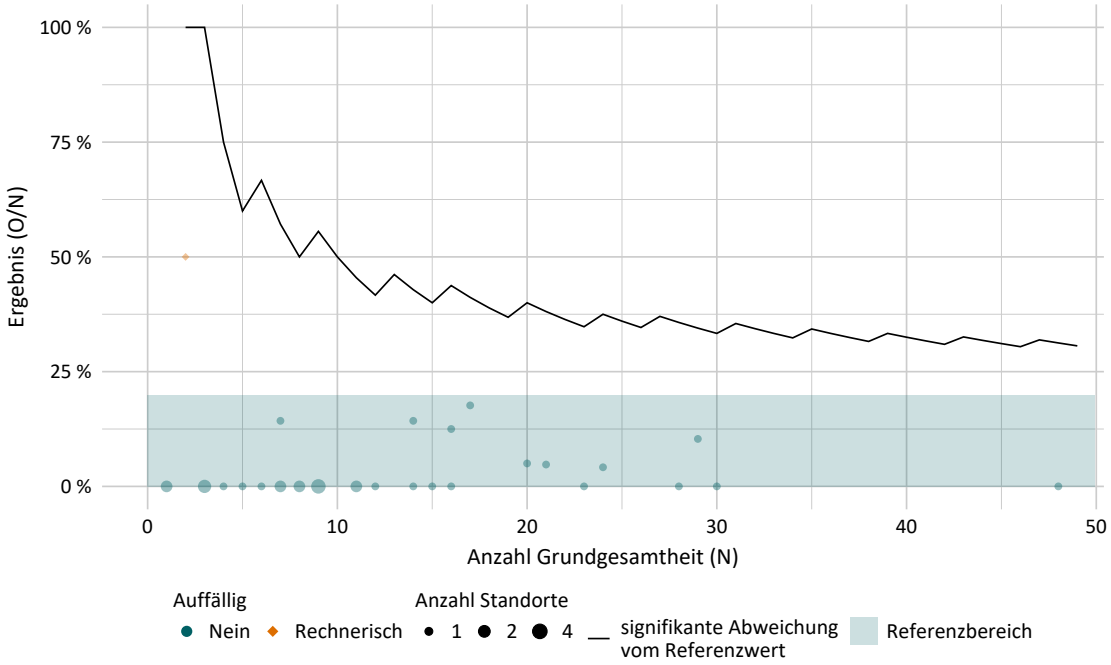
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	13 / 371	3,50	2,06 - 5,90
	2024	15 / 450	3,33	2,03 - 5,43

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	35	1	0,00	50,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
11.1	ID: 29_22057 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2023	100,00 % 580/580
11.1.1	ID: 29_22058 davon Status nach 1 Jahr bekannt und lebend	83,79 % 486/580
11.1.1.1	ID: 29_22059 davon mit plausiblen Laborwerten	92,59 % 450/486
11.1.1.1.1	**ID: 51997** **Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende**	3,33 % 15/450
11.1.1.2	ID: 29_22060 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	7,41 % 36/486

51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

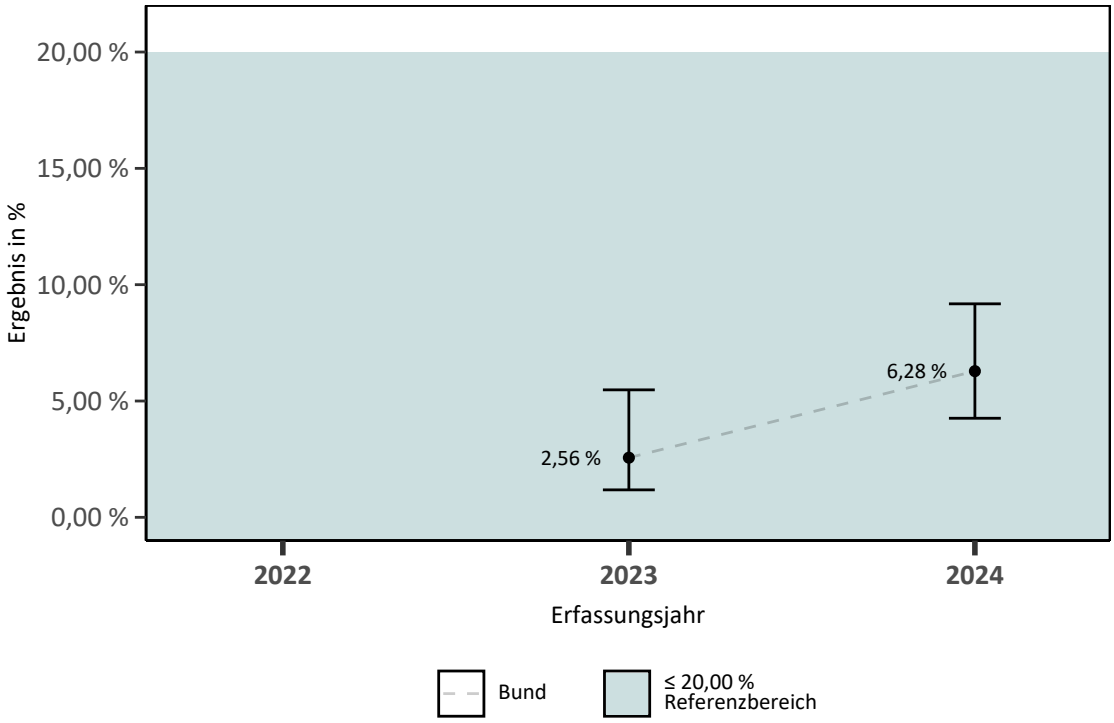
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit Albuminurie (≥ 30 mg/l oder ≥ 30 mg/g) 2 Jahre nach der Spende
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

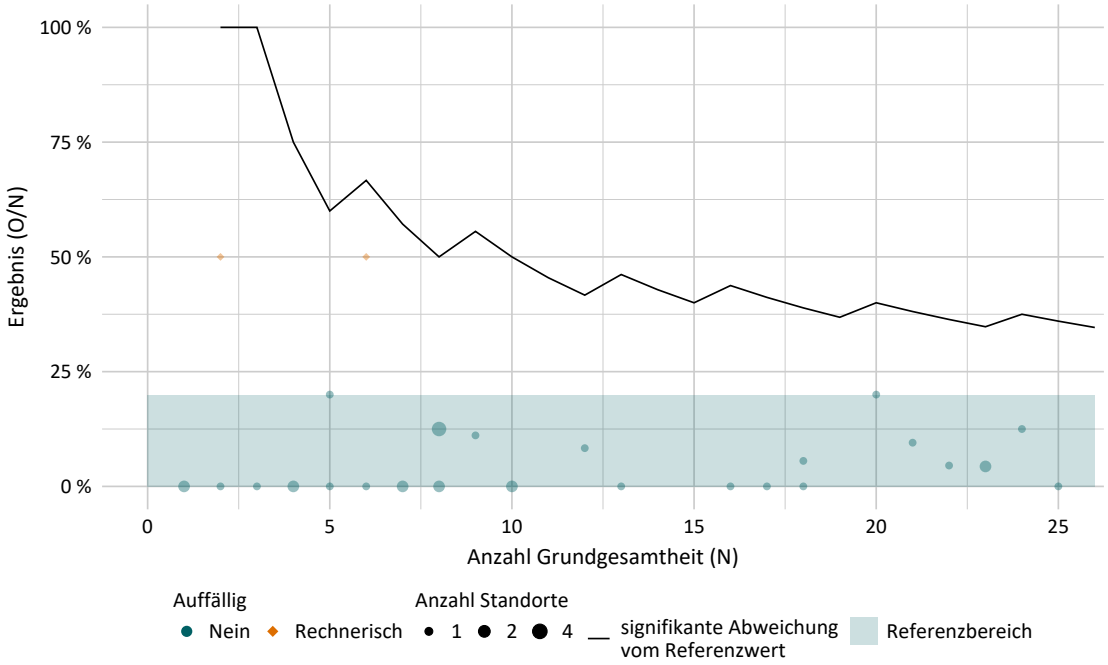
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	6 / 234	2,56	1,18 - 5,48
	2024	24 / 382	6,28	4,26 - 9,18

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	35	2	0,00	50,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.1	ID: 29_22061 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2022	100,00 % 505/505
12.1.1	ID: 29_22062 davon Status nach 2 Jahren bekannt und lebend	83,76 % 423/505
12.1.1.1	ID: 29_22063 davon mit plausiblen Laborwerten	90,31 % 382/423
12.1.1.1.1	**ID: 51998** **Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende**	6,28 % 24/382
12.1.1.2	ID: 29_22064 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	9,69 % 41/423

51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

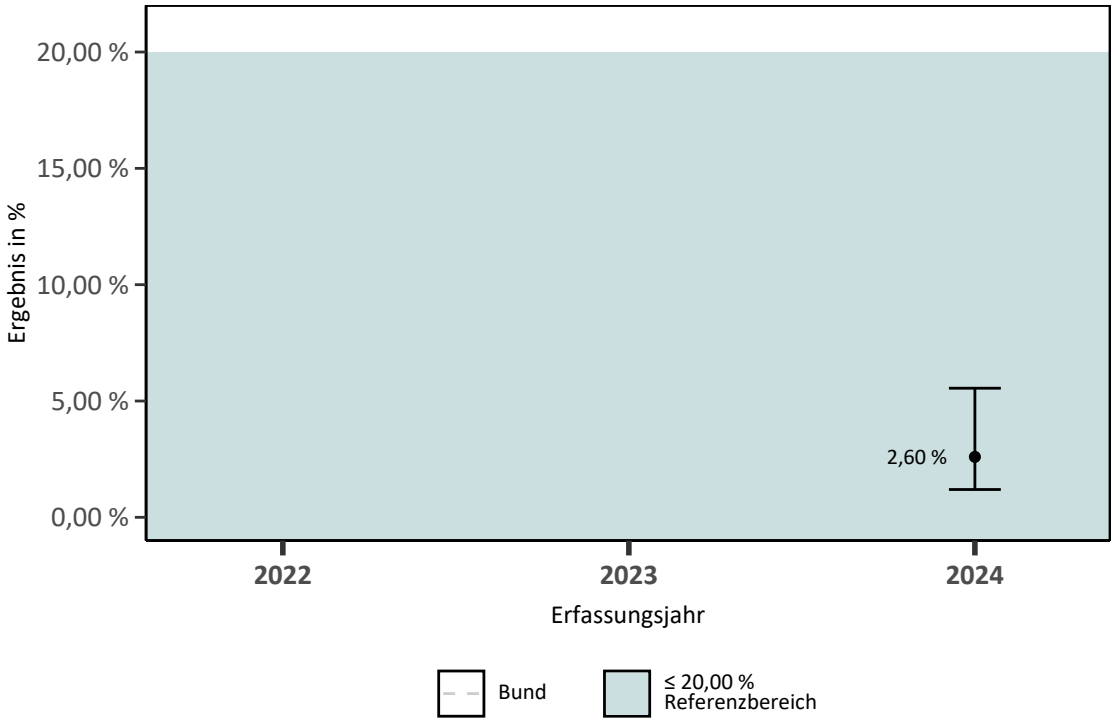
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit Albuminurie (≥ 30 mg/l oder ≥ 30 mg/g) 3 Jahre nach der Spende
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

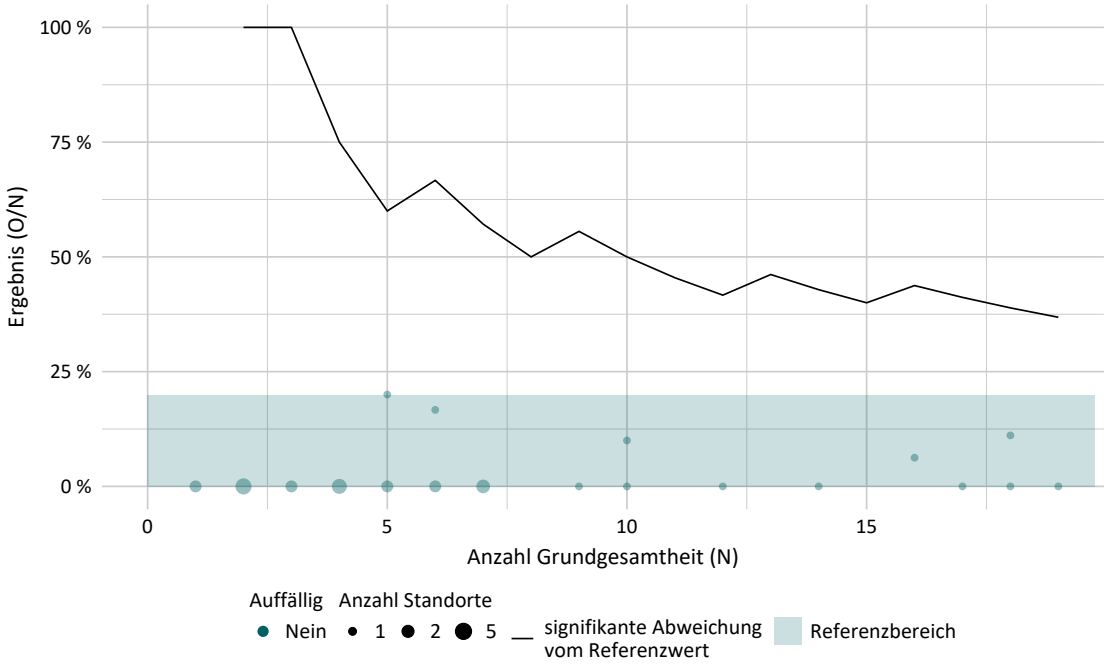
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	6 / 231	2,60	1,20 - 5,55

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	32	0	0,00	20,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
13.1	ID: 29_22065 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2021	100,00 % 329/329
13.1.1	ID: 29_22066 davon Status nach 3 Jahren bekannt und lebend	78,72 % 259/329
13.1.1.1	ID: 29_22067 davon mit plausiblen Laborwerten	89,19 % 231/259
13.1.1.1.1	**ID: 51999** **Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende**	2,60 % 6/231
13.1.1.2	ID: 29_22068 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	10,81 % 28/259

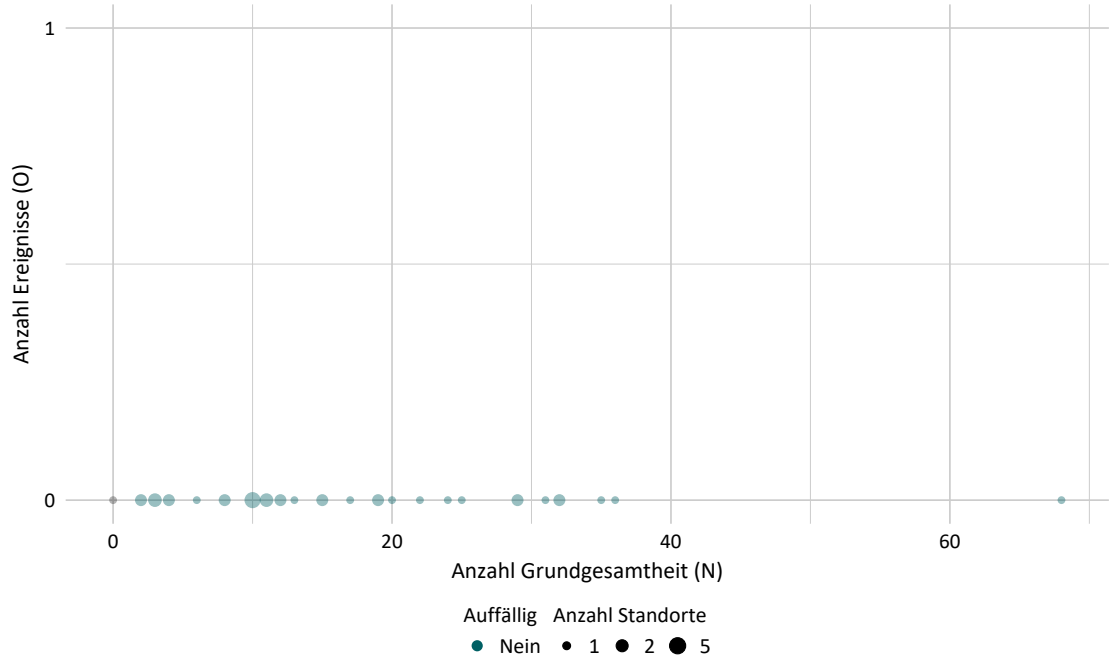
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852315: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-)Sterblichkeits-QIs und –Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Nierenlebendspende während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2024 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

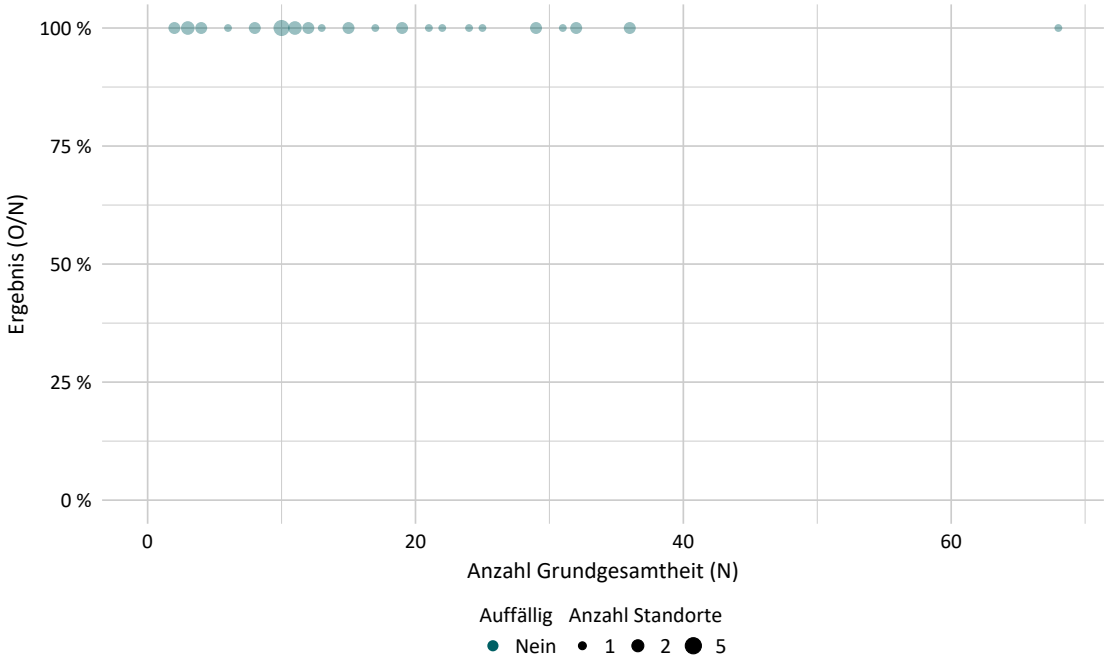
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 631	0,00	0,00 % 0 / 38

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	38	0	100,00	100,00	100,00

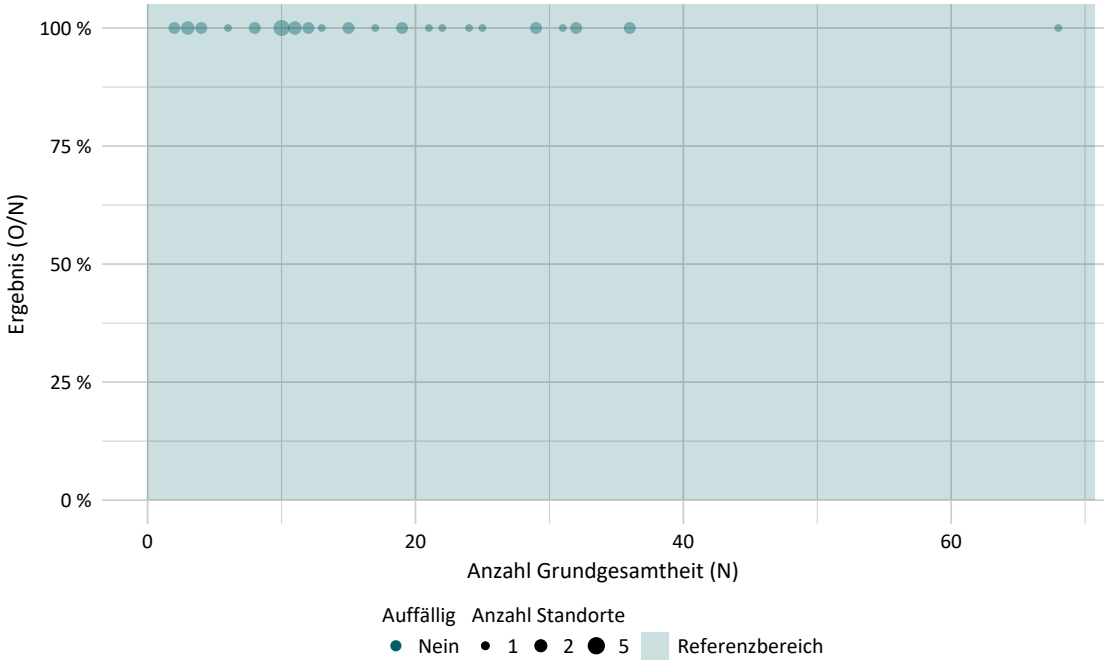
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	633 / 633	100,00	0,00 % 0 / 38

850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	38	0	100,00	100,00	100,00

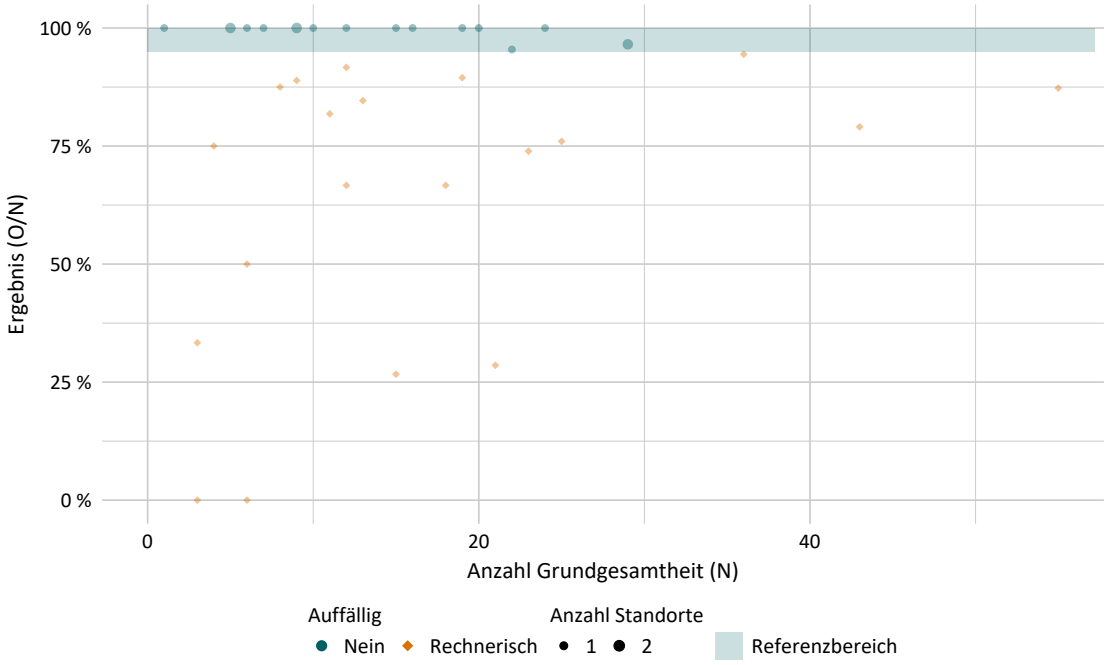
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	633 / 633	100,00	0,00 % 0 / 38

850269: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	37	20	0,00	100,00	91,67

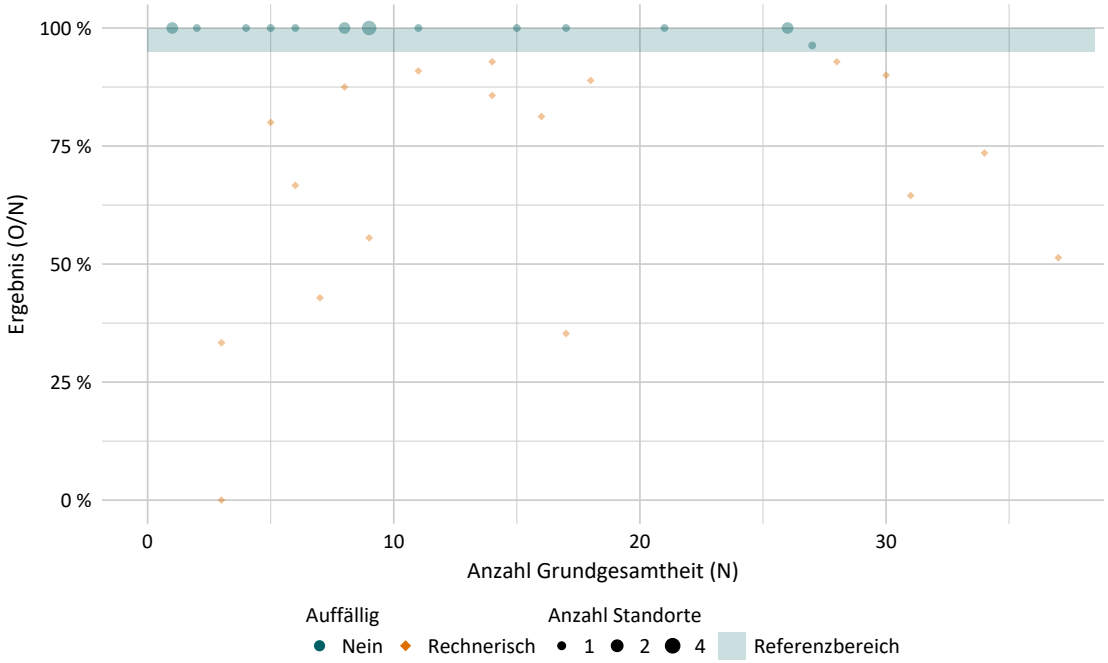
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	487 / 580	83,97	54,05 % 20 / 37

850270: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	37	18	0,00	100,00	96,30

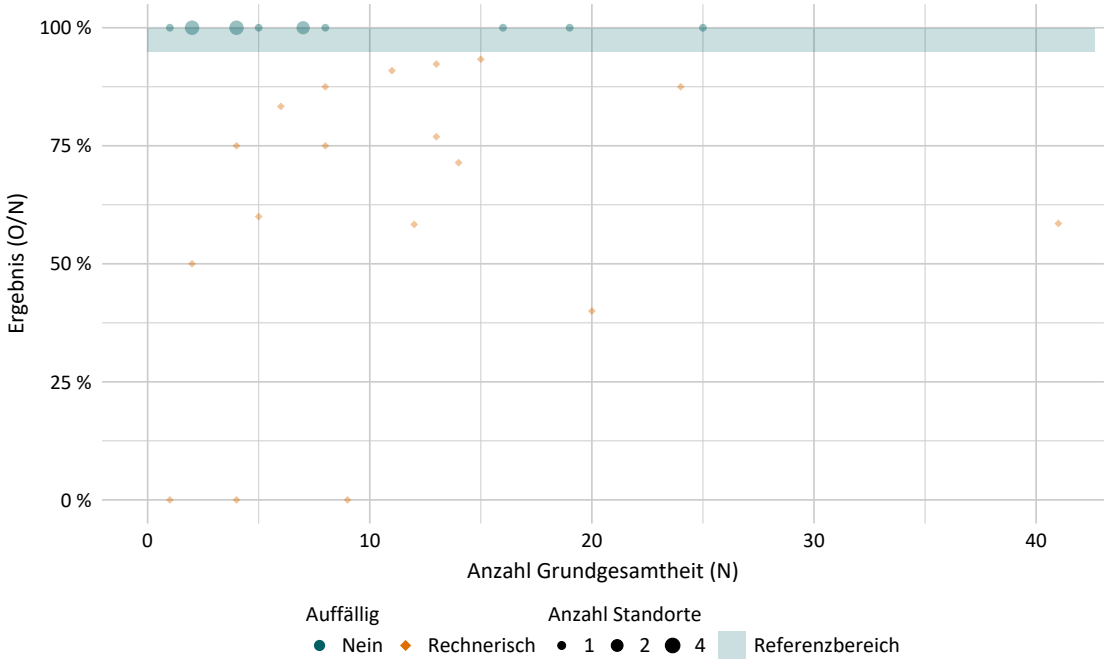
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	424 / 505	83,96	48,65 % 18 / 37

850271: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierenlebendspende (NLS).
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	35	18	0,00	100,00	93,33

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	260 / 329	79,03	51,43 % 18 / 35

Basisauswertung

Basisdaten Spenderin und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 631**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	≤3	x
1. Quartal	182	28,84
2. Quartal	155	24,56
3. Quartal	155	24,56
4. Quartal	138	21,87
Entlassungsquartal		
1. Quartal	174	27,58
2. Quartal	156	24,72
3. Quartal	153	24,25
4. Quartal	148	23,45

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 631**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	370	58,64
8 - 14 Tage	242	38,35
15 - 21 Tage	11	1,74
22 - 28 Tage	≤3	x
> 28 Tage	6	0,95

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	631
Minimum	0,00
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	1,00
Median	1,00
Mittelwert	1,54
75. Perzentil	1,00
95. Perzentil	3,00
Maximum	29,00
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	631
Minimum	2,00
5. Perzentil	3,00
25. Perzentil	5,00
Median	6,00
Mittelwert	6,13
75. Perzentil	7,00
95. Perzentil	9,00
Maximum	28,00

	Bund (gesamt)
Gesamtverweildauer (Tage)[2]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	631
Minimum	2,00
5. Perzentil	4,00
25. Perzentil	6,00
Median	7,00
Mittelwert	7,68
75. Perzentil	8,00
95. Perzentil	12,00
Maximum	36,00

[2] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 631**	
Geschlecht		
(1) männlich	246	38,99
(2) weiblich	385	61,01
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 631**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	≤3	x
20 - 29 Jahre	11	1,74
30 - 39 Jahre	58	9,19
40 - 49 Jahre	115	18,23
50 - 59 Jahre	217	34,39
60 - 69 Jahre	187	29,64
70 - 79 Jahre	40	6,34
≥ 80 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	631
Minimum	0,00
5. Perzentil	34,00
25. Perzentil	47,00
Mittelwert	54,39
Median	56,00
75. Perzentil	62,00
95. Perzentil	71,40
Maximum	83,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 631**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	6	0,95
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	257	40,73
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	261	41,36
Adipositas (≥ 30)	107	16,96

Anamnese

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 631**	
Hypertonie präoperativ systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg		
(0) nein	459	72,74
(1) ja	172	27,26

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	631
Median	0,80
Mittelwert	0,80
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	631
Median	70,72
Mittelwert	70,56

Operation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 631**	
OPS[3]		
(5-554.80) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Offen chirurgisch lumbal	88	13,95
(5-554.81) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Offen chirurgisch abdominal	29	4,60
(5-554.82) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Thorakoabdominal	0	0,00
(5-554.83) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Laparoskopisch	490	77,65
(5-554.8x) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Sonstige	24	3,80

[3] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	631
Median	151,00
Mittelwert	158,77

Verlauf

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 631**	
Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	607	96,20
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	11	1,74
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung)	4	0,63
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	6	0,95
(4) Grad IV nach Clavien-Dindo und nicht (nur) aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	≤3	x
(5) Grad IV nach Clavien-Dindo ausschließlich aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	0	0,00
(6) Grad V (Tod)	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen	**N = -**	
Art der behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation(en)[4]		
Blutung[5]	-	-
Reoperation erforderlich	-	-
sonstige Komplikationen	-	-

[4] Mehrfachnennung möglich
[5] > 1 EK oder operative Revision

Entlassung

Nierenfunktion bei Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 631**	
Patientin oder Patient bei Entlassung dialysepflichtig?		
(0) nein	631	100,00
(1) ja	0	0,00

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl lebender Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	631
Median	1,20
Mittelwert	1,24
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl lebender Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten > 0,0 und < 9999,0	631
Median	106,08
Mittelwert	109,67
Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. (mg/g)	
Anzahl lebender Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten < 9999	382
Median	9,00
Mittelwert	17,20

	Bund (gesamt)
Albumin i. U. ≥ 30 mg/l	
Anzahl lebender Patientinnen und Patienten ohne Angabe des Albumin-Kreatin-Verhältnisses, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind und deren Albumin-Wert i. U. ≥ 30mg/l ist	31
Median	3,00
Mittelwert	30,45

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 631**	
arterielle Hypertonie systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg		
(0) nein	460	72,90
(1) ja	171	27,10

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 631**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	516	81,77
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	112	17,75
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	≤3	x
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[6]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[7]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[8]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[9]		
(1) ja	0	0,00

[6] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[7] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[8] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[9] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 0**	
Todesursache		
(1) Infektion	0	-
(2) kardiovaskulär	0	-
(3) cerebrovaskulär	0	-
(4) andere	0	-
(9) unbekannt	0	-

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen*

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 10
1 Hintergrund 11
2 Einordnung der Ergebnisse 19
2.1 Datengrundlage 19
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 30
2.2.1 Überblick 30
2.2.2 Detailergebnisse 49
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 78
2.3.1 Überblick 78
2.3.2 Detailergebnisse 85
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 91
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 91
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 100
4 Evaluation 108
5 Ausblick 110
Literatur 111

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR 12
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH 13
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-KC 14
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-KC-KOMB 14
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR 15
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH 16
Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR 17
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH 17
Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-KC 17
Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR 18
Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH 18
Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-D 18
Tabelle 13: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH 20
Tabelle 14: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH 20
Tabelle 15: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH 21
Tabelle 16: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR 21
Tabelle 17: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR 22
Tabelle 18: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-CHIR 22
Tabelle 19: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-KATH 23
Tabelle 20: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-KATH 23
Tabelle 21: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-KATH 24
Tabelle 22: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-KC 24
Tabelle 23: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-KC 25
Tabelle 24: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-KC 25
Tabelle 25: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-MK-CHIR 26

Tabelle 26: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-MK-CHIR 26
Tabelle 27: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-MK-CHIR 27
Tabelle 28: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-MK-KATH 27
Tabelle 29: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-MK-KATH 28
Tabelle 30: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-MK-KATH 28
Tabelle 31: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH 29
Tabelle 32: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH 29
Tabelle 33: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH 29
Tabelle 34: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR 32
Tabelle 35: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR 34
Tabelle 36: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-AK-KATH 35
Tabelle 37: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH 37
Tabelle 38: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-KC 38
Tabelle 39: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-KC 40
Tabelle 40: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-KC-KOMB 40
Tabelle 41: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-MK-CHIR 43
Tabelle 42: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR 45
Tabelle 43: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-MK-KATH 46
Tabelle 44: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH 48
Tabelle 45: QI 382000: Intraprozedurale Komplikationen, KCHK-AK-CHIR 50

Tabelle 46: QI 372000: Intraprozedurale Komplikationen, KCHK-AK-KATH 51
Tabelle 47: QI 372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-AK-KATH 51
Tabelle 48: QI 362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-KC-KOMB 51
Tabelle 49: QI 402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-MK-CHIR 52
Tabelle 50: QI 392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-MK-KATH 52
Tabelle 51: QI 382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR 53
Tabelle 52: QI 372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH 53
Tabelle 53: QI 352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC 54
Tabelle 54: QI 362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB 54
Tabelle 55: QI 402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR 55
Tabelle 56: QI 392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH 55
Tabelle 57: QI 362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB 56
Tabelle 58: QI 402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-CHIR 56
Tabelle 59: QI 392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-KATH 56
Tabelle 60: QI 362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB 57
Tabelle 61: QI 402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-CHIR 57
Tabelle 62: QI 392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-KATH 57
Tabelle 63: TKez 352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC 58
Tabelle 64: TKez 362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB 58
Tabelle 65: TKez 382002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-AK-CHIR 58
Tabelle 66: QI 362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB 60
Tabelle 67: QI 402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR 61
Tabelle 68: QI 392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH 61
Tabelle 69: QI 382003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR 63
Tabelle 70: QI 372003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH 63
Tabelle 71: QI 352400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC 63

Tabelle 72: QI 362400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB 64
Tabelle 73: QI 402008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR 64
Tabelle 74: QI 392008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH 64
Tabelle 75: QI 382004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-CHIR 65
Tabelle 76: QI 372004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-KATH 65
Tabelle 77: QI 352401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-KC 65
Tabelle 78: QI 362401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB 66
Tabelle 79: QI 402009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR 66
Tabelle 80: QI 392009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH 66
Tabelle 81: QI 382006: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-AK-CHIR 68
Tabelle 82: QI 372006: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-AK-KATH 68
Tabelle 83: QI 352007: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-KC 69
Tabelle 84: QI 362019: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-KC-KOMB 69
Tabelle 85: QI 402011: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-MK-CHIR 69
Tabelle 86: QI 392011: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-MK-KATH 70
Tabelle 87: TKez 382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-AK-CHIR 70
Tabelle 88: TKez 372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-AK-KATH 70
Tabelle 89: TKez 352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-KC 71
Tabelle 90: TKez 362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-KC-KOMB 71
Tabelle 91: TKez 402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-MK-CHIR 71
Tabelle 92: TKez 392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-MK-KATH 72
Tabelle 93: QI 382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR 72
Tabelle 94: QI 372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH 73
Tabelle 95: QI 352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC 73
Tabelle 96: QI 362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB 74
Tabelle 97: QI 402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR 74
Tabelle 98: QI 392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH 75
Tabelle 99: QI 382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-CHIR 75
Tabelle 100: QI 372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-KATH 76
Tabelle 101: QI 352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-KC 76
Tabelle 102: QI 362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB 77
Tabelle 103: QI 402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR 77
Tabelle 104: QI 392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH 78
Tabelle 105: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR 79
Tabelle 106: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR 79

Tabelle 107: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-AK-KATH 80
Tabelle 108: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH 80
Tabelle 109: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-KC 81
Tabelle 110: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-KC 81
Tabelle 111: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-MK-CHIR 82
Tabelle 112: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR 82
Tabelle 113: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-MK-KATH 83
Tabelle 114: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH 83
Tabelle 115: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-D 84
Tabelle 116: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-D 84
Tabelle 117: AK 852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-AK-CHIR 85
Tabelle 118: AK 852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-AK-KATH 85
Tabelle 119: AK 852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-KC 86
Tabelle 120: AK 852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-MK-CHIR 86
Tabelle 121: AK 852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-MK-KATH 86
Tabelle 122: AK 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-D 87
Tabelle 123: AK 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation, KCHK-D 87
Tabelle 124: AK 850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS), KCHK-D 87
Tabelle 125 Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS KCHK 89
Tabelle 126: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR 91
Tabelle 127: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH 92
Tabelle 128: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC 93
Tabelle 129: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC-KOMB 95
Tabelle 130: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR 96
Tabelle 131: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH 97
Tabelle 132: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR 98
Tabelle 133: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH 98
Tabelle 134: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC 99

Tabelle 135: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC-KOMB 99
Tabelle 136: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-CHIR 99
Tabelle 137: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-KATH 99
Tabelle 138: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR 100
Tabelle 139: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH 101
Tabelle 140: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC 102
Tabelle 141: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR 103
Tabelle 142: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH 104
Tabelle 143: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-D 105
Tabelle 144: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR 106
Tabelle 145: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH 106
Tabelle 146: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC 106
Tabelle 147: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-CHIR 106
Tabelle 148: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-KATH 107
Tabelle 149: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-D 107

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
KCHK-AK-CHIR	Auswertungsmodul *Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe*
KCHK-AK-KATH	Auswertungsmodul *Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe*
KCHK-KC	Auswertungsmodul *Isolierte Koronarchirurgie*
KCHK-KC-KOMB	Auswertungsmodul *Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie*
KCHK-MK-CHIR	Auswertungsmodul *Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe*
KCHK-MK-KATH	Auswertungsmodul *Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe*
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
O/E	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (*observed to expected ratio*)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	perkutane Koronarintervention (*percutaneous coronary intervention*)
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS KCHK	QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen*
STNV	Stellungnahmeverfahren
TKez	Transparenzkennzahl

1 Hintergrund

Die externe, gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung wird im QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen* (*QS KCHK*) bei den häufig durchgeführten Eingriffen an der Aortenklappe, der Mitralklappe oder den Herzkranzgefäßen (Koronararterien) bei erwachsenen Patientinnen und Patienten ausgelöst, die gesetzlich versichert sind. Die Eingriffe können dabei isoliert oder seltener in Kombination erfolgen und bilden dabei einen Großteil der herzchirurgischen Routine im deutschen Klinikalltag ab. Sie eignen sich daher gut, die Versorgungsqualität der Leistungserbringer zu sichern und zu vergleichen. Es wird dabei sowohl die Qualität während des Krankenhausaufenthalts als auch der Zeitraum nach der Operation analysiert. Vor allem wird das Auftreten möglicher Komplikationen, erneuter Eingriffe und von Todesfällen erfasst.

Das Verfahren soll gemäß DeQS-RL die qualitätsrelevanten Aspekte darstellen und bewerten und verfolgt dabei mehrere Zielsetzungen: die Verbesserung der Indikationsstellung, der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen sowie die Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen und von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe.

Um die oben genannten verschiedenen Eingriffsarten abzudecken, umfasst das Verfahren *QS KCHK* 6 spezifische Auswertungsmodule:

- *Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe* (*KCHK-AK-CHIR*)
- *Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe* (*KCHK-AK-KATH*)
- *Isolierte Koronarchirurgie* (*KCHK-KC*)
- *Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie* (*KCHK-KC-KOMB*)
- *Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe* (*KCHK-MK-CHIR*)
- *Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe* (*KCHK-MK-KATH*)

Innerhalb dieser Auswertungsmodule erfolgt die detaillierte Analyse von verschiedenen Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen, die dadurch eine differenzierte Bewertung der Behandlungsqualität ermöglicht.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Insgesamt umfasst das Verfahren im Auswertungsjahr 2025 51 Qualitätsindikatoren, von denen 12 ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren und die verbleibenden 39 zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen. Über Qualitätsindikatoren, die nur auf der QS-Dokumentation basieren, und Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen kann jeweils in dem auf das Erfassungsjahr folgende Kalenderjahr berichtet werden. Über sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum länger als 30 Tage kann hingegen nur um ein Jahr verzögert berichtet werden, da die Sozialdaten bei den Krankenkassen zu einem späteren Zeitpunkt bereitgestellt und ausgewertet werden. Als Besonderheit kommt es bei den Re-Eingriffen in den Auswertungsmodulen *KCHK-KC* und *KCHK-KC-KOMB* zu einer um noch ein Jahr längeren Latenz-

zeit, da eine perkutane Koronarintervention (*percutaneous coronary intervention,* PCI) auch ambulant durchgeführt werden kann und dadurch die Lieferung der Daten der Krankenkassen noch weiter verzögert wird.

Die im Auswertungsjahr 2025 verwendeten Indikatoren des Verfahrens *QS KCHK* konzentrieren sich ausschließlich auf die Ergebnisqualität. Sie messen die Behandlungsqualität basierend auf den klinischen Resultaten und liefern entscheidende Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Maßnahmen sowie zur Patientensicherheit. Dazu zählen Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen und eines Jahres, zu erneuten Eingriffen innerhalb von 30 Tagen und eines Jahres, zum Auftreten eines Schlaganfalls innerhalb von 30 Tagen sowie zur Rehospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff. Zusätzlich werden intraprozedurale und Gefäßkomplikationen sowie schwerwiegende Komplikationen, die sowohl während des stationären Aufenthalts als auch innerhalb von 90 Tagen auftreten, separat erfasst.

Zusätzlich umfasst das Verfahren ratenbasierte Transparenzkennzahlen zur Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation (in allen Auswertungsmodulen) und zu tiefen Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen (in den Auswertungsmodulen *KCHK-KC*, *KCHK-KC-KOMB* und *KCHK-AK-CHIR*).

In den nachfolgenden Tabellen ist die Gesamtheit aller Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen mit Datenquelle und dem Erfassungsjahr, auf das sich die Auswertung bezieht, nach Auswertungsmodul dargestellt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
382000	Intraprozedurale Komplikationen	QS-Dokumentation	2024
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Sterblichkeit			
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
372000	Intraprozedurale Komplikationen	QS-Dokumentation	2024
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2024
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Sterblichkeit			
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-KC

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2022
Gruppe: Sterblichkeit			
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-KC-KOMB

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2024
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2022
Gruppe: Sterblichkeit			
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2024
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Sterblichkeit			
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2024
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Sterblichkeit			
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS KCHK* gibt es keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, aber 8 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Darunter fallen zum einen Auffälligkeitskriterien, die sich ausschließlich auf die einzelnen Auswertungsmodule (*KCHK-KC*, *KCHK-AK-CHIR*, *KCHK-AK-KATH*, *KCHK-MK-CHIR*, *KCHK-MK-KATH*) beziehen, und zum anderen Auffälligkeitskriterien, die sich auf das gesamte Erfassungsmodul *HCH* (Auswertungsmodul *KCHK-D*) beziehen.

In den nachfolgenden Tabellen ist die Gesamtheit aller Auffälligkeitskriterien mit Datenquelle nach Auswertungsmodul dargestellt.

Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Wie im Vorjahr zeigt sich, sowohl für das gesamte Verfahren als auch für jeden der Zählleistungsbereiche, eine Vollzähligkeit der Daten von über 100 %. Die Anzahl der gelieferten Datensätze und Leistungserbringer lag demzufolge über der erwarteten Anzahl an Datensätzen bzw. über der erwarteten Anzahl an Leistungserbringern. Zudem kam es von Erfassungsjahr 2023 zu Erfassungsjahr 2024 zu einem leichten Anstieg der gelieferten QS-Daten.

Der leichte Anstieg der gelieferten Datensätze im gesamten Verfahren ist auf die im Auswertungsjahr 2025 häufiger durchgeführten kathetergestützten Eingriffe (*KCHK-AK-KATH* und *KCHK-MK-KATH*) zurückzuführen. Ebenso stieg die Anzahl der Leistungserbringer im gesamten Verfahren, was vor allem auf die höhere Anzahl der kathetergestützten Mitralklappeneingriffe (*KCHK-MK-KATH*) zurückzuführen ist. Ein ebensolcher Anstieg war auch bereits im Vorjahr festzustellen und war auch dazumal durch die häufiger durchgeführten kathetergestützten Eingriffe zu erklären.

Für das Erfassungsjahr 2024 konnten 98,71 % der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem QS-Datensatz verknüpft werden. Die Verknüpfungsrate liegt damit wie in den Vorjahren (EJ 2023: 99,47 %, EJ 2022: 99,36 %) nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %. Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse wurde nur ein Teildatensatz übermittelt. Die Auswirkung auf die Qualitätsergebnisse sind jedoch insgesamt als gering einzuschätzen.

Für das Verfahren *QS KCHK* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort). Es gab einen Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), der Datensätze geliefert hat, aber keine Sollstatistik. Insgesamt und in jedem einzelnen der Zählleistungsbereiche wurden mehr Datensätze geliefert, als gemäß Sollstatistik erwartet waren.

Die gelieferten Datensätze zum Erfassungsjahr 2024 bilden die Grundlage für die Auswertung der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien sowie der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren mit einem 30-Tage-Follow-up. Die Grundlage zur Auswertung der übrigen sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren, die sich auf Indexeingriffe des Jahres 2023 bzw. 2022 beziehen, sind die gelieferten Datensätze zum Erfassungsjahr 2022 bzw. 2021.

Tabelle 13: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Tabelle 14: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Tabelle 15: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	76.161 76.125 36	75.592	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	243		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	266	268	99,25
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	229	232	98,71

Zählleistungsbereiche

Tabelle 16: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.000 12.995 5	12.995	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	96	97,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	78	78	100,00

Tabelle 17: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.145 13.142 3	13.014	101,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	93	90	103,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Tabelle 18: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-CHIR

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	12.412 12.409 3	12.322	100,73
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	91	92	98,91
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	75	76	98,68

Tabelle 19: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-KATH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	26.842 26.832 10	26.750	100,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	98	98	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	81	80	101,25

Tabelle 20: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-KATH

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	25.965 25.955 10	25.681	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	96	95	101,05
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	78	101,28

Tabelle 21: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-KATH

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	23.680 23.672 8	23.765	99,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	97	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	80	80	100,00

Tabelle 22: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-KC

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	30.951 30.946 5	30.841	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	87		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	98	98,98
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Tabelle 23: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-KC

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	31.208 31.202 6	30.794	101,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	96	93	103,23
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Tabelle 24: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-KC

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	30.361 30.360 1	29.994	101,22
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	95	94	101,06
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	75	74	101,35

Tabelle 25: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-MK-CHIR

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.508 10.502 6	10.504	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	96	97,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	79	100,00

Tabelle 26: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-MK-CHIR

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.117 10.109 8	9.988	101,29
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	91	90	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Tabelle 27: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-MK-CHIR

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	9.561 9.554 7	10.136	94,33
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	90	90	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	75	101,33

Tabelle 28: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-MK-KATH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.109 10.092 17	10.108	100,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	279		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	287	290	98,97
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	269	270	99,63

Tabelle 29: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-MK-KATH

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.592 8.567 25	8.545	100,55
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	256		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	264	263	100,38
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Tabelle 30: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-MK-KATH

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.596 7.575 21	7.638	99,45
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	235		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	247	246	100,41
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	226	226	100,00

Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024

Mit Bezug auf die bereits beschriebenen QS-Datensätze als führendem Datensatz und unter Berücksichtigung des Pseudonyms der elektronischen Gesundheitskarte (patientenidentifizierende Daten, PID) konnte eine Verknüpfungsrate der Sozialdaten von 98,71 % erzielt werden (Tabelle 31).

Tabelle 31: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

	Erfassungsjahr 2024	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (gesamt)	83.586	98,71 N = 82.510

Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023

Im Verfahren *QS KCHK* wurden zum EJ 2023 81.261 QS-Datensätze als Auswertungsgrundlage übermittelt. Zu Indexeingriffen aus dem EJ 2023 konnte eine Verknüpfungsrate der Sozialdaten von 99,47 % erzielt werden (Tabelle 32).

Tabelle 32: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

	Erfassungsjahr 2023	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (gesamt)	81.261	99,47 N = 80.828

Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2022

Im Verfahren *QS KCHK* wurden zum EJ 2022 von 76.125 QS-Datensätze als Auswertungsgrundlage übermittelt. Zu Indexeingriffen aus dem EJ 2022 konnte eine Verknüpfungsrate der Sozialdaten von 99,36 % erzielt werden (Tabelle 33).

Tabelle 33: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

	Erfassungsjahr 2022	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (gesamt)	76.125	99,36 N = 75.635

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse wurde nur ein Teildatensatz übermittelt. Die Auswirkung auf die Qualitätsergebnisse sind jedoch insgesamt als gering einzuschätzen. Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass der Datenausfall die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst. Aufgrund der relativ geringen Abweichungen ist jedoch

keine Veränderung der Referenzwerte zu erwarten. Wenn überhaupt sind Abweichungen nur bei einigen wenigen Leistungserbringern und dann nur in einem sehr geringen Ausmaß zu erwarten (siehe Abschnitt 2.3 „Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)“).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Auswertungsjahr 2025 werden die Ergebnisse der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2024 und der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu den Erfassungsjahren 2022, 2023 und 2024 dargestellt und bewertet. Mit Blick auf die Bundesergebnisse aller im Verfahren *QS KCHK* eingesetzten Qualitätsindikatoren ist grundsätzlich weiterhin eine gute Versorgungsqualität erkennbar. Die jeweiligen Raten liegen sowohl bei den Komplikations- als auch den Sterblichkeitsindikatoren auf niedrigem Niveau. Für alle Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen, die eine Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr zulassen, zeigen sich gegenüber dem Vorjahr auf Bundesebene ein ähnliches Qualitätsniveau bzw. leichte Qualitätsverbesserungen.

Das Indikatorenset des Verfahrens hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 von 62 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen auf 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen reduziert. Diese Reduktion ergibt sich zum einen aus der Streichung der Indikatoren „Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“ (*KCHK-KC*, *KCHK-KC-KOMB*), für die kein Verbesserungspotenzial mehr vorlag, und zum anderen aus der Streichung der Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe (*KCHK-KC-KOMB*, *KCHK-MK-KATH*, *KCHK-MK-CHIR*), für die nicht verifiziert werden konnte, ob rechnerische Auffälligkeiten tatsächlich qualitative Auffälligkeiten begründeten.

Ein weiterer Grund für die Reduktion des Indikatorensets ist die Zusammenlegung aller Indikatoren zu Re-Eingriffen zu den Indikatoren „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ und „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in allen Auswertungsmodulen, bei weiterhin bestehendem Bezug zu den jeweiligen spezifischen Modulinhalten. Auch dies ist ein Ergebnis der Weiterentwicklung zur Erhöhung der Effizienz der Qualitätsbewertung in diesem Versorgungsbereich und trägt zur Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets bei.

Aufgrund von erforderlichen Änderungen der Spezifikation im Rahmen von Umstellungen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) konnte für die Indikatoren „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ (*KCHK-KC-KOMB*, *KCHK-AK-KATH*, *KCHK-AK-CHIR*) für die Erfassungsjahre 2020 bis 2022 keine Berechnung vorgenommen werden, sodass für diese Jahre die Auswertung entfiel (Auswertungsjahre 2022 bis 2024). Ab dem Auswertungsjahr 2025 werden diese Indikatoren wieder ausgewertet.

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2022 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS KCHK*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Dabei ergab sich für einige Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen Überarbeitungsbedarf. Außerdem wurde für einige Qualitätsindikatoren eine Streichung oder Umwandlung von Qualitätsindikator zu Transparenzkennzahl empfohlen. Im Auswertungsjahr 2025 wurde für die folgenden betroffenen Qualitätsindikatoren der Referenzbereich ausgesetzt, da bis zur Umsetzung der Empfehlung zum Erfassungsjahr 2026 bereits auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet werden soll:

- Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen (IDs 392004 und 402004)
- Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres (IDs 392007 und 402007)
- Sterblichkeit im Krankenhaus (IDs 352007, 372006, 382006, 392011 und 402011)
- Sterblichkeit innerhalb eines Jahres (IDs 352009, 372008, 382008, 392013 und 402013)

Weiterhin wurden für die Qualitätsindikatoren zu den schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff (IDs 392005 und 402005) die Referenzbereiche ausgesetzt. Hier zeigten sich im zurückliegenden Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Datenerhebung Schwierigkeiten, die auf Kodierungsprobleme bei den Leistungserbringern zurückzuführen waren und die Validität beeinträchtigten.

Unabhängig von der genannten Verfahrensüberprüfung kann außerdem auch aus anderen Gründen im Rahmen der Verfahrenspflege der Referenzbereich ausgesetzt werden. Dies erfolgt z. B. bei den Qualitätsindikatoren zu den erneuten Eingriffen innerhalb von 30 Tagen (IDs 372003, 382003, 392008 und 402008) bzw. innerhalb eines Jahres (IDs 372004, 382004, 392009 und 402009), die nach Zusammenlegung aller Indikatoren zu Re-Eingriffen im Auswertungsjahr 2025 das erste Mal in dieser Form ausgewertet werden, sodass ein Stellungnahmeverfahren erst im nächsten Jahr vorgesehen ist.

Zudem wurde bei allen Qualitätsindikatoren, die im Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* mit einem Referenzbereich versehen waren, dieser Referenzbereich ausgesetzt. *KCHK-KC-KOMB* ist ein sehr komplexes und vor allem sehr heterogenes Auswertungsmodul, in dem Eingriffe mit sehr unterschiedlicher Komplexität kombiniert werden. Diese Komplexitätsunterschiede machen eine sinngleiche Bewertung der Ergebnisse und damit auch den Vergleich der Leistungserbringer untereinander schwierig. Daher wird vorerst auf ein Stellungnahmeverfahren für Qualitätsindikatoren dieses Auswertungsmoduls verzichtet.

Tabelle 34: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
382000	Intraprozedurale Komplikationen	0,75 % O = 56 N = 7.479	0,74 % O = 54 N = 7.271 (≤ 3,13 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,03 O/E = 196 / 190,65 2,82 % O/N = 196 / 6.951	1,04 O/E = 195 / 186,73 2,92 % O/N = 195 / 6.681 (≤ 2,67; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	2,14 % O = 136 N = 6.354	2,23 % O = 166 N = 7.434	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- O = - N = -	0,54 % O = 39 N = 7.181 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- O = - N = -	1,79 % O = 133 N = 7.442 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	2,21 % O = 159 N = 7.208	2,04 % O = 143 N = 7.008	vergleichbar
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,98 O/E = 227 / 231,79 3,04 % O/N = 227 / 7.479	0,94 O/E = 204 / 216,52 2,81 % O/N = 204 / 7.271 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	0,98 O/E = 247 / 251,29 3,34 % O/N = 247 / 7.399	0,95 O/E = 224 / 235,54 3,12 % O/N = 224 / 7.181 (≤ 2,09; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,02 O/E = 449 / 440,21 7,06 % O/N = 449 / 6.358	1,05 O/E = 511 / 488,29 6,87 % O/N = 511 / 7.442 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

© IQTIG 2025

Tabelle 35: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
382000	Intraprozedurale Komplikationen	2023	4 von 83	4,82	2
		2024	3 von 83	3,61	1
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	3 von 83	3,61	-
		2024	3 von 83	3,61	1
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	4 von 83	4,82	-
		2024	3 von 83	3,61	0

Tabelle 36: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-AK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
372000	Intraprozedurale Komplikationen	1,51 % O = 391 N = 25.873	1,33 % O = 355 N = 26.771 (≤ 3,37 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	1,06 % O = 273 N = 25.873	0,84 % O = 225 N = 26.771 (≤ 3,01 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,02 O/E = 747 / 732,74 3,11 % O/N = 747 / 24.009	1,05 O/E = 788 / 749,12 3,19 % O/N = 788 / 24.700 (≤ 2,17; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- O = - N = -	0,19 % O = 50 N = 26.484 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- O = - N = -	0,55 % O = 142 N = 25.759 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	1,72 % O = 443 N = 25.688	1,79 % O = 477 N = 26.593	vergleichbar
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,00 O/E = 487 / 485,66 1,88 % O/N = 487 / 25.873	1,06 O/E = 518 / 490,79 1,93 % O/N = 518 / 26.771 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 704 / 697,25 2,74 % O/N = 704 / 25.730	1,05 O/E = 742 / 703,90 2,80 % O/N = 742 / 26.484 (≤ 2,48; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 3.252 / 3.233,77 13,71 % O/N = 3.252 / 23.718	1,01 O/E = 3.419 / 3.399,00 13,27 % O/N = 3.419 / 25.759 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 37: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
372000	Intraprozedurale Komplikationen	2023	5 von 84	5,95	1
		2024	4 von 85	4,71	0
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	2023	4 von 84	4,76	0
		2024	4 von 85	4,71	3
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	4 von 84	4,76	-
		2024	3 von 85	3,53	0
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	6 von 84	7,14	-
		2024	4 von 85	4,71	2

Tabelle 38: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-KC

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,03 O/E = 561 / 546,57 2,36 % O/N = 561 / 23.726	1,01 O/E = 543 / 540,17 2,31 % O/N = 543 / 23.538 (≤ 1,95; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	4,94 % O = 1.202 N = 24.336	4,86 % O = 1.226 N = 25.207	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- O = - N = -	2,26 % O = 570 N = 25.226 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- O = - N = -	5,43 % O = 1.325 N = 24.385 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	1,61 % O = 348 N = 21.600	1,67 % O = 358 N = 21.454	vergleichbar
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,05 O/E = 721 / 687,78 2,84 % O/N = 721 / 25.389	1,06 O/E = 707 / 667,53 2,81 % O/N = 707 / 25.117 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,05 O/E = 779 / 741,35 3,10 % O/N = 779 / 25.102	1,03 O/E = 734 / 714,04 2,97 % O/N = 734 / 24.745 (≤ 2,46; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,03 O/E = 1.765 / 1.712,04 7,25 % O/N = 1.765 / 24.357	1,01 O/E = 1.679 / 1.667,54 6,66 % O/N = 1.679 / 25.226 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 39: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-KC

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	3 von 86	3,49	-
		2024	5 von 86	5,81	0
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	4 von 86	4,65	-
		2024	3 von 86	3,49	1

Tabelle 40: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-KC-KOMB

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	20,94 % O = 414 N = 1.977	20,87 % O = 414 N = 1.984 (Nicht definiert)	vergleichbar
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 243 / 243,14 4,55 % O/N = 243 / 5.341	1,01 O/E = 244 / 241,55 4,57 % O/N = 244 / 5.338 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,75 % O = 15 N = 1.998	1,06 % O = 19 N = 1.795 (Nicht definiert)	vergleichbar
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	13,44 % O = 290 N = 2.157	13,84 % O = 271 N = 1.958 (Nicht definiert)	vergleichbar
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	5,02 % O = 286 N = 5.694	5,56 % O = 318 N = 5.722	vergleichbar
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	8,72 % O = 188 N = 2.157	8,73 % O = 171 N = 1.958 (Nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- O = - N = -	1,97 % O = 113 N = 5.727 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- O = - N = -	4,38 % O = 250 N = 5.702 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	5,48 % O = 296 N = 5.400	5,84 % O = 316 N = 5.414	vergleichbar
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,01 O/E = 386 / 383,94 6,69 % O/N = 386 / 5.767	1,07 O/E = 412 / 384,07 7,12 % O/N = 412 / 5.785 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 394 / 389,04 6,94 % O/N = 394 / 5.681	1,11 O/E = 436 / 392,57 7,65 % O/N = 436 / 5.697 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,02 O/E = 852 / 838,78 14,95 % O/N = 852 / 5.699	0,99 O/E = 790 / 796,53 13,79 % O/N = 790 / 5.727 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 41: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-MK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	11,77 % O = 657 N = 5.581	11,36 % O = 674 N = 5.935 (≤ 21,14 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,10 O/E = 189 / 172,23 3,76 % O/N = 189 / 5.031	1,12 O/E = 206 / 184,30 3,81 % O/N = 206 / 5.402 (≤ 3,04; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,65 % O = 30 N = 4.605	0,63 % O = 31 N = 4.899 (Nicht definiert)	vergleichbar
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	10,45 % O = 543 N = 5.196	9,86 % O = 547 N = 5.549 (Nicht definiert)	vergleichbar
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	5,43 % O = 282 N = 5.196	5,41 % O = 300 N = 5.549 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- O = - N = -	0,87 % O = 51 N = 5.848 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- O = - N = -	2,49 % O = 138 N = 5.549 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
Gruppe: Sterblichkeit				
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	2,92 % O = 155 N = 5.312	3,04 % O = 173 N = 5.685	vergleichbar
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,99 O/E = 223 / 225,78 4,00 % O/N = 223 / 5.581	1,05 O/E = 247 / 236,35 4,16 % O/N = 247 / 5.935 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 254 / 254,64 4,61 % O/N = 254 / 5.506	1,03 O/E = 271 / 264,32 4,63 % O/N = 271 / 5.848 (≤ 2,29; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,06 O/E = 445 / 420,89 8,56 % O/N = 445 / 5.196	0,96 O/E = 453 / 470,17 8,16 % O/N = 453 / 5.549 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 42: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	2023	5 von 82	6,10	1
		2024	6 von 83	7,23	1
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	5 von 82	6,10	-
		2024	5 von 83	6,02	2
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	6 von 82	7,32	-
		2024	6 von 83	7,23	0

Tabelle 43: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-MK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	3,57 % O = 301 N = 8.425	2,89 % O = 287 N = 9.940 (≤ 8,82 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	0,99 O/E = 96 / 96,93 1,24 % O/N = 96 / 7.727	0,90 O/E = 102 / 112,79 1,12 % O/N = 102 / 9.136 (≤ 3,79; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,43 % O = 32 N = 7.391	0,44 % O = 37 N = 8.389 (Nicht definiert)	vergleichbar
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	8,89 % O = 657 N = 7.394	9,27 % O = 778 N = 8.391 (Nicht definiert)	vergleichbar
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	25,11 % O = 1.857 N = 7.394	24,10 % O = 2.022 N = 8.391 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- O = - N = -	3,34 % O = 328 N = 9.821 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- O = - N = -	6,07 % O = 509 N = 8.391 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
Gruppe: Sterblichkeit				
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	2,38 % O = 199 N = 8.354	1,88 % O = 185 N = 9.847	vergleichbar
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,03 O/E = 219 / 213,46 2,60 % O/N = 219 / 8.425	0,95 O/E = 215 / 226,98 2,16 % O/N = 215 / 9.940 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 307 / 302,63 3,66 % O/N = 307 / 8.378	1,02 O/E = 327 / 321,79 3,33 % O/N = 327 / 9.821 (≤ 3,14; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 1.462 / 1.450,98 19,77 % O/N = 1.462 / 7.394	0,96 O/E = 1.564 / 1.637,50 18,64 % O/N = 1.564 / 8.391 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 44: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	2023	24 von 254	9,45	5
		2024	23 von 277	8,30	5
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	10 von 253	3,95	-
		2024	15 von 276	5,43	0
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	22 von 254	8,66	-
		2024	23 von 277	8,30	5

2.2.2 Detailergebnisse

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Ein wichtiges Qualitätsziel bei der Durchführung eines koronarchirurgischen Eingriffs oder eines Eingriffs an den Herzklappen ist das möglichst seltene Auftreten schwerwiegender Komplikationen.

In der Gruppe „Schwerwiegende Komplikationen" werden folgende Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen einzeln erfasst:

- Intraprozedurale Komplikationen (*KCHK-AK-CHIR*, *KCHK-AK-KATH*)
- Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts (*KCHK-AK-KATH*)
- Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts (*KCHK-KC-KOMB*, *KCHK-MK-CHIR*, *KCHK-MK-KATH*)
- Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (alle Auswertungsmodule)
- Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen (*KCHK-KC-KOMB*, *KCHK-MK-CHIR*, *KCHK-MK-KATH*)
- Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (*KCHK-KC-KOMB*, *KCHK-MK-CHIR*, *KCHK-MK-KATH*)
- Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen (*KCHK-KC*, *KCHK-KC-KOMB*, *KCHK-AK-CHIR*)

Die Indikatoren „Intraprozedurale Komplikationen" messen das Auftreten von relevanten Komplikationen, die in direktem Zusammenhang mit einer Operation an der Aortenklappe stehen. Zu diesen relevanten Komplikationen zählen Device-Fehlpositionierung, Koronarostienverschluss, Aortendissektion, Annulus-Ruptur, Perikardtamponade, linksventrikuläre Dekompensation (kardiale Dekompensation), Hirnembolie, Aortenregurgitation ≥ 2. Grades und Device-Embolisation.

Der Indikator „Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts" adressiert das Auftreten von vaskulären Komplikationen, die in direktem Zusammenhang mit einer kathetergestützten Operation an der Aortenklappe stehen. Aufgrund des Zugangswegs treten Gefäßkomplikationen bei einem kathetergestützten Aortenklappenersatz häufiger auf als bei einem offen-chirurgischen Eingriff. Klinische Erscheinungsbilder solcher Komplikationen können Gefäßrupturen, -verschlüsse oder -dissektionen oder Ischämien sein. Erfasst werden Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine Gefäßkomplikation aufgetreten ist.

Die Indikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen" adressieren postprozedurale zerebrovaskuläre Ereignisse mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder Schlaganfalldiagnosen beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tage nach dem Eingriff.

Die Indikatoren „Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen" adressieren das Auftreten ebendieser Komplikation, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff steht.

Die der Gruppe „Schwerwiegende Komplikationen" zugeordneten Transparenzkennzahlen „Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen" adressieren das Auftreten dieser Komplikationen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff stehen. Der Anteil der Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis soll dabei möglichst niedrig sein.

Relevante Komplikationen, die nicht in einem eigenständigen Indikator erfasst werden, werden von den Indikatoren „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalt" und „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen" adressiert. Beide umfassen dabei Komplikationen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff stehenund entweder während des Krankenhausaufhalts oder innerhalb von 90 Tagen nach einem herzchirurgischen Eingriff aufgetreten sind. Diese Komplikationen haben einen direkten Einfluss auf die Morbidität und Mortalität der Patientinnen und Patienten und ermöglichen Rückschlüsse auf die Qualität des Eingriffs.

Generell ermöglicht die systematische Erfassung von schwerwiegenden Komplikationen Auskünfte zur Versorgungsqualität und kann darüber hinaus mögliche Defizitbereiche in der Versorgung offenlegen sowie Anstoß zur Implementierung und Steuerung von Strategien zur Qualitätsverbesserung geben.

Tabelle 45: QI 382000: Intraprozedurale Komplikationen, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	0,70 % O = 45 N = 6.406	0,75 % O = 56 N = 7.479	**0,74 %** **O = 54** **N = 7.271**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,76 %	4 von 83 4,82 %	**3 von 83** **3,61 %** **(Refbereich: ≤ 3,13 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	**0 / 4** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 84 (0,00 %)	**0 / 83** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 46: QI 372000: Intraprozedurale Komplikationen, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,60 % O = 381 N = 23.825	1,51 % O = 391 N = 25.873	**1,33 %** **O = 355** **N = 26.771**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 85 5,88 %	5 von 84 5,95 %	**4 von 85** **4,71 %** **(Refbereich: ≤ 3,37 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 (20,00 %)	**1 / 5** **(20,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 85 (1,18 %)	**1 / 84** **(1,19 %)**	n. a.

Tabelle 47: QI 372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 % O = 237 N = 23.825	1,06 % O = 273 N = 25.873	**0,84 %** **O = 225** **N = 26.771**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 85 4,71 %	4 von 84 4,76 %	**4 von 85** **4,71 %** **(Refbereich: ≤ 3,01 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	**2 / 4** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 85 (0,00 %)	**2 / 84** **(2,38 %)**	n. a.

Tabelle 48: QI 362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	20,54 % O = 449 N = 2.186	20,94 % O = 414 N = 1.977	**20,87 %** **O = 414** **N = 1.984**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	6 von 82 7,32 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 6** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 82** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 49: QI 402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	12,20 % O = 637 N = 5.221	11,77 % O = 657 N = 5.581	**11,36 %** **O = 674** **N = 5.935**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 84 5,95 %	5 von 82 6,10 %	**6 von 83** **7,23 %** **(Refbereich: ≤ 21,14 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	**3 / 5** **(60,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 84 (3,57 %)	**3 / 82** **(3,66 %)**	n. a.

Tabelle 50: QI 392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,12 % O = 306 N = 7.434	3,57 % O = 301 N = 8.425	**2,89 %** **O = 287** **N = 9.940**
rechnerische Auffälligkeiten	26 von 236 11,02 %	24 von 254 9,45 %	**23 von 277** **8,30 %** **(Refbereich: ≤ 8,82 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 26 (34,62 %)	**7 / 24** **(29,17 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	9 / 236 (3,81 %)	**7 / 254** **(2,76 %)**	n. a.

Tabelle 51: QI 382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,96 O/E = 163 / 170,11 2,78 % O/N = 163 / 5.870	1,03 O/E = 196 / 190,65 2,82 % O/N = 196 / 6.951	**1,04** **O/E = 195 / 186,73** **2,92 %** **O/N = 195 / 6.681**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 88 5,68 %	3 von 83 3,61 %	**3 von 83** **3,61 %** **(Refbereich: ≤ 2,67; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 (20,00 %)	**0 / 3** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 88 (1,14 %)	**0 / 83** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 52: QI 372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,96 O/E = 560 / 580,53 2,99 % O/N = 560 / 18.722	1,02 O/E = 747 / 732,74 3,11 % O/N = 747 / 24.009	**1,05** **O/E = 788 / 749,12** **3,19 %** **O/N = 788 / 24.700**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 88 4,55 %	4 von 84 4,76 %	**3 von 85** **3,53 %** **(Refbereich: ≤ 2,17; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	**0 / 4** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 88 (3,41 %)	**0 / 84** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 53: QI 352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,01 O/E = 545 / 541,57 2,38 % O/N = 545 / 22.896	1,03 O/E = 561 / 546,57 2,36 % O/N = 561 / 23.726	**1,01** **O/E = 543 / 540,17** **2,31 %** **O/N = 543 / 23.538**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 87 4,59 %	3 von 86 3,49 %	**5 von 86** **5,81 %** **(Refbereich: ≤ 1,95; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	**3 / 3** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 87 (3,45 %)	**3 / 86** **(3,49 %)**	n. a.

Tabelle 54: QI 362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 O/E = 247 / 249,22 4,67 % O/N = 247 / 5.290	1,00 O/E = 243 / 243,14 4,55 % O/N = 243 / 5.341	**1,01** **O/E = 244 / 241,55** **4,57 %** **O/N = 244 / 5.338**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 86 4,65 %	3 von 83 3,61 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 (50,00 %)	**0 / 3** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 86 (2,33 %)	**0 / 83** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 55: QI 402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,90 O/E = 146 / 162,09 3,07 % O/N = 146 / 4.761	1,10 O/E = 189 / 172,23 3,76 % O/N = 189 / 5.031	**1,12** **O/E = 206 / 184,30** **3,81 %** **O/N = 206 / 5.402**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 86 4,65 %	5 von 82 6,10 %	**5 von 83** **6,02 %** **(Refbereich: ≤ 3,04; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	**3 / 5** **(60,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 86 (0,00 %)	**3 / 82** **(3,66 %)**	n. a.

Tabelle 56: QI 392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,98 O/E = 84 / 85,64 1,24 % O/N = 84 / 6.773	0,99 O/E = 96 / 96,93 1,24 % O/N = 96 / 7.727	**0,90** **O/E = 102 / 112,79** **1,12 %** **O/N = 102 / 9.136**
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 220 3,64 %	10 von 253 3,95 %	**15 von 276** **5,43 %** **(Refbereich: ≤ 3,79; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 8 (37,50 %)	**2 / 10** **(20,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 220 (1,36 %)	**2 / 253** **(0,79 %)**	n. a.

Tabelle 57: QI 362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,95 % O = 19 N = 2.000	0,75 % O = 15 N = 1.998	**1,06 %** **O = 19** **N = 1.795**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	2 von 82 2,44 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 2** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 82** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 58: QI 402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,81 % O = 36 N = 4.470	0,65 % O = 30 N = 4.605	**0,63 %** **O = 31** **N = 4.899**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 86 4,65 %	5 von 83 6,02 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 (25,00 %)	**0 / 5** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 86 (1,16 %)	**0 / 83** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 59: QI 392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,38 % O = 27 N = 7.139	0,43 % O = 32 N = 7.391	**0,44 %** **O = 37** **N = 8.389**
rechnerische Auffälligkeiten	7 von 221 3,17 %	10 von 235 4,26 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 7 (42,86 %)	**0 / 10** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 221 (1,36 %)	**0 / 235** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 60: QI 362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	13,08 % O = 286 N = 2.186	13,44 % O = 290 N = 2.157	**13,84 %** **O = 271** **N = 1.958**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	3 von 82 3,66 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 3** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 82** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 61: QI 402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	11,01 % O = 552 N = 5.014	10,45 % O = 543 N = 5.196	**9,86 %** **O = 547** **N = 5.549**
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 86 11,63 %	4 von 83 4,82 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 10 (50,00 %)	**1 / 4** **(25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 86 (5,81 %)	**1 / 83** **(1,20 %)**	n. a.

Tabelle 62: QI 392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	10,53 % O = 752 N = 7.141	8,89 % O = 657 N = 7.394	**9,27 %** **O = 778** **N = 8.391**
rechnerische Auffälligkeiten	16 von 221 7,24 %	17 von 235 7,23 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 16 (43,75 %)	**5 / 17** **(29,41 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 221 (3,17 %)	**5 / 235** **(2,13 %)**	n. a.

Tabelle 63: TKez 352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,94 % O = 1.203 N = 24.373	4,94 % O = 1.202 N = 24.336	**4,86 %** **O = 1.226** **N = 25.207**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 64: TKez 362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,49 % O = 256 N = 5.705	5,02 % O = 286 N = 5.694	**5,56 %** **O = 318** **N = 5.722**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 65: TKez 382002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,21 % O = 132 N = 5.972	2,14 % O = 136 N = 6.354	**2,23 %** **O = 166** **N = 7.434**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Mit Blick auf die Bundesergebnisse aller im Verfahren *QS KCHK* eingesetzten Qualitätsindikatoren der Gruppe „Schwerwiegende Komplikationen“ zeigt sich grundsätzlich weiterhin eine gute Versorgungsqualität.

Wie in den Jahren zuvor ist im Bereich der isolierten Aortenklappeneingriffe die bundesdurchschnittliche Rate der intraprozeduralen Komplikationen und der Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts weiterhin auf einem niedrigen Niveau (vgl. Reardon et al. 2017).

Für die Indikatoren zu den Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts zeigte sich im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024, dass häufige Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten Probleme mit den Verschlußsystemen an der peripheren Punktionsstelle sind, die teilweise auch zu qualitativen Auffälligkeiten führen. Bei den intraprozeduralen Komplikationen ergab sich hingegen, dass die einzelnen Fälle, die zu rechnerischen Auffälligkeiten führten, sehr unterschiedlich gelagert waren und keine einheitliche Ursache zu identifizieren war.

Auch sind weiterhin die höheren Raten der meisten schwerwiegenden Komplikationen im Auswertungsmodul der kombinierten Eingriffe (*KCHK-KC-KOMB*) im Vergleich zu den Ergebnissen innerhalb der isolierten Eingriffe auffällig. Damit wird erneut deutlich, dass es sich beim Modul *KCHK-KC-KOMB* um ein sehr heterogenes, verschiedene komplexe Eingriffe kombinierendes Modul handelt, in dem folglich das Auftreten von mehr Komplikationen plausibel sein kann und es zudem auch, aufgrund eben dieser Komplexität, zu Schwierigkeiten bei der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter kommen kann, die das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Vor allem die leistungerbringerbezogene Komplexitätsunterschiede dieses Auswertungsmoduls, die eine sinngleiche Bewertung der Ergebnisse und damit auch den Vergleich der Leistungererbringerergebnisse untereinander schwierig gestalten, sind ursächlich dafür, dass bei allen Qualitätsindikatoren, die im Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* mit einem Referenzbereich versehen waren, diese Referenzbereiche ausgesetzt wurden und somit vorerst auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet wird.

Für die Indikatoren „Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen“ wurden ebenso zum Auswertungsjahr 2025 die Referenzbereiche ausgesetzt. Hier zeigte sich bei niedrigen Bundesraten der letzten Jahre im Stellungnahmeverfahren kein Verbesserungspotenzial. Daher wurde für diese Indikatoren die Streichung zum Erfassungsjahr 2026 beschlossen. Auf das Stellungnahmeverfahren wird bereits jetzt verzichtet.

Zu schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts und innerhalb von 90 Tagen zählen intraprozedurale, postprozedurale und zugangsassoziierte Komplikationen. Am häufigsten kamen in absteigender Reihenfolge Blutungen, komplikationsbedingte notfallmäßige Re-Eingriffe und Perikardtamponaden vor. Da sehr viele unterschiedliche Komplikationen in diese Indikatoren einfließen, lässt sich keine übergreifende Ursache aus den Stellungnahmen ableiten. Außerdem wurden auch für diese Indikatoren die Referenzbereiche ausgesetzt. Hier zeigten sich im zurückliegenden Stellungnahmeverfahren Schwierigkeiten in Bezug auf die Datenerhebung, die auf Kodierungsprobleme beim Leistungserbringer zurückzuführen waren und die Validität beeinträchtigten.

Auch die Indikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ weisen für alle Versorgungsbereiche keine erhöhten Raten im Bundesdurchschnitt auf, sondern liegen in den letzten Jahren konstant auf niedrigem Niveau und entsprechen den Schlaganfallraten in internationalen Publikationen

(Koo et al. 2025). Es handelt sich um risikoadjustierte Qualitätsindikatoren, sodass bei der Berechnung der Leistungserbringerergebnisse dem unterschiedlichen Patientenkollektiv Rechnung getragen wird.

Perspektivisch ist vorgesehen, die Qualitätsindikatoren „Intraprozedurale Komplikationen", „Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts", „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts" in den auf Sozialdaten basierenden Qualitätsindikator „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen" zu integrieren und die entsprechenden Qualitätsmerkmale mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen abzubilden. Eine Erhebung ausschließlich auf Basis von Sozialdaten ist dabei nicht möglich, da auch zum Beispiel nicht alle potenziellen Risikofaktoren, die in ein mögliches Risikoadjustierungsmodell eingeschlossen werden sollten, aus den Sozialdaten erhoben werden können.

Qualitätsindikatoren zur Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Die Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres wird in den Auswertungsmodulen erfasst, die Mitralklappeneingriffe betreffen (*KCHK-KC-KOMB*, *KCHK-MK-CHIR*, *KCHK-MK-KATH*). Die entsprechenden Qualitätsindikatoren adressieren eine erneute stationäre Aufnahme aufgrund einer Herzinsuffizienz nach einem kardialen Eingriff innerhalb eines Jahres, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff steht. Dies stellt ein relevantes Ereignis dar, welches häufig mit einem verschlechterten Zustand der Patientinnen und Patienten einhergeht, möglicherweise auf postprozedurale Komplikationen und eine erhöhte Mortalität hindeuten kann (Fischer et al. 2014, Myles et al. 2014) und daher mit der Versorgungsqualität in Verbindung gebracht werden kann (Fischer et al. 2014). Mit diesen Indikatoren sollen krankheitsspezifische bzw. notfallmäßige Wiederaufnahmen betrachtet werden, die mit der ursprünglichen durchgeführten Maßnahme in Zusammenhang stehen (Fischer et al. 2014).

Tabelle 66: QI 362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	8,69 % O = 190 N = 2.186	8,72 % O = 188 N = 2.157	**8,73 %** **O = 171** **N = 1.958**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	12 von 82 14,63 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 12** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 82** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 67: QI 402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	5,78 % O = 290 N = 5.014	5,43 % O = 282 N = 5.196	**5,41 %** **O = 300** **N = 5.549**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 86 5,81 %	5 von 83 6,02 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 5 (80,00 %)	**0 / 5** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 86 (4,65 %)	**0 / 83** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 68: QI 392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	25,84 % O = 1.845 N = 7.141	25,11 % O = 1.857 N = 7.394	**24,10 %** **O = 2.022** **N = 8.391**
rechnerische Auffälligkeiten	28 von 221 12,67 %	29 von 235 12,34 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 28 (46,43 %)	**0 / 29** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	13 / 221 (5,88 %)	**0 / 235** **(0,00 %)**	n. a.

Diese Qualitätsindikatoren werden mit dem Erfassungsjahr 2026 in Transparenzkennzahlen umgewandelt. Da aber bereits jetzt auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet werden soll, wurden die Referenzbereiche dieser Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt. Die Umwandlung zu Transparenzkennzahlen ergibt sich aus der Verfahrensüberprüfung, in der für diese Indikatoren aufgrund einer geringen Spezifizität der ein- und ausgeschlossenen Patientengruppen eine geringe Validität festgestellt wurde. Nichtsdestotrotz steht eine erneute stationäre Aufnahme nach einem kardialen Eingriff in einem engen Zusammenhang mit der Versorgungsqualität und kann möglicherweise auf postprozedurale Komplikationen und eine erhöhte Mortalität hindeuten. Dementsprechend ist das Qualitätsmerkmal von besonderer Relevanz und sollte somit nicht aus dem Fokus der Qualitätssicherung genommen werden. Da das Stellungnahmeverfahren jedoch weiterhin, insbesondere durch den unspezifischen Patientenausschluss, aber auch durch den langen Follow-up-Zeitraum nach dem Indexeingriff, beeinträchtigt wäre, erfolgt zum Erfassungsjahr 2026 die Umwandlung der Indikatoren in Transparenzkennzahlen, sodass es weiterhin möglich bleibt, Veränderungen und Trends hinsichtlich dieses Qualitätsmerkmals und somit auch der Versorgungsqualität insgesamt im Blick zu behalten.

Das Bundesergebnis bewegt sich in allen drei Versorgungsbereichen auf ähnlichem Niveau der letzten Auswertungsjahre.

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Ein wichtiges Qualitätsziel eines herzchirurgischen Eingriffs an den Koronararterien und/oder mindestens einer Herzklappe ist die möglichst seltene Durchführung von Reinterventionen bzw. Reoperationen. In der Gruppe „Reintervention bzw. Reoperation" werden jeweils zwei sozialdatenbasierte Indikatoren in allen sechs Auswertungsmodulen mit zwei verschiedenen Follow-up-Zeiträumen differenziert eingesetzt:

- Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
- Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

Ein erneuter koronarchirurgischer Eingriff stellt ein Ereignis dar, das auf einen frühen Bypassverschluss zurückzuführen sein könnte (Aldea et al. 2009) und mit einem postoperativen Myokardinfarkt und erhöhter Sterblichkeit (van Eck et al. 2002) verbunden sein kann. In den Auswertungsmodulen *KCHK-KC* und *KCHK-KC-KOMB* werden mit diesen Indikatoren zum einen Patientinnen und Patienten erfasst, die entweder einen erneuten koronarchirurgischen Eingriff oder eine PCI innerhalb von 30 Tagen bzw. einem Jahr nach einem herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien oder einem kombinierten herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien und an mindestens einer Herzklappe erhalten haben.

Erneute Eingriffe oder Operationen an einer offen-chirurgisch implantierten Aortenklappenprothese innerhalb von 30 Tagen sind zur Beurteilung der Ergebnisqualität des primären Eingriffs geeignet (Tamburino 2012). Ursächlich für eine frühe Reintervention oder Reoperation können prothetische Dysfunktionen, Klappenthrombosen, paravalvuläre Leckagen, Endokarditiden und Klappenmigrationen sein (Otto et al. 2021). In den Auswertungsmodulen *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-AK-KATH* werden Patientinnen und Patienten erfasst, die einen erneuten Aortenklappeneingriff oder eine Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen bzw. einem Jahr nach einem Aortenklappeneingriff oder einem kombinierten herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien und der Aortenklappe erhalten haben.

Ursächlich für einen erneuten Mitralklappeneingriff können technische oder klappenbezogene Komplikationen wie eine Infektion, ein Fortschreiten der Mitralklappeninsuffizienz bzw. -stenose oder eine Thrombose sein (Shuhaiber und Anderson 2007). Innerhalb der Auswertungsmodule *KCHK-MK-CHIR* und *KCHK-MK-KATH* erfassen die Indikatoren Patientinnen und Patienten, die einen erneuten Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen bzw. einem Jahr nach einem Mitralklappeneingriff oder einem kombinierten herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien und an der Mitralklappe erhalten haben.

Tabelle 69: QI 382003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**0,54 %** **O = 39** **N = 7.181**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	3 von 83 3,61 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 3** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 83** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 70: QI 372003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**0,19 %** **O = 50** **N = 26.484**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	4 von 84 4,76 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 4** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 84** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 71: QI 352400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**2,26 %** **O = 570** **N = 25.226**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 72: QI 362400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**1,97 %** **O = 113** **N = 5.727**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 73: QI 402008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**0,87 %** **O = 51** **N = 5.848**
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 86 6,98 %	5 von 82 6,10 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 6 (33,33 %)	**2 / 5** **(40,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 86 (2,33 %)	**2 / 82** **(2,44 %)**	n. a.

Tabelle 74: QI 392008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**3,34 %** **O = 328** **N = 9.821**
rechnerische Auffälligkeiten	14 von 221 6,33 %	15 von 254 5,91 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 14 (21,43 %)	**4 / 15** **(26,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 221 (1,36 %)	**4 / 254** **(1,57 %)**	n. a.

Tabelle 75: QI 382004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**1,79 %** **O = 133** **N = 7.442**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 76: QI 372004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**0,55 %** **O = 142** **N = 25.759**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 77: QI 352401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**5,43 %** **O = 1.325** **N = 24.385**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 78: QI 362401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**4,38 %** **O = 250** **N = 5.702**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 79: QI 402009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**2,49 %** **O = 138** **N = 5.549**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 86 5,81 %	4 von 83 4,82 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 5 (80,00 %)	**3 / 4** **(75,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 86 (4,65 %)	**3 / 83** **(3,61 %)**	n. a.

Tabelle 80: QI 392009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**6,07 %** **O = 509** **N = 8.391**
rechnerische Auffälligkeiten	28 von 221 12,67 %	23 von 235 9,79 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	17 / 28 (60,71 %)	**5 / 23** **(21,74 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	17 / 221 (7,69 %)	**5 / 235** **(2,13 %)**	n. a.

Die Qualitätsindikatoren „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ und „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ werden, nach Zusammenlegung aller Indikatoren zu Re-Eingriffen, im Auswergungsjahr 2025 erstmals ausgewertet, sodass die Eignungskriterien noch nicht hinreichend geprüft sind. Aus diesem Grund wurde für diese Indikatoren der Referenzbereich ausgesetzt. Ein Stellungnahmeverfahren soll erst zu den Ergebnissen des nächsten Auswertungsjahres geführt

werden. Bundesergebnisse können dementsprechend nur für das Auswertungsjahr 2025 berichtet werden.

Sofern sich in den obigen Tabellen Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren (AJ 2023 und 2024) befinden, beziehen sich diese auf die Qualitätsindikatoren vor Zusammenlegung („Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen", „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres" oder „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen"). Daher können zu diesen Indikatoren, die in die neuen Qualitätsindikatoren eingegangen sind, Aussagen zum Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2024 getroffen werden. So wird aus dem Stellungnahmeverfahren zu diesen Indikatoren deutlich, dass vor allem die Re-Eingriffe innerhalb eines Jahres von den Leistungerbringern schwierig nachzuvollziehen sind. Oft wurden diese Eingriffe nicht vom dem Leistungserbringer durchgeführt, der den Primäreingriff durchgeführt hat. So ist die Nachvollziehbarkeit und die Kausalität eingeschränkt. Zudem kam es für diese Re-Eingriffe dazu, dass die Software einiger Krankenhäuser die erste Prozedur, die beispielsweise die präoperative Anlage eines zentralen Venenkatheters sein konnte, als Primäreingriff gewertet hat und damit den am folgenden Tag erfolgten Mitralklappeneingriff, den eigentliche Primäreingriff, als Re-Eingriff gewertet hat. Diese Kliniken wurden in diesem Indikator rechnerisch auffällig. Die plausible Darlegung der Fälle im Stellungnahmeverfahren führt in diesen Fällen dann allerdings zu einer Bewertung als qualitativ unauffällig.

Gruppe: Sterblichkeit

Ein zentrales Qualitätsziel des herzchirurgischen QS-Verfahrens ist eine niedrige Anzahl an Todesfällen im Zusammenhang mit dem Eingriff. In der Gruppe „Sterblichkeit" werden jeweils die 4 folgenden einzelnen Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen in allen sechs Auswertungsmodulen differenziert eingesetzt:

- Sterblichkeit im Krankenhaus
- Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
- Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
- Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" werden Patientinnen und Patienten erfasst, die während des stationären Aufenthalts im Krankenhaus verstorben sind.

Aufgrund der Komplexität umfasst die Gruppe „Sterblichkeit" die nicht risikoadjustierte Transzparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation". Diese erfasst den Anteil der während des stationären Aufenthalts verstorbenen Patientinnen und Patienten, deren Operation elektiv oder dringlich durchgeführt wurde und eben kein Notfalleingriff oder Ultima-Ratio-Eingriff war.

Zusätzlich werden auch die Indikatoren „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen" und „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres" in der Gruppe „Sterblichkeit" einzeln ausgewiesen. Erfasst werden Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen bzw. eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind.

Die Zusammensetzung der Patientengruppen kann sich im Hinblick auf ihre persönlichen Risiken zwischen einzelnen Krankenhäusern stark unterscheiden. Um faire Vergleiche zwischen den Leistungserbringern zu ermöglichen, werden Risikoadjustierungsmodelle (auf Basis einer logistischen Regression) verwendet. Die Aussagen zur Ergebnisqualität eines Krankenhauses werden also in Abhängigkeit des Risikoprofils der dort behandelten Patientinnen und Patienten (Patientenkollektiv) dargestellt.

Tabelle 81: QI 382006: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,87 O/E = 185 / 211,58 2,89 % O/N = 185 / 6.406	0,98 O/E = 227 / 231,79 3,04 % O/N = 227 / 7.479	**0,94** **O/E = 204 / 216,52** **2,81 %** **O/N = 204 / 7.271**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,76 %	3 von 83 3,61 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	**1 / 3** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 84 (0,00 %)	**1 / 83** **(1,20 %)**	n. a.

Tabelle 82: QI 372006: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 O/E = 502 / 469,09 2,11 % O/N = 502 / 23.825	1,00 O/E = 487 / 485,66 1,88 % O/N = 487 / 25.873	**1,06** **O/E = 518 / 490,79** **1,93 %** **O/N = 518 / 26.771**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 85 5,88 %	4 von 84 4,76 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	**3 / 4** **(75,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 85 (3,53 %)	**3 / 84** **(3,57 %)**	n. a.

Tabelle 83: QI 352007: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,03 O/E = 737 / 716,00 3,00 % O/N = 737 / 24.558	1,05 O/E = 721 / 687,78 2,84 % O/N = 721 / 25.389	**1,06** **O/E = 707 / 667,53** **2,81 %** **O/N = 707 / 25.117**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,76 %	4 von 86 4,65 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 4 (100,00 %)	**2 / 4** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 84 (4,76 %)	**2 / 86** **(2,33 %)**	n. a.

Tabelle 84: QI 362019: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 435 / 412,21 7,54 % O/N = 435 / 5.767	1,01 O/E = 386 / 383,94 6,69 % O/N = 386 / 5.767	**1,07** **O/E = 412 / 384,07** **7,12 %** **O/N = 412 / 5.785**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,76 %	3 von 83 3,61 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 (50,00 %)	**3 / 3** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 84 (2,38 %)	**3 / 83** **(3,61 %)**	n. a.

Tabelle 85: QI 402011: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 O/E = 214 / 199,67 4,10 % O/N = 214 / 5.221	0,99 O/E = 223 / 225,78 4,00 % O/N = 223 / 5.581	**1,05** **O/E = 247 / 236,35** **4,16 %** **O/N = 247 / 5.935**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,76 %	7 von 82 8,54 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 (25,00 %)	**1 / 7** **(14,29 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 84 (1,19 %)	**1 / 82** **(1,22 %)**	n. a.

Tabelle 86: QI 392011: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,12 O/E = 214 / 190,42 2,88 % O/N = 214 / 7.434	1,03 O/E = 219 / 213,46 2,60 % O/N = 219 / 8.425	**0,95** **O/E = 215 / 226,98** **2,16 %** **O/N = 215 / 9.940**
rechnerische Auffälligkeiten	15 von 236 6,36 %	22 von 254 8,66 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 15 (46,67 %)	**10 / 22** **(45,45 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 236 (2,97 %)	**10 / 254** **(3,94 %)**	n. a.

Tabelle 87: TKez 382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,12 % O = 130 N = 6.129	2,21 % O = 159 N = 7.208	**2,04 %** **O = 143** **N = 7.008**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 88: TKez 372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,88 % O = 444 N = 23.605	1,72 % O = 443 N = 25.688	**1,79 %** **O = 477** **N = 26.593**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 89: TKez 352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,77 % O = 362 N = 20.437	1,61 % O = 348 N = 21.600	**1,67 %** **O = 358** **N = 21.454**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 90: TKez 362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	6,10 % O = 327 N = 5.365	5,48 % O = 296 N = 5.400	**5,84 %** **O = 316** **N = 5.414**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 91: TKez 402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	3,12 % O = 156 N = 4.997	2,92 % O = 155 N = 5.312	**3,04 %** **O = 173** **N = 5.685**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 92: TKez 392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,62 % O = 193 N = 7.360	2,38 % O = 199 N = 8.354	**1,88 %** **O = 185** **N = 9.847**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 93: QI 382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 O/E = 224 / 227,22 3,57 % O/N = 224 / 6.281	0,98 O/E = 247 / 251,29 3,34 % O/N = 247 / 7.399	**0,95** **O/E = 224 / 235,54** **3,12 %** **O/N = 224 / 7.181**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,55 %	4 von 83 4,82 %	**3 von 83** **3,61 %** **(Refbereich: ≤ 2,09; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 (50,00 %)	**1 / 4** **(25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs-erbringer in diesem QI)	2 / 88 (2,27 %)	**1 / 83** **(1,20 %)**	n. a.

Tabelle 94: QI 372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,03 O/E = 589 / 572,73 2,92 % O/N = 589 / 20.161	1,01 O/E = 704 / 697,25 2,74 % O/N = 704 / 25.730	**1,05** **O/E = 742 / 703,90** **2,80 %** **O/N = 742 / 26.484**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 88 5,68 %	6 von 84 7,14 %	**4 von 85** **4,71 %** **(Refbereich: ≤ 2,48; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	**3 / 6** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 88 (3,41 %)	**3 / 84** **(3,57 %)**	n. a.

Tabelle 95: QI 352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 O/E = 824 / 766,55 3,40 % O/N = 824 / 24.268	1,05 O/E = 779 / 741,35 3,10 % O/N = 779 / 25.102	**1,03** **O/E = 734 / 714,04** **2,97 %** **O/N = 734 / 24.745**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 87 4,60 %	4 von 86 4,65 %	**3 von 86** **3,49 %** **(Refbereich: ≤ 2,46; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	**3 / 4** **(75,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 87 (3,45 %)	**3 / 86** **(3,49 %)**	n. a.

Tabelle 96: QI 362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,04 O/E = 433 / 415,26 7,62 % O/N = 433 / 5.679	1,01 O/E = 394 / 389,04 6,94 % O/N = 394 / 5.681	**1,11** **O/E = 436 / 392,57** **7,65 %** **O/N = 436 / 5.697**
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 86 6,98 %	3 von 83 3,61 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 6 (50,00 %)	**2 / 3** **(66,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 86 (3,49 %)	**2 / 83** **(2,41 %)**	n. a.

Tabelle 97: QI 402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 O/E = 240 / 225,34 4,64 % O/N = 240 / 5.170	1,00 O/E = 254 / 254,64 4,61 % O/N = 254 / 5.506	**1,03** **O/E = 271 / 264,32** **4,63 %** **O/N = 271 / 5.848**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 86 5,81 %	6 von 82 7,32 %	**6 von 83** **7,23 %** **(Refbereich: ≤ 2,29; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 5 (0,00 %)	**2 / 6** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 86 (0,00 %)	**2 / 82** **(2,44 %)**	n. a.

Tabelle 98: QI 392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 284 / 267,73 3,87 % O/N = 284 / 7.344	1,01 O/E = 307 / 302,63 3,66 % O/N = 307 / 8.378	**1,02** **O/E = 327 / 321,79** **3,33 %** **O/N = 327 / 9.821**
rechnerische Auffälligkeiten	20 von 221 9,05 %	22 von 254 8,66 %	**23 von 277** **8,30 %** **(Refbereich: ≤ 3,14; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 20 (55,00 %)	**7 / 22** **(31,82 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 221 (4,98 %)	**7 / 254** **(2,76 %)**	n. a.

Tabelle 99: QI 382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,11 O/E = 461 / 416,59 7,71 % O/N = 461 / 5.980	1,02 O/E = 449 / 440,21 7,06 % O/N = 449 / 6.358	**1,05** **O/E = 511 / 488,29** **6,87 %** **O/N = 511 / 7.442**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 88 5,68 %	5 von 83 6,02 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 5 (80,00 %)	**0 / 5** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 88 (4,55 %)	**0 / 83** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 100: QI 372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,01 O/E = 2.801 / 2.766,46 14,29 % O/N = 2.801 / 19.600	1,01 O/E = 3.252 / 3.233,77 13,71 % O/N = 3.252 / 23.718	**1,01** **O/E = 3.419 / 3.399,00** **13,27 %** **O/N = 3.419 / 25.759**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 88 5,68 %	5 von 84 5,95 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 5 (100,00 %)	**0 / 5** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs-erbringer in diesem QI)	5 / 88 (5,68 %)	**0 / 84** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 101: QI 352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,05 O/E = 1.826 / 1.732,13 7,49 % O/N = 1.826 / 24.393	1,03 O/E = 1.765 / 1.712,04 7,25 % O/N = 1.765 / 24.357	**1,01** **O/E = 1.679 / 1.667,54** **6,66 %** **O/N = 1.679 / 25.226**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 87 3,45 %	4 von 83 4,82 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 3 (100,00 %)	**0 / 4** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs-erbringer in diesem QI)	3 / 87 (3,45 %)	**0 / 83** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 102: QI 362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,05 O/E = 916 / 873,63 16,04 % O/N = 916 / 5.710	1,02 O/E = 852 / 838,78 14,95 % O/N = 852 / 5.699	**0,99** **O/E = 790 / 796,53** **13,79 %** **O/N = 790 / 5.727**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 86 5,81 %	4 von 83 4,82 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	**0 / 4** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 86 (3,49 %)	**0 / 83** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 103: QI 402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,11 O/E = 471 / 423,45 9,39 % O/N = 471 / 5.014	1,06 O/E = 445 / 420,89 8,56 % O/N = 445 / 5.196	**0,96** **O/E = 453 / 470,17** **8,16 %** **O/N = 453 / 5.549**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 86 4,65 %	4 von 83 4,82 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	**0 / 4** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 86 (3,49 %)	**0 / 83** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 104: QI 392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 1.466 / 1.382,79 20,53 % O/N = 1.466 / 7.141	1,01 O/E = 1.462 / 1.450,98 19,77 % O/N = 1.462 / 7.394	**0,96** **O/E = 1.564 / 1.637,50** **18,64 %** **O/N = 1.564 / 8.391**
rechnerische Auffälligkeiten	27 von 221 12,22 %	32 von 235 13,62 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	18 / 27 (66,67 %)	**0 / 32** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	18 / 221 (8,14 %)	**0 / 235** **(0,00 %)**	n. a.

Die Bundesraten aller Sterblichkeitsindikatoren und -transparenzkennzahlen liegen seit Jahren auf stabilem Niveau und weisen mit Blick auf die Entwicklung der rohen Rate über die Auswertungsjahr 2023 bis 2025 eher eine Verbesserungstendenz auf. Zudem sind die Mortalitäten mit der internationalen Literatur vergleichbar (Beckmann et al. 2019, Mohr et al. 2014, Vassileva et al. 2013).

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2025 deuten in allen Auswertungsmodulen des Verfahrens *QS KCKH* auf eine gute Dokumentationsqualität hin.

Der höchste Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Auswertungsjahr 2025 konnte im Auswertungsmodul *KCHK-AK-CHIR* beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852107) identifiziert werden (AJ 2025: 13,54 %). Im Vorjahr betraf dies noch das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852113) im Auswertungsmodul *KCHK-MK-CHIR* (AJ 2024: 14,29 %).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich die Kliniken sehr intensiv mit der angenommenen Unterdokumentation auseinandergesetzt haben. Die Unterdokumentationen wurden im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 in den allermeisten Fällen eingeräumt, und die Kliniken haben Maßnahmen initiiert, um Dokumentationsprobleme zukünftig zu vermeiden.

Tabelle 105: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,04 % 13.000/12.995 (≥ 100,00 %)

Tabelle 106: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	13 von 96	13,54	4

Tabelle 107: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,34 % 26.842/26.750 (≥ 100,00 %)

Tabelle 108: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	8 von 98	8,16	3

Tabelle 109: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,36 % 30.951/30.841 (≥ 100,00 %)

Tabelle 110: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	7 von 98	7,14	2

Tabelle 111: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,04 % 10.508/10.504 (≥ 100,00 %)

Tabelle 112: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	5 von 96	5,21	0

Tabelle 113: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,01 % 10.109/10.108 (≥ 100,00 %)

Tabelle 114: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	19 von 290	6,55	6

Tabelle 115: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,26 % 83.625/83.406 (≥ 100,00 %)
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,26 % 83.625/83.406 (≤ 110,00 %)
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,05 % 39/83.406 (≤ 5,00 %)

Tabelle 116: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	13 von 312	4,17	4
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	2 von 312	0,64	0
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	0 von 312	0,00	0

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 117: AK 852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,69 % O = 12.407 N = 12.322	101,01 % O = 13.145 N = 13.014	**100,04 %** **O = 13.000** **N = 12.995**
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 94 10,64 %	9 von 90 10,00 %	**13 von 96** **13,54 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 10 (30,00 %)	**3 / 9** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 94 (3,19 %)	**3 / 90** **(3,33 %)**	n. a.

Tabelle 118: AK 852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,64 % O = 23.680 N = 23.765	101,11 % O = 25.965 N = 25.681	**100,34 %** **O = 26.842** **N = 26.750**
rechnerische Auffälligkeiten	65 von 100 65,00 %	8 von 96 8,33 %	**8 von 98** **8,16 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 65 (0,00 %)	**7 / 8** **(87,50 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 100 (0,00 %)	**7 / 96** **(7,29 %)**	n. a.

Tabelle 119: AK 852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	101,22 % O = 30.361 N = 29.994	101,34 % O = 31.208 N = 30.794	**100,36 %** **O = 30.951** **N = 30.841**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 97 4,12 %	10 von 94 10,64 %	**7 von 98** **7,14 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	**9 / 10** **(90,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 97 (3,09 %)	**9 / 94** **(9,57 %)**	n. a.

Tabelle 120: AK 852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,43 % O = 10.180 N = 10.136	101,29 % O = 10.117 N = 9.988	**100,04 %** **O = 10.508** **N = 10.504**
rechnerische Auffälligkeiten	15 von 93 16,13 %	13 von 91 14,29 %	**5 von 96** **5,21 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 15 (80,00 %)	**9 / 13** **(69,23 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	12 / 93 (12,90 %)	**9 / 91** **(9,89 %)**	n. a.

Tabelle 121: AK 852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,45 % O = 7.596 N = 7.638	100,55 % O = 8.592 N = 8.545	**100,01 %** **O = 10.109** **N = 10.108**
rechnerische Auffälligkeiten	14 von 247 5,67 %	12 von 264 4,55 %	**19 von 290** **6,55 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	14 / 14 (100,00 %)	**12 / 12** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	14 / 247 (5,67 %)	**12 / 264** **(4,55 %)**	n. a.

Tabelle 122: AK 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-D

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,75 % O = 76.161 N = 75.592	101,12 % O = 81.306 N = 80.403	**100,26 %** **O = 83.625** **N = 83.406**
rechnerische Auffälligkeiten	13 von 271 4,80 %	13 von 281 4,63 %	**13 von 312** **4,17 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 13 (100,00 %)	**12 / 13** **(92,31 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 271 (4,80 %)	**12 / 281** **(4,27 %)**	n. a.

Tabelle 123: AK 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation, KCHK-D

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,75 % O = 76.161 N = 75.592	101,12 % O = 81.306 N = 80.403	**100,26 %** **O = 83.625** **N = 83.406**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 271 0,37 %	0 von 281 0,00 %	**2 von 312** **0,64 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 271 (0,37 %)	**0 / 281** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 124: AK 850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS), KCHK-D

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,05 % O = 36 N = 75.592	0,06 % O = 45 N = 80.403	**0,05 %** **O = 39** **N = 83.406**
rechnerische Auffälligkeiten	2 von 271 0,74 %	2 von 281 0,71 %	**0 von 312** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 2 (0,00 %)	**2 / 2** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 271 (0,00 %)	**2 / 281** **(0,71 %)**	n. a.

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (IDs 852107, 852109, 852111, 852113, 852115 und 850253)
Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≥ 100,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner).

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100%-Vollzähligkeit vorlag. Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Unterdokumentation vorgelegen haben.

Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren *QS-KCHK* eine Dokumentationsrate von 100,25 %. In den einzelnen Auswertungsmodulen lag die Dokumentationsrate zwischen 100,01 % (*KCHK-MK-KATH*) und 100,36 % (*KCHK-KC*). Auf Leistungserbringerebene hatten 13 von 312 Leistungserbringern (4,17 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Die die meisten Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind im Auswertungsjahr 2025 mit 19 Leistungserbringern im Auswertungsmodul *KCHK-MK-KATH* zu verzeichnen.

Wie bereits eingangs erwähnt, zeigt sich eine intensive Auseinandersetzung der Leistungserbringer mit den angenommenen Auffälligkeiten. So wurde bspw. die Unterdokumentationen im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 in den allermeisten Fällen eingeräumt und Maßnahmen initiiert, um Dokumentationsprobleme zukünftig zu vermeiden. In einigen Fällen lag die Unterdokumentation an Softwarefehlern. In anderen Fällen wurden beispielsweise die Bögen von Patientinnen und Patienten, die im Vorjahr aufgenommen und im Folgejahr entlassen wurden, falsch zugeordnet. Des Weiteren kam es zu Fallzusammenführungen oder zur Korrektur, die nach Abgabe der Sollstatistik durchgeführt wurden. Selten wurden auch Fälle einfach nicht fristgerecht dokumentiert oder weitergegeben.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850254)
Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 110,00 % bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul *HCH* eine Dokumentationsrate von 100,25 %. Auf Leistungserbringerebene hatten 2 von 312 Leistungserbringern (0,64 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850281)
Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 5,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,05 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS angelegt

wurde. Auf Leistungserbringerebene hatte im Auswertungsjahr 2025 kein Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

Im Modul *KCHK* werden in den Erfassungsjahren 2023 und 2024 jeweils 15 Prüfkriterien zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.[1] Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 7 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 125 sind die im Auswertungsjahr 2025 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 125 Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS KCHK

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen		Vollzähligkeit der Daten	
			EJ 2023	EJ 2024	EJ 2023	EJ 2024
30	Fehlende Datenlieferung	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,97 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,38 %.
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären Fälle nach § 301 SGB V liegt bei 99,45 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären Fälle nach § 301 SGB V liegt bei 99,46 %.

[1] Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe G-BA (2024).

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegt nur ein Teildatensatz vor. Durch die fehlende aktuelle Lieferung wurden die Auffälligkeiten in PK30 „Fehlende Datenlieferung" erzeugt. Hierdurch ist eine Beeinträchtigung von 29 der 42 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren möglich. Hierbei handelt es sich um die Qualitätsindikatoren „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres", „Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres" und „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres" für das Erfassungsjahr 2023 sowie „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen", „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen" und „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen" für das Erfassungsjahr 2024.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann. Aufgrund der relativ geringen Abweichungen wird keine Veränderung der Referenzwerte erwartet.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 126: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	604	-	498	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	516	100,00	498	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	25	4,84	22	4,42
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	25	100,00	22	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	25	100,00	22	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	8	36,36
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	25	100,00	14	63,64
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	25	100,00	14	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	17	68,00	12	54,55
Bewertung als qualitativ auffällig	7	28,00	2	9,09
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	4,00	0	0,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 127: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	691	-	588	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	603	100,00	588	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	33	5,47	32	5,44
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	33	100,00	32	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	33	100,00	32	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	9	28,12
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	33	100,00	23	71,88
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	33	100,00	23	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	15	45,45	14	43,75
Bewertung als qualitativ auffällig	18	54,55	9	28,12
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	0	0,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 128: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	773	-	682	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	513	100,00	682	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	19	3,70	29	4,25
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	19	100,00	29	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	19	100,00	29	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	16	55,17
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	19	100,00	13	44,83
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	19	100,00	13	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	5,26	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	5,26	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	1	7,69
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	3	15,79	2	6,90
Bewertung als qualitativ auffällig	16	84,21	9	31,03
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	1	3,45
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 129: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC-KOMB

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.613	-	1.323	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	510	100,00	825	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	25	4,90	67	8,12
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	25	100,00	67	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	25	100,00	67	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	55	82,09
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	25	100,00	12	17,91
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	25	100,00	12	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	10	40,00	4	5,97
Bewertung als qualitativ auffällig	15	60,00	7	10,45
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	1	1,49
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 130: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.192	-	907	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.108	100,00	907	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	64	5,78	86	9,48
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	64	100,00	86	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	64	100,00	86	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	50	58,14
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	64	100,00	36	41,86
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	64	100,00	36	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	1,56	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	1,56	3	8,33
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	31	48,44	18	20,93
Bewertung als qualitativ auffällig	26	40,62	15	17,44
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	6	9,38	0	0,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 131: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	3.180	-	2.698	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.944	100,00	2.698	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	224	7,61	259	9,60
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	224	100,00	259	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	224	100,00	259	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	126	48,65
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	224	100,00	133	51,35
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	224	100,00	133	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,45	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	0,89	1	0,75
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	101	45,09	79	30,50
Bewertung als qualitativ auffällig	101	45,09	40	15,44
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	20	8,93	13	5,02
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im gesamten Verfahren *QS KCHK* waren von 6.696 Indikatorenergebnissen 495 rechnerisch auffällig. Von denen wurden 231 Indikatorenergebnisse im Stellungnahmeverfahren adressiert, verteilt auf 121 Leistungserbringer. Bei 264 Indikatorenergebnissen wurde kein Stellungnahmeverfahrens eingeleitet. Dies begründete sich dadurch, dass wie beschrieben infolge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung bei einigen Qualitätsindikatoren bereits auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet werden soll.

Bei 5 Leistungerbringerergebnissen standen zum Stichtag 15. März 2025 noch kollegiale Gespräche und Begehungen aus, sodass sie noch nicht final bewertet werden konnten.

Aufgrund von wiederholt festgestellten qualitativen Problemen in einem Indikator bzw. einer festgestellten mehrfachen qualitativen Problematik in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren in einem Auswertungsjahr erfolgten im Verfahren *QS KCHK* zum Auswertungsjahr 2024 bisher 3 kollegiale Gespräche und eine Begehung, um den Bewertungsprozess zu unterstützen. Eine weitere Begehung ist zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch ausstehend. Diese erweiterten Stellungnahmeverfahren umfassten Leistungserbringer mit vermehrten rechnerischen Auffälligkeiten mit Schwerpunkt auf den Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit. Dies waren die Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ in den Auswertungsmodulen *KCHK-KC*, *KCHK-MK-KATH* und *KCHK-MK-CHIR* und „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ im Auswertungsmodul *KCHK-MK-CHIR*. Diese blieben zum genannten Stichtag noch ohne finale Bewertung.

Gründe für die 82 qualitativ auffälligen Bewertungen im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 waren u. a. Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Mit allen Leistungserbringern wurden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart, die zusätzlich zu den von den Leistungserbringern bereits selbst eingeleiteten Maßnahmen erfolgten.

Tabelle 132: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
10	3	2	2	0	0

Tabelle 133: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
17	4	2	4	1	1

Tabelle 134: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
14	6	1	7	1	0

Tabelle 135: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC-KOMB

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
34	10	4	4	0	1

Tabelle 136: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
32	7	9	7	2	1

Tabelle 137: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
79	38	29	16	7	3

Leistungserbringer mit mehrfachen qualitativen Auffälligkeiten stehen im besonderen Fokus und werden intensiv evaluiert und mit dem Expertengremium auf Bundesebenebesprochen. Hieraus resultiert in der Regel ein erweitertes Stellungnahmeverfahren im Rahmen von kollegialen Gesprächen oder Begehungen zur Klärung der Ursachen.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 138: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	96	100,00	93	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	10	10,42	9	9,68
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	10	100,00	9	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	100,00	9	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	10	100,00	9	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	7	70,00	6	66,67
Bewertung als qualitativ auffällig	3	30,00	3	33,33
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 139: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	101	100,00	98	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	65	64,36	8	8,16
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	65	100,00	8	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	65	100,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	8	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	8	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	1	12,50
Bewertung als qualitativ auffällig	0	0,00	7	87,50
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 140: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	98	100,00	97	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	4	4,08	10	10,31
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	4	100,00	10	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	4	100,00	10	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	100,00	10	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	25,00	1	10,00
Bewertung als qualitativ auffällig	3	75,00	9	90,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 141: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	95	100,00	94	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	15	15,79	13	13,83
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	15	100,00	13	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	15	100,00	13	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	15	100,00	13	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	3	20,00	4	30,77
Bewertung als qualitativ auffällig	12	80,00	9	69,23
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 142: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	249	100,00	265	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	14	5,62	12	4,53
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	14	100,00	12	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	14	100,00	12	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	14	100,00	12	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	14	100,00	12	100,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 143: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-D

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	817	100,00	847	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	16	1,96	15	1,77
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	16	100,00	15	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	16	100,00	15	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	16	100,00	15	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	2	12,50	1	6,67
Bewertung als qualitativ auffällig	14	87,50	14	93,33
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Aus insgesamt 1.492 Ergebnissen, verteilt auf 6 Auffälligkeitskriterien, resultierten 67 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 42 Leistungserbringer beziehen. Das Stellungnahmeverfahren dazu führte zu 54 qualitativ auffälligen Bewertungen. Gründe hierfür waren z. B. Fehldokumentationen, nicht fristgerechter Export der QS-Daten oder technische Probleme mit den Softwaresystemen.

Tabelle 144: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
9	0	0	3	0	0

Tabelle 145: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
8	0	0	7	0	0

Tabelle 146: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
10	0	0	9	0	0

Tabelle 147: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
13	0	0	9	0	0

Tabelle 148: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
12	0	0	12	0	0

Tabelle 149: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-D

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
15	0	0	14	0	0

Es gab keine Leistungserbringer, bei denen mehrfache qualitative Auffälligkeiten festgestellt wurden.

4 Evaluation

Im Verfahren *QS KCHK* werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL stetig für die Verfahrenspflege genutzt. Für die im Stellungnahmeverfahren betrachteten Qualitätsindikatoren zeigt sich sowohl anhand der Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 als auch anhand der Bundesergebnisse des diesjährigen Auswertungsjahres 2025 im Verfahren *QS KCHK* weiterhin eine überwiegend gute Versorgungsqualität. Beim Vergleich der Ergebnisse der vorangegangenen Auswertungsjahre wurde festgestellt, dass sich die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren nicht wesentlich unterschieden.

Der Aufbau des QS-Verfahrens ist das Ergebnis einer historischen Entwicklung, die einen heterogenen Aufbau der Qualitätsindikatoren und der jeweiligen Auswertungsmodule zur Folge hat. Der Umfang des Verfahren *QS KCHK* und dessen Komplexität geht mit erhöhtem Aufwand für alle beteiligten Akteure einher. Um diesen Aufwand zu reduzieren und das Verfahren weiter zu fokussieren, wurde im Rahmen der Verfahrenspflege der letzten Jahre und der Weiterentwicklung des Verfahrens im engen Austausch mit dem Expertengremium auf Bundesebene das Indikatorenset bereits deutlich verschlankt. Qualitätsindikatoren wie „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ und „Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“, die nicht mehr den Eignungskriterien genügen, wurden aus dem Indikatorenset gestrichen und sind in diesem Jahr nicht mehr in der Auswertung enthalten. Erstmalig werden in diesem Jahr die Indikatoren „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ und „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ ausgewertet. Diese resultieren aus der Zusammenlegung der auf Sozialdaten basierenden Qualitätsindikatoren zu den Reinterventionen bzw. Reoperationen innerhalb von 30 Tagen und der jeweilig adressierten Qualitätsmerkmale bzw. der Qualitätsindikatoren zu den Reinterventionen bzw. Reoperationen innerhalb eines Jahres.

Die bisherige Weiterentwicklung und Fokussierung des Indikatorensets ist das Ergebnis einer steten und konsequenten Prüfung und Bewertung des Verfahrens. Ziel soll es dabei weiterhin sein, die Übersichtlichkeit zur Qualitätsbewertung dieses Versorgungsbereichs zu erhöhen und den Aufwand der beteiligten Akteure, insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens, zu reduzieren.

Das QS-Verfahren dient der Beurteilung von stationär erbrachten Indexeingriffen sowie der damit assoziierten Folgeereignisse (Follow-up). Es adressiert das Auftreten möglicher Komplikationen, erneute Eingriffe und Todesfälle und bildet die Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität „Patientensicherheit“ und „Wirksamkeit“ ab. Es soll die qualitätsrelevanten Aspekte darstellen und bewerten und dabei gemäß DeQS-RL insbesondere diesen Zielsetzungen folgen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Allerdings wird momentan als Folge der oben beschriebenen regelhaften Verfahrenspflege und der damit einhergehenden Reduktion des Indikatorensets das Richtlinienziel der Verbesserung der Indikationsstellung nach Streichung der Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ (IDs 362001, 392000 und 402000) nicht mehr adressiert. Zudem erfolgte ebenfalls in der Vergangenheit die Streichung der einzigen Prozessindikatoren des Verfahrens („Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“, IDs 352000 und 362002), weil kein weiteres Potenzial zur Verbesserung bestand, sodass sich diese Indikatoren im Auswertungsjahr 2025 erstmalig nicht in der Auswertung befinden.

Hinsichtlich des Richtlinienziels zur Verbesserung der Indikationsstellung wird perspektivisch die erneute Entwicklung und Einführung eines Indikators zur Prüfung der Indikationsstellung geprüft, womit das Richtlinienziel und damit die Qualitätsdimension „Angemessenheit“ wieder direkt adressiert werden würde.

Aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung resultierte eine Vielzahl von Empfehlungen, die u. a. die Streichung von Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen sowie zugehörigen Datenfeldern beinhaltete. Unabhängig davon ergeben sich auch im Rahmen der regelhaften Verfahrenspflege Anpassungsbedarfe bei den Indiktoren und den entsprechenden Rechenregeln, die zusammen mit dem Expertengremium auf Bundesebene kontinuierlich konsentiert werden. So sind bspw. Anpassungen am Ein- und Ausschlussfilter der Qualitätsindikatoren zu den schwerwiegenden Komplikationen innerhalb von 90 Tagen erforderlich.

Zudem sind weiterhin die Heterogenität und Komplexität des Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* und die damit einhergehende Problematik, dass eine sinngleiche Bewertung der Ergebnisse und damit auch der Vergleich der Leistungserbringer untereinander schwierig ist, ein Schwerpunkt der Diskussionen und des Austauschs mit den Expertinnen und Experten. Aus diesen Diskussionen ergab sich zunächst zum Auswertungsjahr 2025 die Aussetzung der Referenzbereiche in diesem Modul. Über den perspektivischen Verbleib des Moduls soll im weiteren Evaluationsprozess des laufenden und kommenden Verfahrensjahres entschieden werden.

5 Ausblick

Die weitere Schärfung und Fokussierung des Indikatorensets soll auch zukünftig Ziel der Weiterentwicklung des Verfahrens *QS KCHK* sein, um wie beschrieben die Übersichtlichkeit zur Qualitätsbewertung dieses Versorgungsbereichs zu erhöhen und den Aufwand der beteiligten Akteure zu reduzieren.

So ist für 2025 die Zusammenlegung der auf QS-Dokumentation basierenden und sich auf den stationären Aufenthalt beziehenden Qualitätsindikatoren „Intraprozedurale Komplikationen", „Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts", „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts" mit dem auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basierenden Qualitätsindikator „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen" vorgesehen. Die entsprechenden Qualitätsmerkmale werden dabei mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet. Diese Zusammenlegung führt zu einer Reduktion des Indikatorensets um weitere 3 Indikatoren und damit zu einer Verminderung des Dokumentationsaufwands bei den Leistungserbringern, ohne dass auf die Abbildung wichtiger Qualitätsinformationen verzichtet wird. Eine entsprechende Empfehlung an den G-BA soll mit der Abgabe zu den prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027 erfolgen. Zur Fokussierung und Schärfung des Verfahrens ist auch vorgesehen, die Streichung des sehr komplexen und vor allem sehr heterogenen Auswertungsmoduls *KCHK-KC-KOMB* aufgrund der beschriebenen Schwierigkeiten zu diskutieren.

Perspektivisch wird weiterhin die erneute Entwicklung und Einführung eines Indikators zur Prüfung der Indikationsstellung geprüft, womit das Richtlinienziel „Verbesserung der Indikationsstellung" und damit die Qualitätsdimension „Angemessenheit" wieder adressiert werden würden.

Auch wird weiterhin die Risikoadjustierung aller vorhandenen Qualitätsindikatoren geprüft, sodass perspektivisch, spätestens aber zum Erfassungsjahr 2027, alle verbleibenden Indikatoren risikoadjustiert sein werden. Darüber hinaus wird für das gesamte Indikatorenset die Möglichkeit einer Risikoadjustierung über Sozialdaten bei den Krankenkassen geprüft.

Ein weiteres Thema, dessen Dringlichkeit sich u. a. aus zahlreichen Diskussionen im Expertengremium auf Bundesebene, dem fachlichen Austausch auf Kongressen oder aus der Fachliteratur erschließt, ist die perspektivische Qualitätssicherung der Eingriffe an den Trikuspidalklappen. Diesbezüglich soll in den nächsten Jahren die Entwicklung möglicher Qualitätsindikatoren entsprechend denen, die momentan in den Auswertungsmodulen zu den Aortenklappen bzw. den Mitralklappen Anwendung finden, beraten werden und eventuell eine Umsetzung erfahren. All diese Bemühungen sind Teil der Weiterentwicklung des Verfahrens im Regelbetrieb und erfolgen in gemeinsamer Beratung und in enger Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene.

Literatur

Aldea, GS; Mokadam, NA; Melford, R, Jr; Stewart, D; Maynard, C; Reisman, M; et al. (2009): Changing Volumes, Risk Profiles, and Outcomes of Coronary Artery Bypass Grafting and Percutaneous Coronary Interventions. *The Annals of Thoracic Surgery* 87(6): 1828-1838. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2009.03.067.

Beckmann, A; Meyer, R; Lewandowski, J; Markewitz, A; Harringer, W (2019): German Heart Surgery Report 2018: The Annual Updated Registry of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon* 67(5): 331-344. DOI: 10.1055/s-0039-1693022.

Fischer, C; Lingsma, HF; Marang-van de Mheen, PJ; Kringos, DS; Klazinga, NS; Steyerberg, EW (2014): Is The Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence. *PLoS One* 9(11): e112282. DOI: 10.1371/journal.pone.0112282.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung ab 2024 für die Verfahren QS CHE, QS TX und QS KCHK gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6448/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-CHE-TX-KCHK-ab-2024.pdf (abgerufen am: 18.06.2024).

Koo, AB; Zhou, L; Hameed, I; Rivier, CA; Clocchiatti-Tuozzo, S; Kamel, H; et al. (2025): Acute Ischemic Stroke Risk Following Cardiac Interventions in the United States From 2016 to 2021. *Neurology* 105(1): e213766. DOI: 10.1212/wnl.0000000000213766.

Mohr, FW; Holzhey, D; Mollmann, H; Beckmann, A; Veit, C; Figulla, HR; et al. (2014): The German Aortic Valve Registry: 1-year results from 13680 patients with aortic valve disease. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 46(5): 808-816. DOI: 10.1093/ejcts/ezu290.

Myles, PS (2014): Meaningful Outcome Measures in Cardiac Surgery. *The Journal of Extra-Corporeal Technology* 46(1): 23-27. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557506/pdf/ject-46-23.pdf (abgerufen am: 27.02.2025).

Otto, CM; Nishimura, RA; Bonow, RO; Carabello, BA; P., EJ; Gentile, F; et al. (2021): 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology* 77(4): e25-e197. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.11.018.

Reardon, MJ; Van Mieghem, NM; Popma, JJ; Kleiman, NS; Søndergaard, L; Mumtaz, M; et al. (2017): Surgical or Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *The New England Journal of Medicine* 376(14): 1321-1331. DOI: 10.1056/NEJMoa1700456.

Shuhaiber, J; Anderson, RJ (2007): Meta-analysis of clinical outcomes following surgical mitral valve repair or replacement. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 31(2): 267-275. DOI: 10.1016/j.ejcts.2006.11.014.

Tamburino, C; Barbanti, M; Capodanno, D; Mignosa, C; Gentile, M; Aruta, P; et al. (2012): Comparison of Complications and Outcomes to One Year of Transcatheter Aortic Valve Implantation Versus Surgical Aortic Valve Replacement in Patients With Severe Aortic Stenosis. *The American Journal of Cardiology* 109(10): 1487-1493. DOI: 10.1016/j.amjcard.2012.01.364.

van Eck, FM; Noyez, L; Verheugt, FWA; Brouwer, RMHJ (2002): Analysis of Mortality Within the First Six MonthsAfter Coronary Reoperation. *The Annals of Thoracic Surgery* 74(6): 2106-2112. DOI: 10.1016/s0003-4975(02)03986-3.

Vassileva, CM; Mishkel, G; McNeely, C; Boley, T; Markwell, S; Scaife, S; et al. (2013): Long-Term Survival of Patients Undergoing Mitral Valve Repair and Replacement. A Longitudinal Analysis of Medicare Fee-for-Service Beneficiaries. *Circulation* 127(18): 1870-1876. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.002200.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-AK-CHIR: Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 14

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 15

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 17

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 17

382000: Intraprozedurale Komplikationen 17

382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 20

382002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen 24

Details zu den Ergebnissen 27

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 29

382003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 29

382004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 32

Gruppe: Sterblichkeit 35

382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 35

382006: Sterblichkeit im Krankenhaus 38

382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 42

382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 46

Details zu den Ergebnissen 50

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 52

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 52

852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 52

Basisauswertung 54

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 54
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 55
Patientin / Patient ... 57
Body Mass Index (BMI) ... 58
Anamnese / präoperative Befunde ... 59
Kardiale Befunde ... 62
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 64
Weitere Begleiterkrankungen ... 65
Operation / Prozedur ... 69
OP-Basisdaten ... 69
präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung ... 72
Intraprozedurale Komplikationen ... 73
Postoperativer Verlauf ... 75
Entlassung / Verlegung ... 78

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden Daten der Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert. In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für die definierte Patientin bzw. den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die (sozialdatenbasierte) Qualitätsindikatoren-Berechnung nicht ausgewertet werden bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatendatensätzen berichtet.

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2023 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2022).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2024 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik
• eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	76.161 76.125 36	75.592	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	243		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	266	268	99,25
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	229	232	98,71

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2024 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) 2024
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) 2024
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) 2024
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) 2024
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) 2024

Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.000 12.995 5	12.995	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	96	97,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	78	78	100,00

Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.145 13.142 3	13.014	101,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	93	90	103,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	12.412 12.409 3	12.322	100,73
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	91	92	98,91
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	75	76	98,68

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.586	98,71 N = 82.510

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.261	99,47 N = 80.828

Erfassungsjahr 2022	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	76.125	99,36 N = 75.635

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Im Folgenden finden sich sämtliche Qualitätsindikatoren deren Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt wurden. Dies sind Qualitätsindikatoren, deren Qualitätsmerkmale gemäß den angewandten Kriterien der Verfahrensüberprüfung (Beschluss des G-BA über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen

Qualitätssicherung vom 21. April 2022) und der daran anknüpfenden Verfahrenspflege nicht mehr zur Qualitätssicherung geeignet und zur Streichung empfohlen sind oder bei denen nach Überprüfung ein grundlegender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde:

• Sterblichkeit im Krankenhaus (382006)
• Sterblichkeit innerhalb eines Jahres (382008)

Desweiteren erfolgte für die Qualitätsindikatoren Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen (382003) und Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres (382004) ebenfalls die Aussetzung der Referenzbereiche. Diese Qualitätsindikatoren werden nach Zusammenlegung aller bisherigen Qualitätsindikatoren zu RE-Eingriffen in diesem Jahr das erste Mal in dieser Form ausgewertet, so dass für diese ein Stellungnahmeverfahren erst im nächsten Jahr vorgesehen ist.

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
382000	Intraprozedurale Komplikationen	≤ 3,13 % (95. Perzentil)	0,74 % O = 54 N = 7.271
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,67 (95. Perzentil)	1,04 O/E = 195 / 186,73 N = 6.681
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	0,54 % O = 39 N = 7.181
Gruppe: Sterblichkeit			
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	2,04 % O = 143 N = 7.008
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	0,94 O/E = 204 / 216,52 N = 7.271
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,09 (95. Perzentil)	0,95 O/E = 224 / 235,54 N = 7.181

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	Transparenzkennzahl	2,23 % O = 166 N = 7.434
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	1,79 % O = 133 N = 7.442
Gruppe: Sterblichkeit			
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	1,05 O/E = 511 / 488,29 N = 7.442

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden hingegen auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,04 % 13.000 / 12.995	13,54 % 13 / 96

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

382000: Intraprozedurale Komplikationen

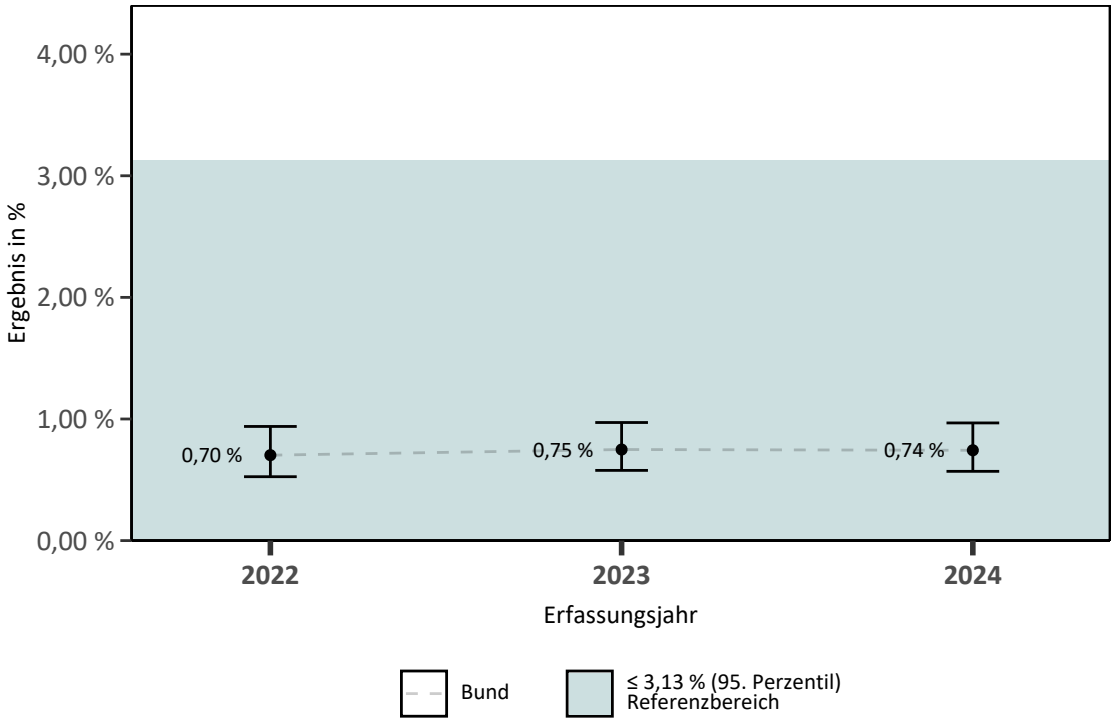
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine schwere intraprozedurale Komplikation aufgetreten ist
Referenzbereich	≤ 3,13 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

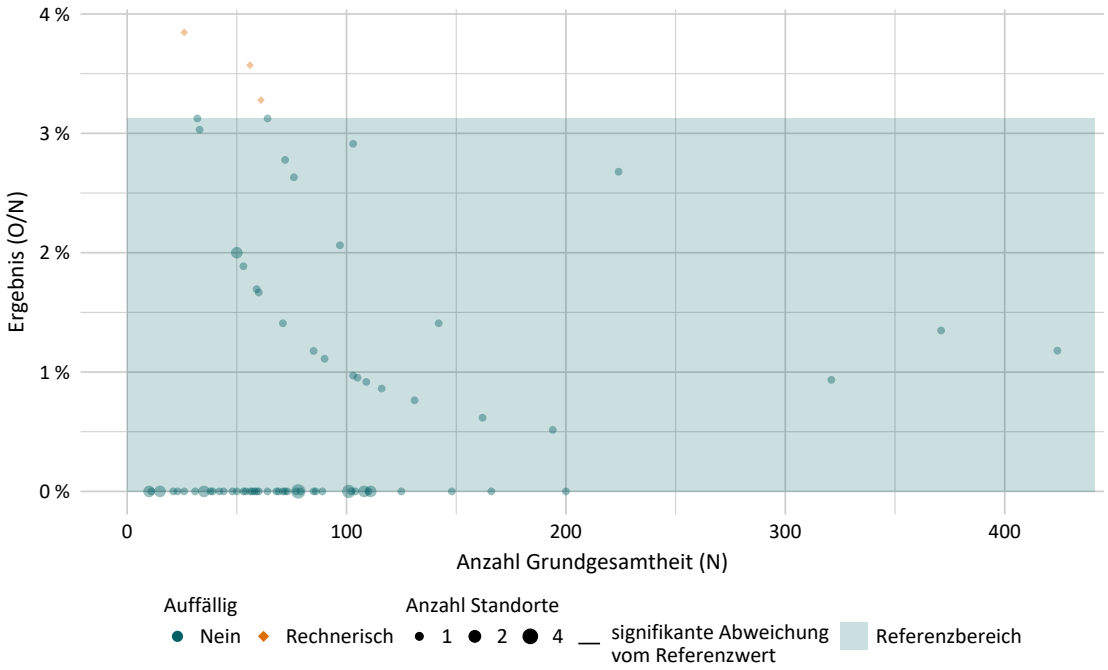
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	45 / 6.406	0,70	0,53 - 0,94
	2023	56 / 7.479	0,75	0,58 - 0,97
	2024	54 / 7.271	0,74	0,57 - 0,97

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	3	0,00	3,85	0,00

382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKChirScore für ID 382001.
Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Inotrope i.v. (präoperativ) Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

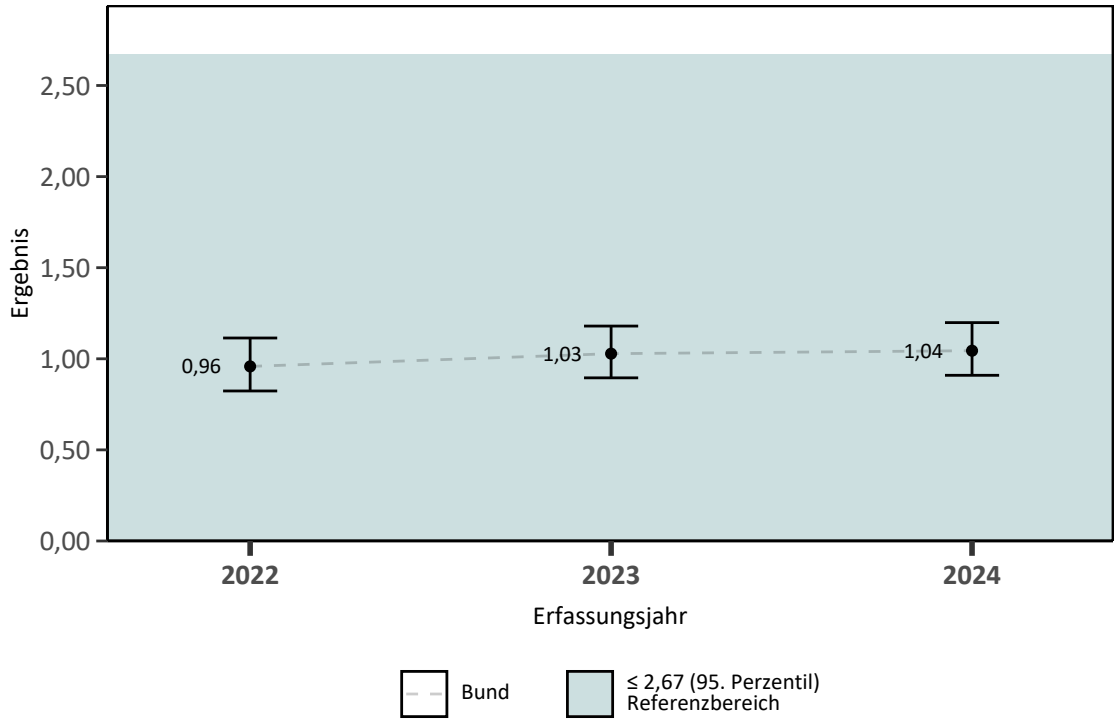
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	5.870	163 / 170,11	0,96	0,82 - 1,11
	2023	6.951	196 / 190,65	1,03	0,90 - 1,18
	2024	6.681	195 / 186,73	1,04	0,91 - 1,20

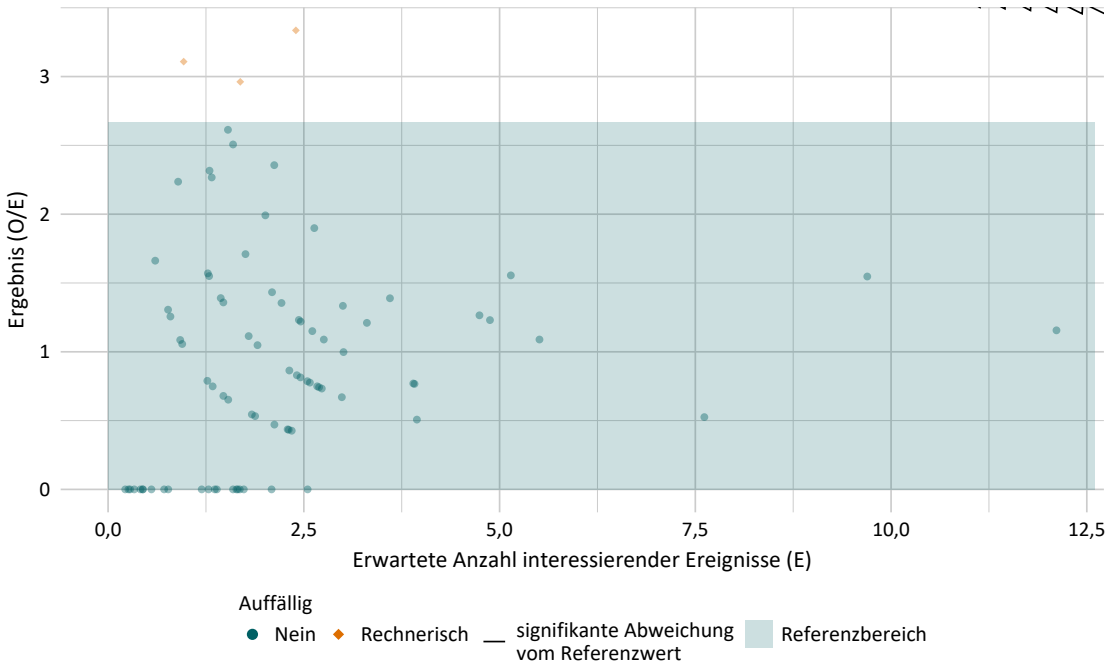
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



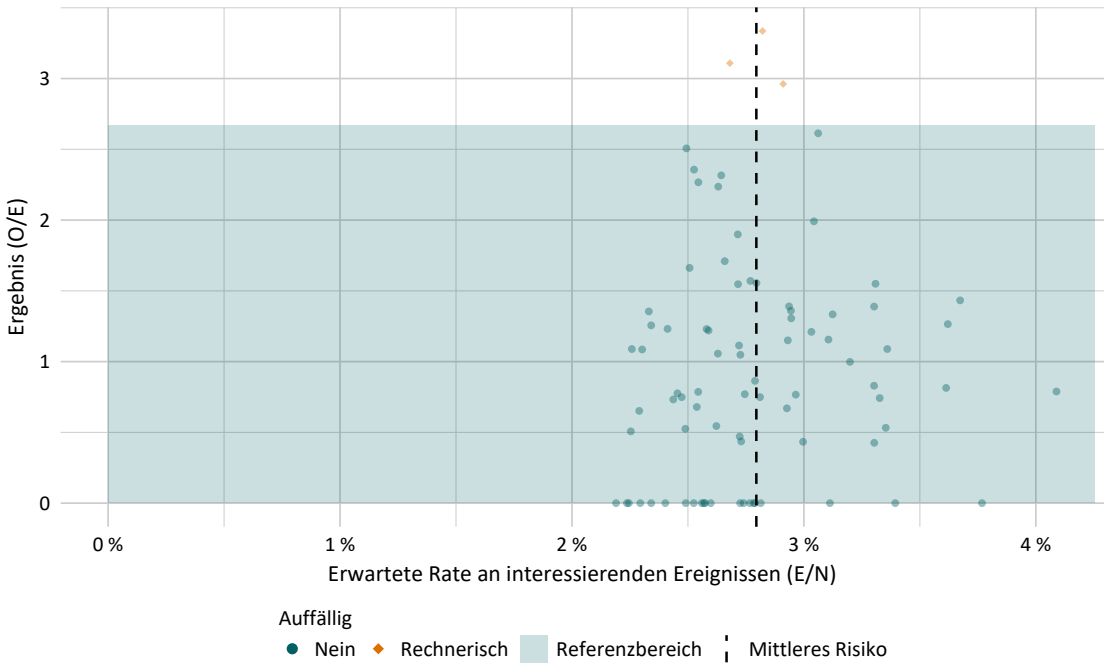
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	83	3	0,00	3,34	0,81

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



382002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

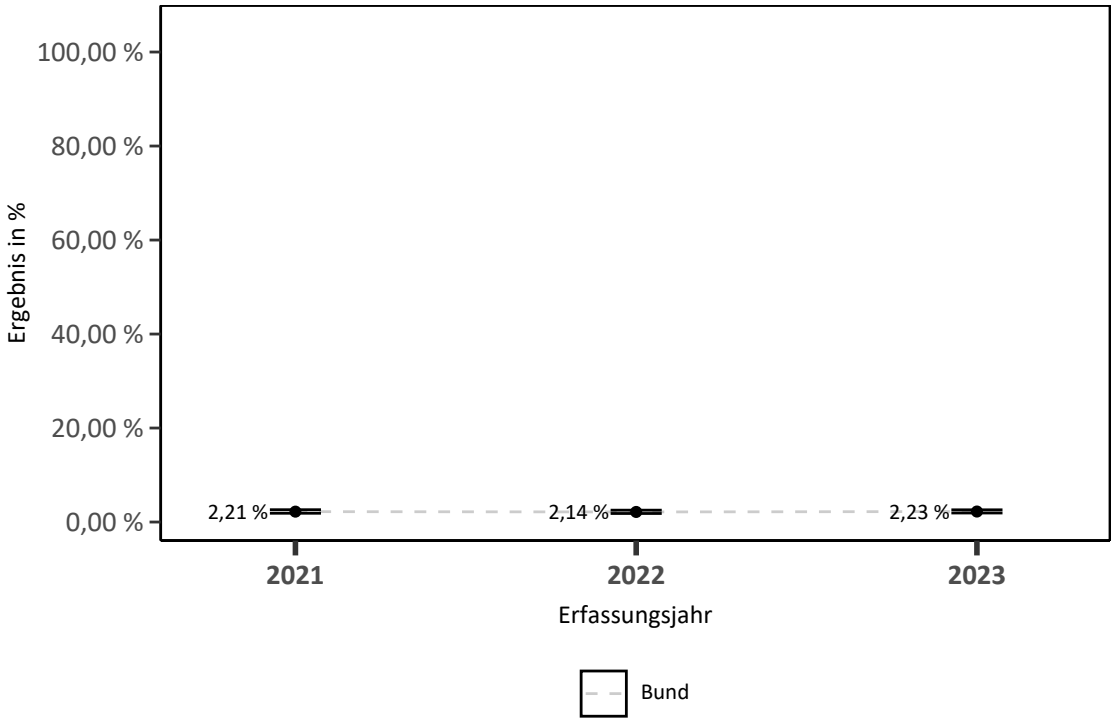
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben, ohne präoperative Mediastinitis oder Wundinfektion des Thorax
Zähler	Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung einer postoperativen tiefen Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

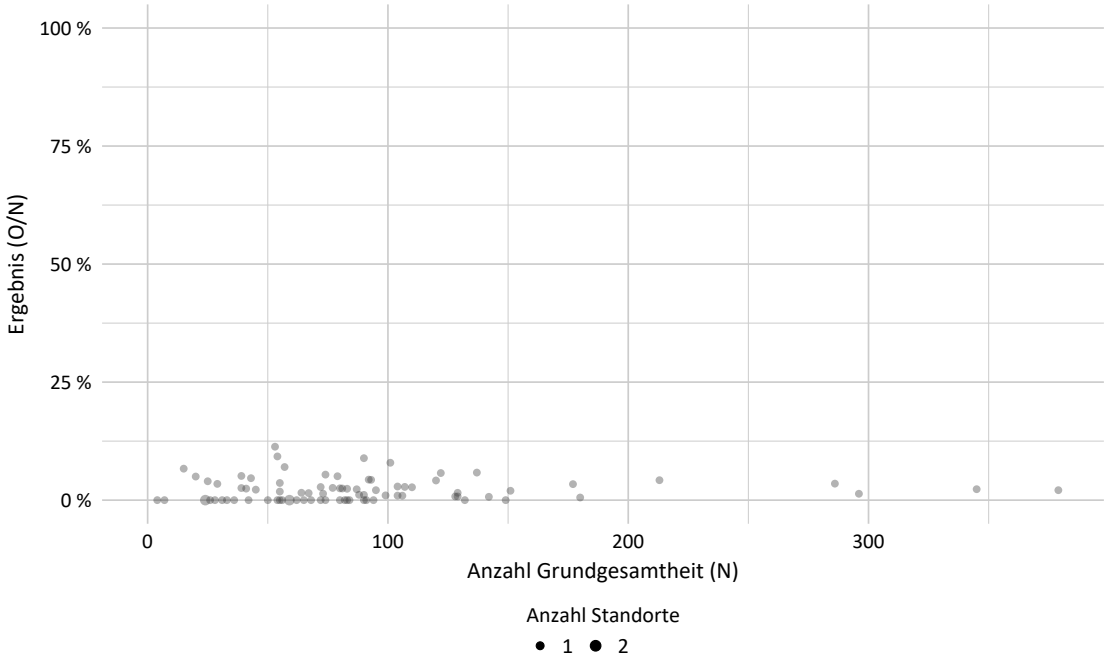
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	132 / 5.972	2,21	1,87 - 2,62
	2022	136 / 6.354	2,14	1,81 - 2,53
	2023	166 / 7.434	2,23	1,92 - 2,59

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	83	0	0,00	11,32	1,49

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 382000** **Mind. eine intraprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben**	0,74 % 54/7.271
1.1.1	ID: 38_22000 Device-Fehlpositionierung	0,06 % 4/7.271
1.1.2	ID: 38_22001 Koronarostienverschluss	0,08 % 6/7.271
1.1.3	ID: 38_22002 Aortendissektion	x % ≤3/7.271
1.1.4	ID: 38_22003 Annulus-Ruptur	0,10 % 7/7.271
1.1.5	ID: 38_22004 Perikardtamponade	0,10 % 7/7.271
1.1.6	ID: 38_22005 LV-Dekompensation	0,28 % 20/7.271
1.1.7	ID: 38_22006 Hirnembolie	x % ≤3/7.271
1.1.8	ID: 38_22007 Aortenregurgitation > = 2. Grades	0,15 % 11/7.271
1.1.9	ID: 38_22008 Device-Embolisation	x % ≤3/7.271

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.2.1.1	ID: O_382001 O/N (observed, beobachtet)	2,92 % 195/6.681
1.2.1.2	ID: E_382001 E/N (expected, erwartet)	2,79 % 186,73/6.681
1.2.1.3	**ID: 382001** **O/E**	1,04
1.2.1.3.1	ID: 38_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	3,91 % 80/2.047
1.2.1.3.2	ID: 38_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[1]	4,27 % 12/281

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.1.3.3	ID: 38_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	3,28 % 10/305

[1] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 382002** **Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen**	2,23 % 166/7.434

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

382003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

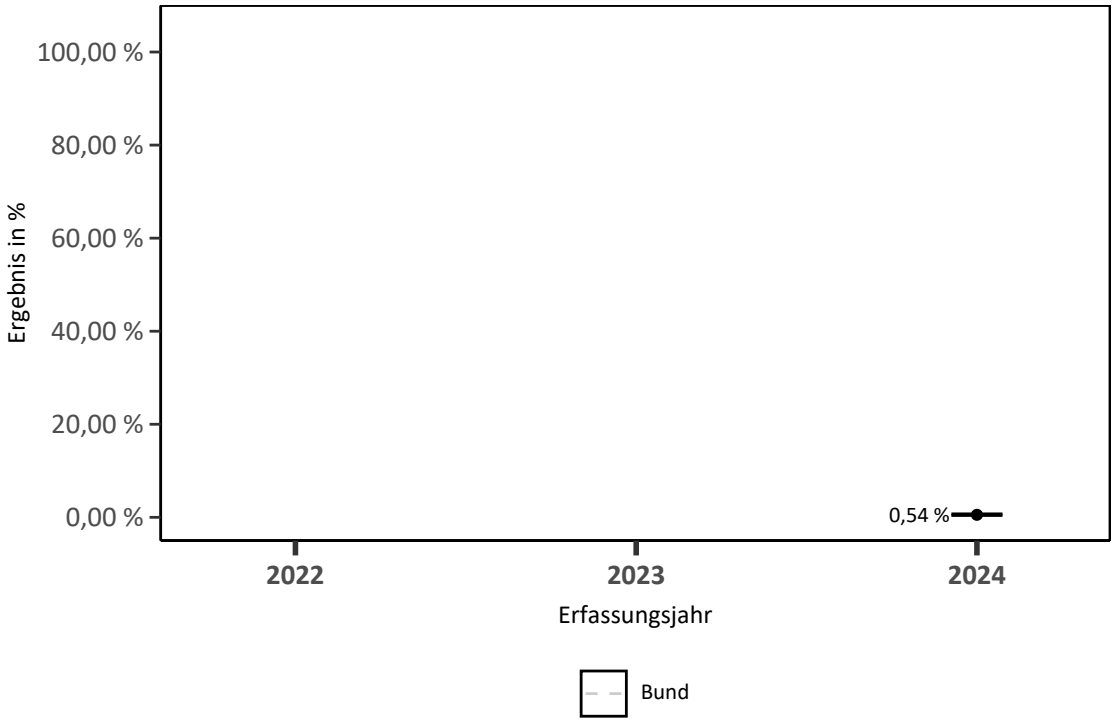
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

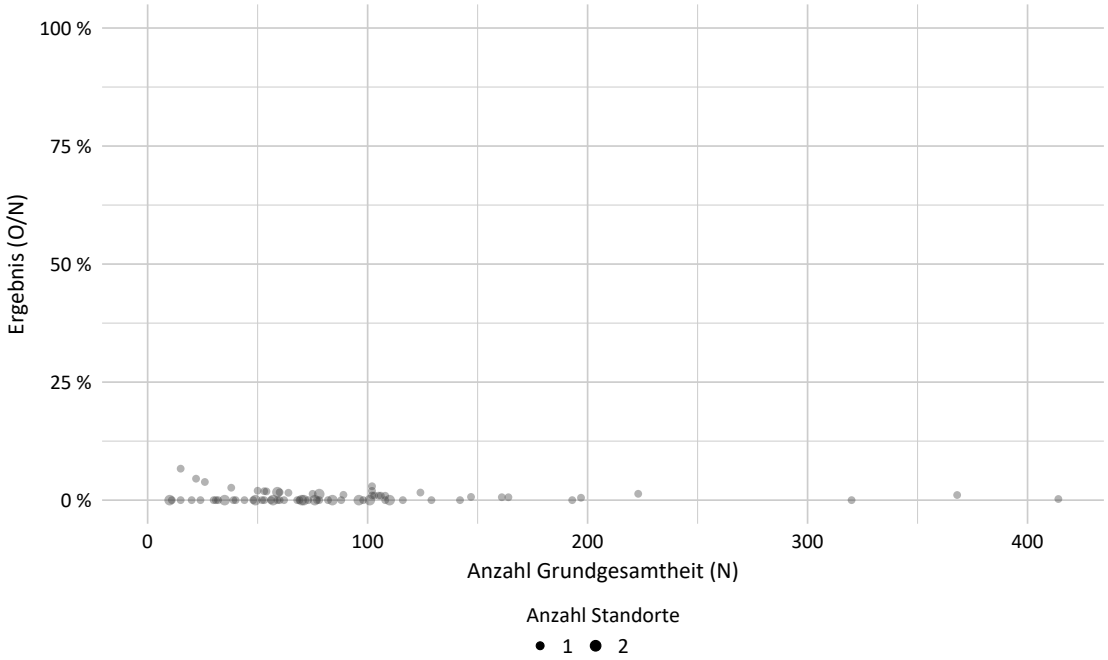
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	39 / 7.181	0,54	0,40 - 0,74

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	6,67	0,00

382004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

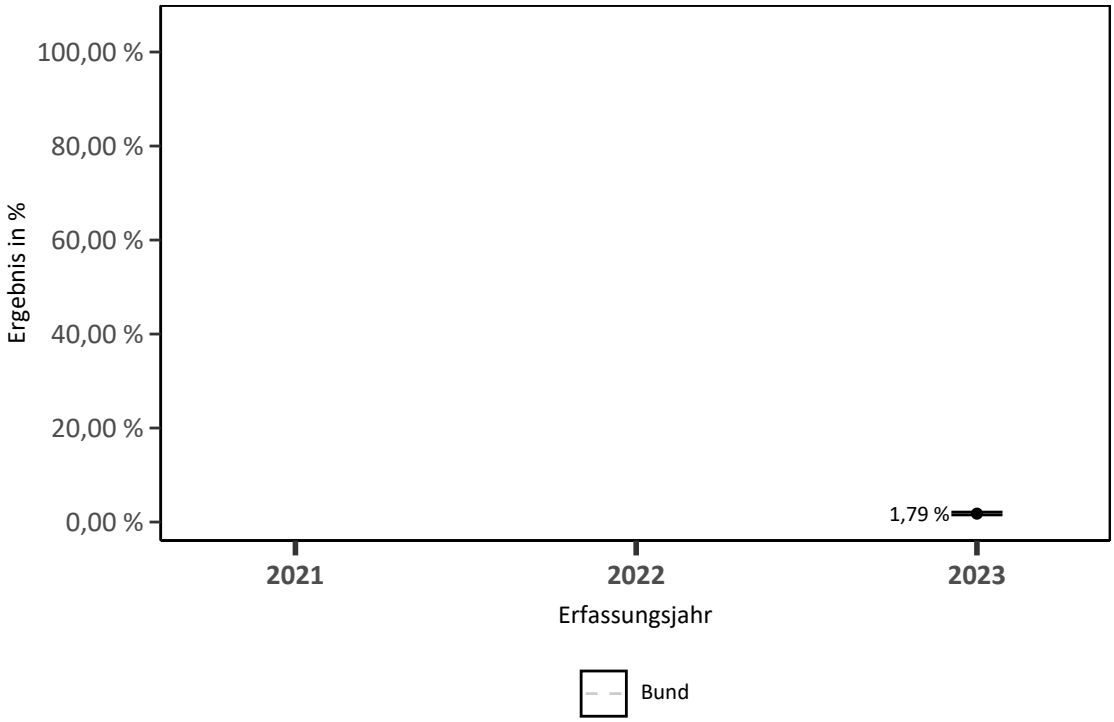
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

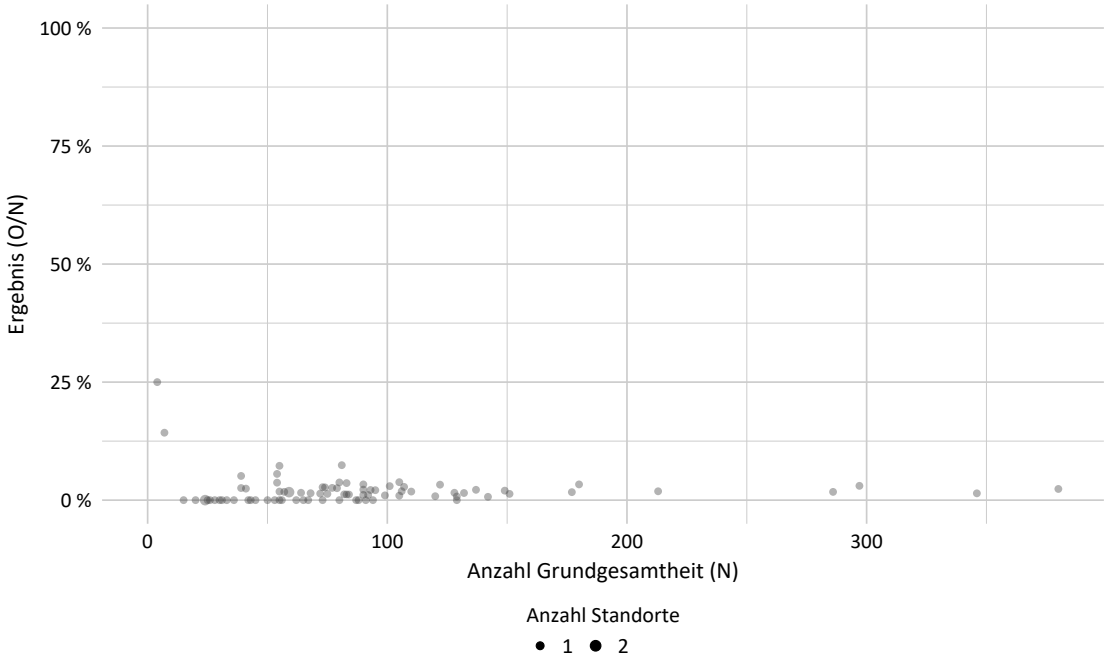
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	133 / 7.442	1,79	1,51 - 2,11

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	83	0	0,00	25,00	1,45

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

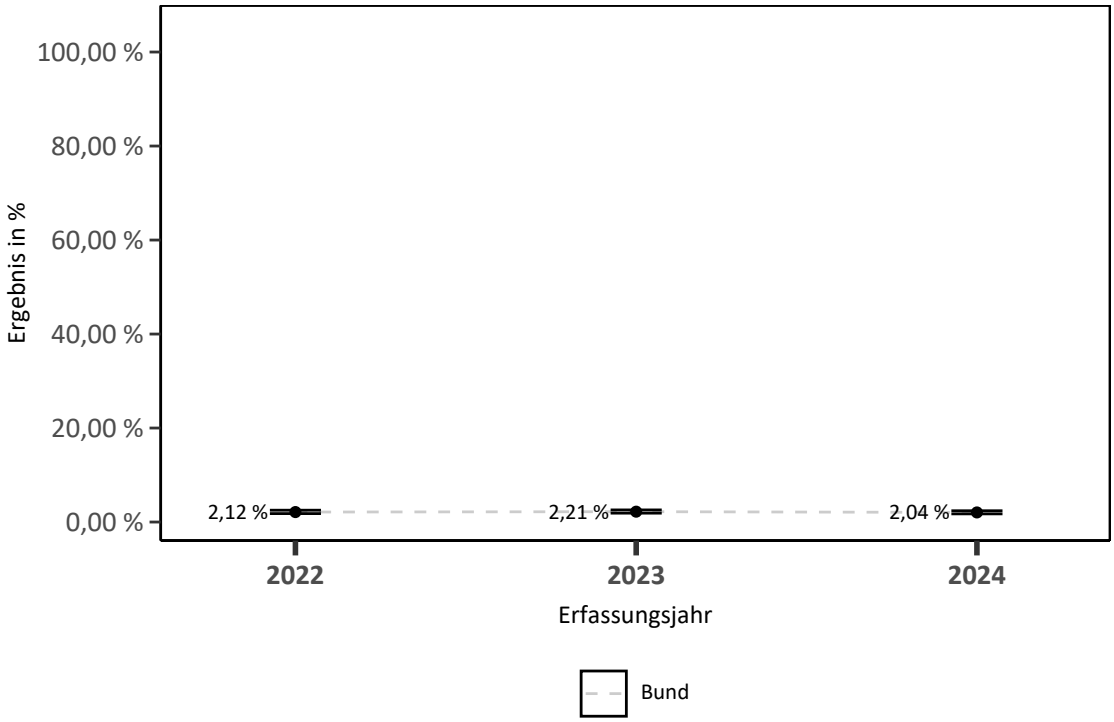
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

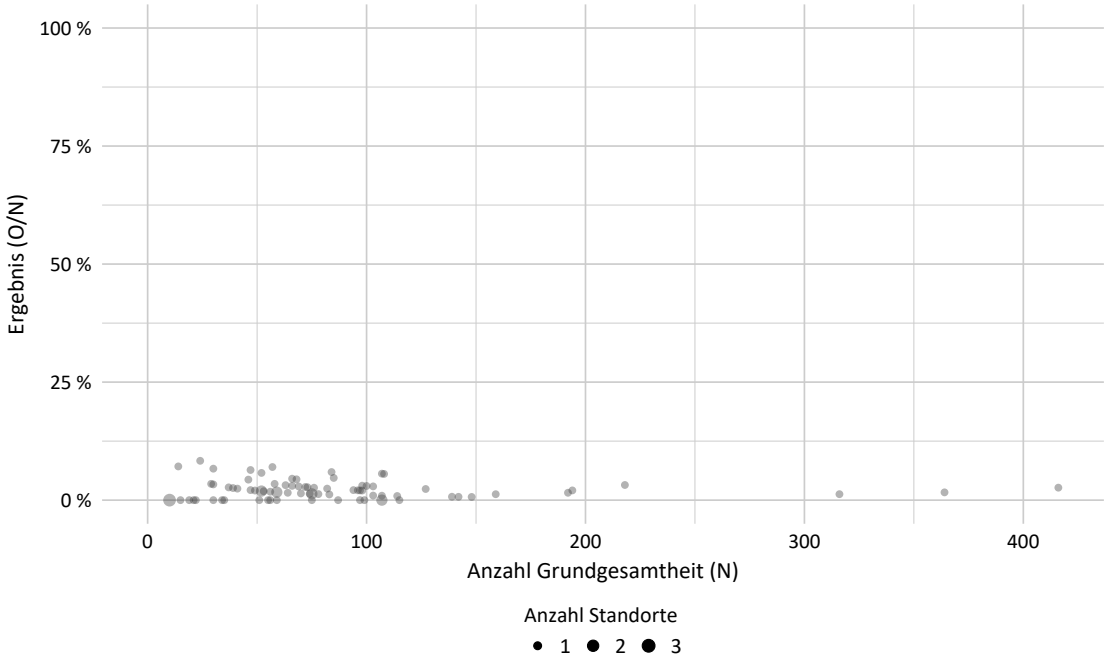
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	130 / 6.129	2,12	1,79 - 2,51
	2023	159 / 7.208	2,21	1,89 - 2,57
	2024	143 / 7.008	2,04	1,73 - 2,40

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	8,33	1,89

382006: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Chir-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 2- oder 3-Gefäßerkrankung Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Arterielle Gefäßerkrankung Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

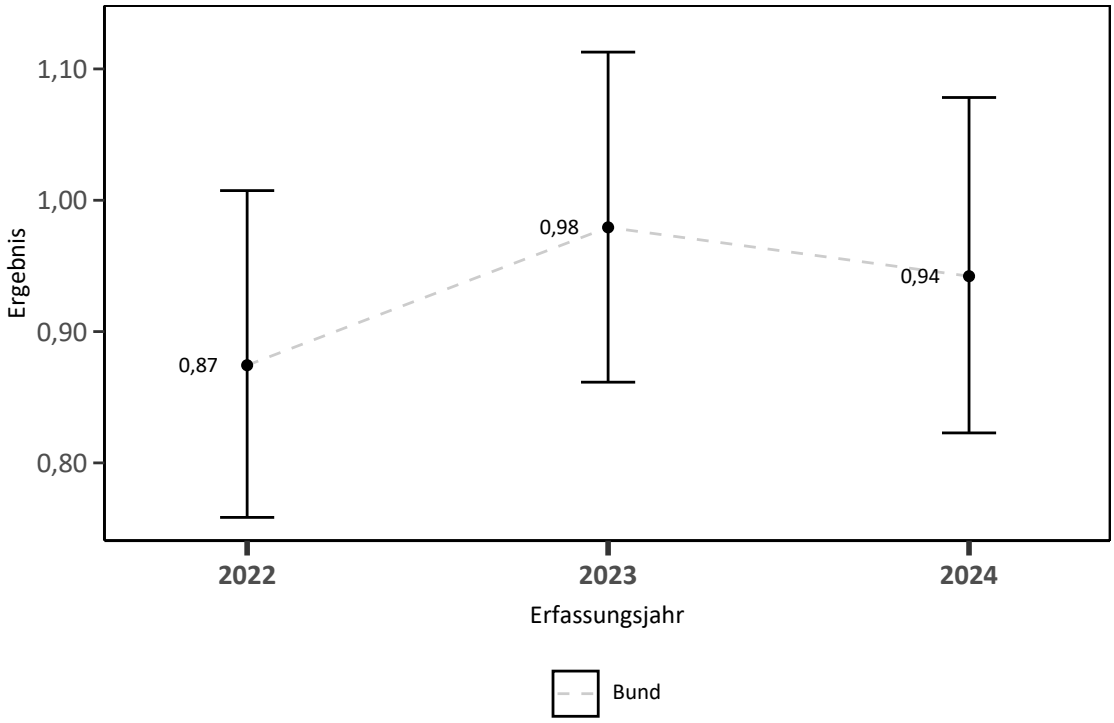
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	6.406	185 / 211,58	0,87	0,76 - 1,01
	2023	7.479	227 / 231,79	0,98	0,86 - 1,11
	2024	7.271	204 / 216,52	0,94	0,82 - 1,08

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

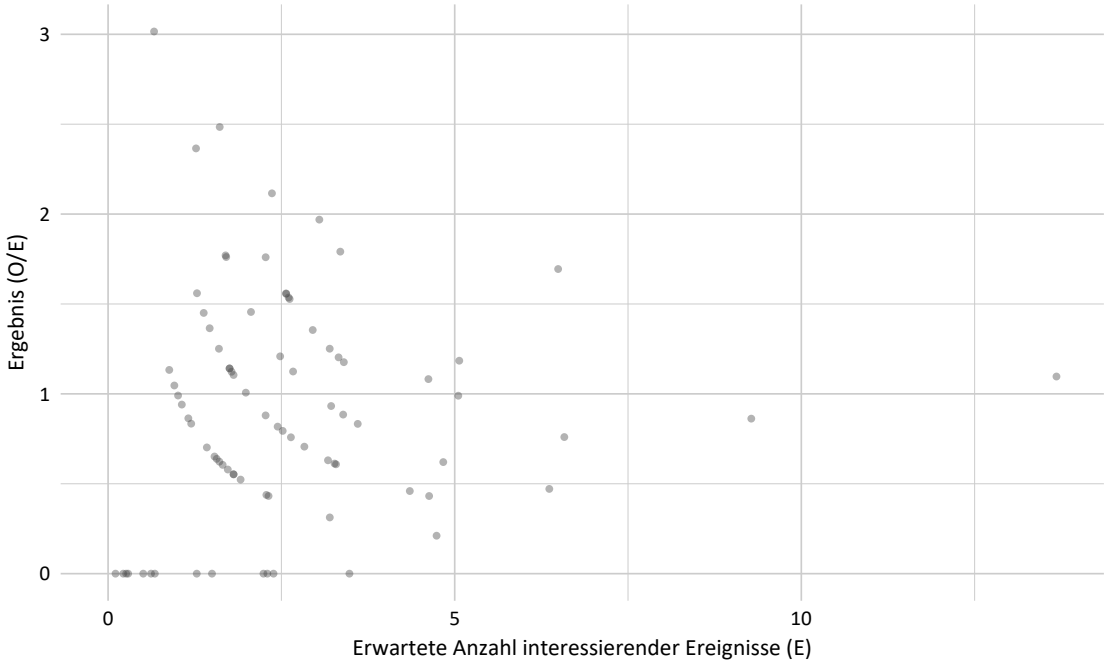
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



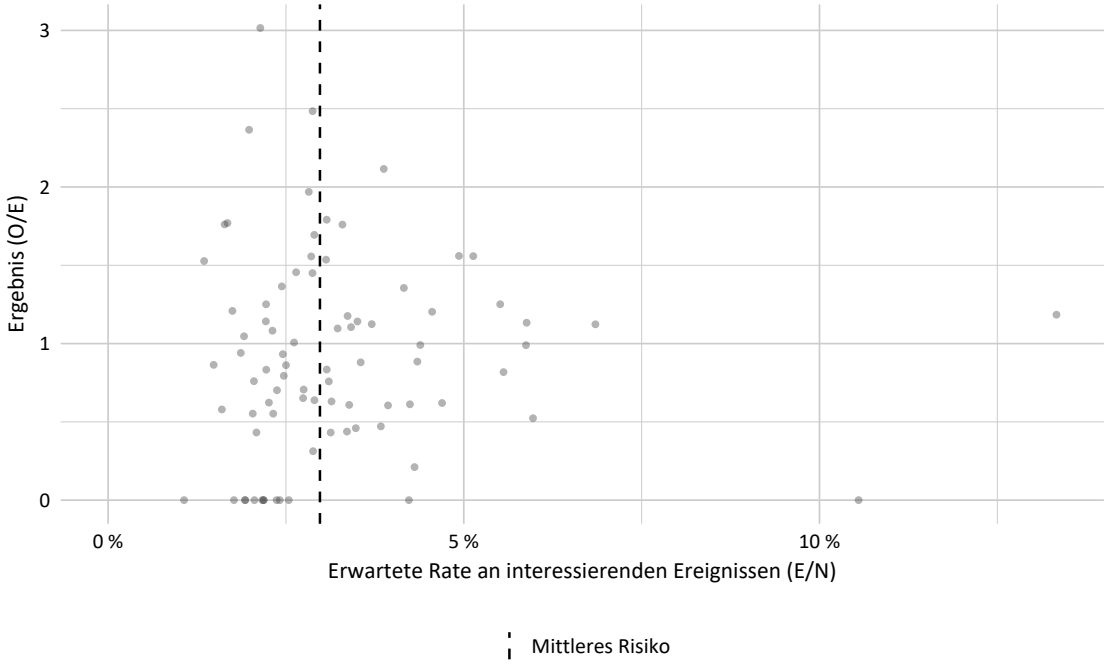
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	83	0	0,00	3,02	0,86

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Chir-30d-Score
Referenzbereich	≤ 2,09 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 2- oder 3-Gefäßerkrankung Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Arterielle Gefäßerkrankung Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

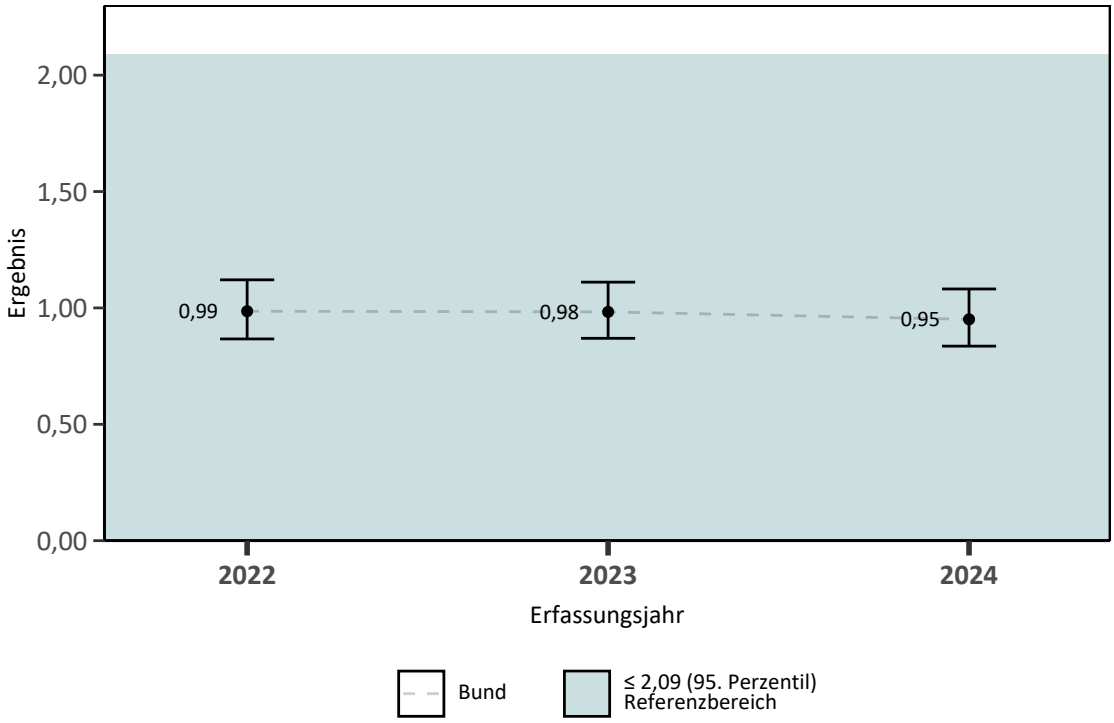
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	6.281	224 / 227,22	0,99	0,87 - 1,12
	2023	7.399	247 / 251,29	0,98	0,87 - 1,11
	2024	7.181	224 / 235,54	0,95	0,84 - 1,08

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

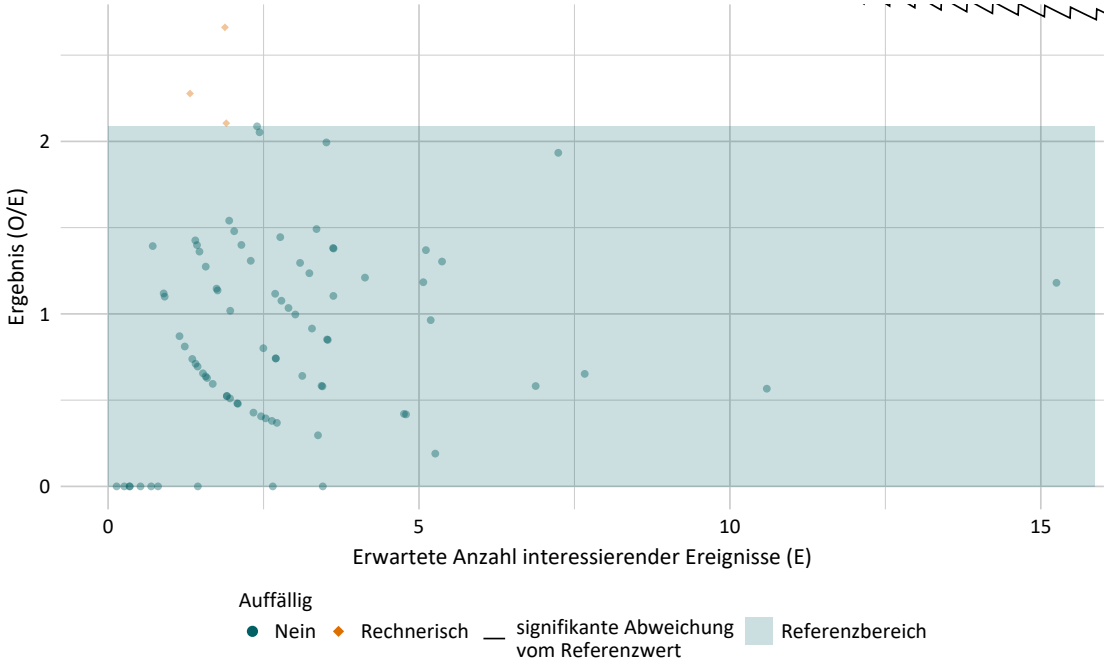
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



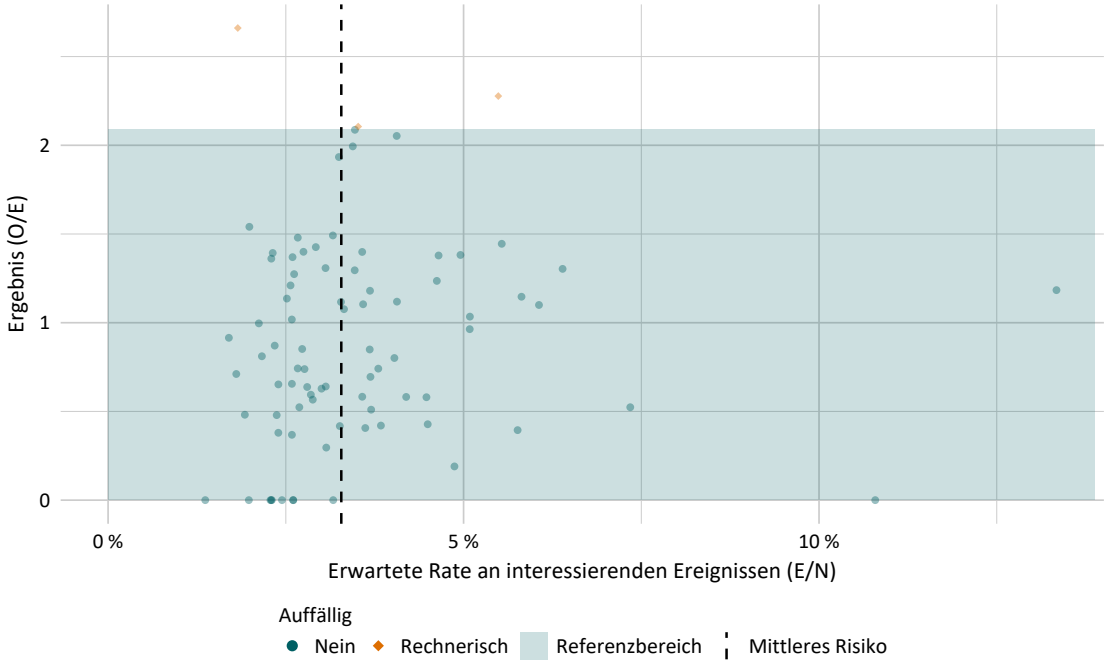
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	83	3	0,00	2,66	0,85

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Chir-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 2- oder 3-Gefäßerkrankung Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

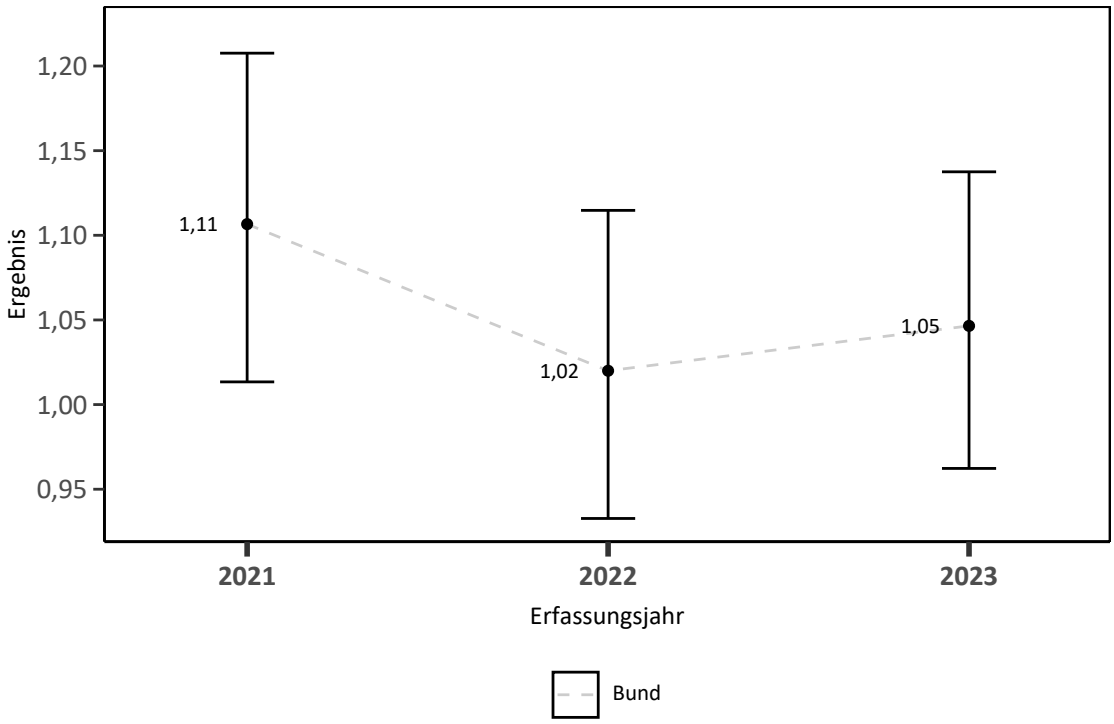
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	5.980	461 / 416,59	1,11	1,01 - 1,21
	2022	6.358	449 / 440,21	1,02	0,93 - 1,11
	2023	7.442	511 / 488,29	1,05	0,96 - 1,14

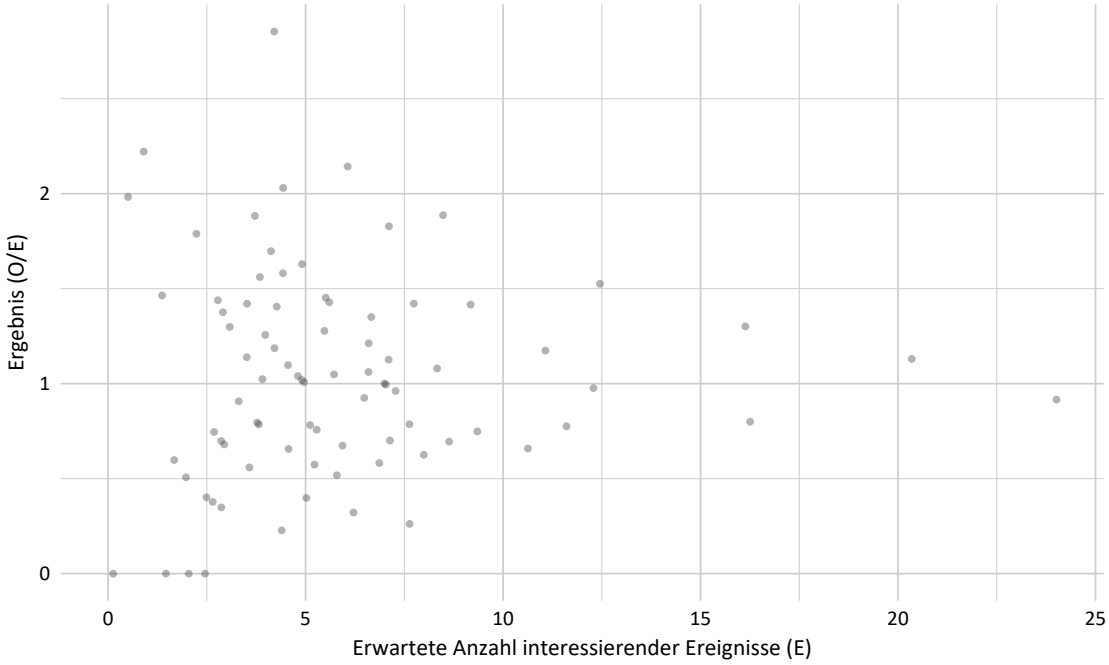
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



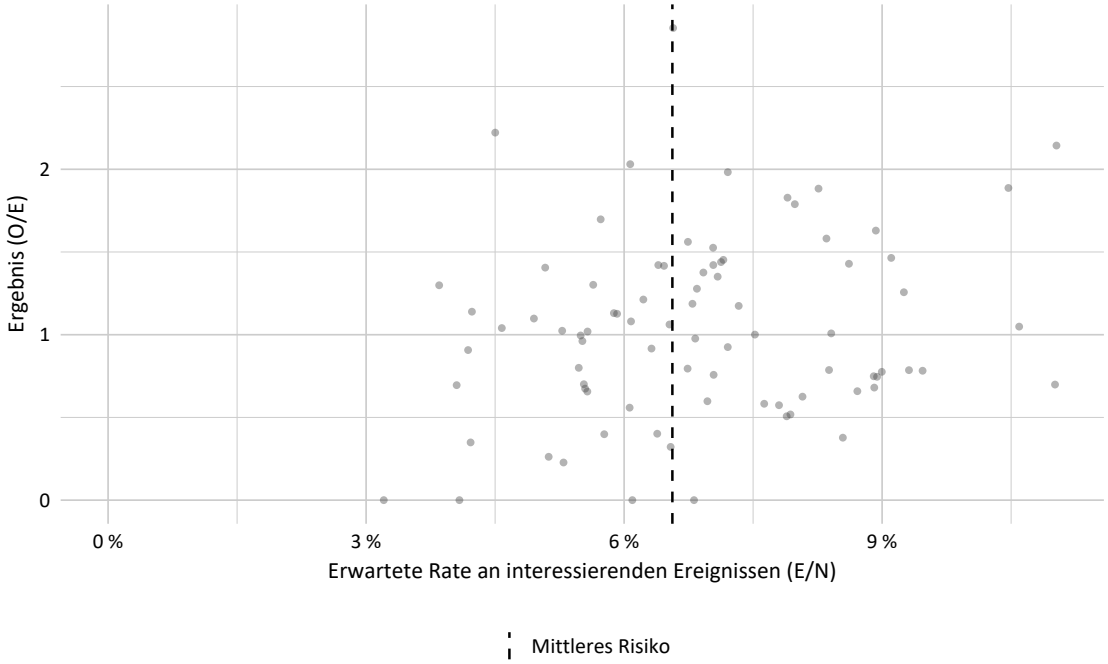
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	83	0	0,00	2,85	1,01

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 38_22013 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben	2,81 % 204/7.271
3.1.1	**ID: 382005** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	2,04 % 143/7.008
3.1.2	ID: 38_22014 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	23,19 % 61/263

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Chir-Score	
3.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in AKL-Chir-Score Risikoklassen	
3.2.1.1	ID: 38_22016 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,08 % 65/6.036
3.2.1.2	ID: 38_22017 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,97 % 30/604
3.2.1.3	ID: 38_22018 Risikoklasse 6 - < 10 %	6,47 % 15/232
3.2.1.4	ID: 38_22019 Risikoklasse ≥ 10 %	23,56 % 94/399
3.2.1.5	ID: 38_22020 Summe AKL-Chir-Score Risikoklassen	2,81 % 204/7.271
3.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in AKL-Chir-Score Risikoklassen	
3.2.2.1	ID: 38_22021 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,18 % 71,41/6.036
3.2.2.2	ID: 38_22022 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,11 % 24,82/604
3.2.2.3	ID: 38_22023 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,57 % 17,55/232
3.2.2.4	ID: 38_22024 Risikoklasse ≥ 10 %	25,75 % 102,75/399
3.2.2.5	ID: 38_22025 Summe AKL-Chir-Score Risikoklassen	2,98 % 216,52/7.271
3.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.3.1	ID: O_382006 O/N (observed, beobachtet)	2,81 % 204/7.271
3.2.3.2	ID: E_382006 E/N (expected, erwartet)	2,98 % 216,52/7.271
3.2.3.3	**ID: 382006** **O/E**	0,94

[2] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Chir-30d-Score	
3.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.3.1.1	ID: O_382007 O/N (observed, beobachtet)	3,12 % 224/7.181
3.3.1.2	ID: E_382007 E/N (expected, erwartet)	3,28 % 235,54/7.181
3.3.1.3	**ID: 382007** **O/E**	0,95

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Chir-365d-Score	
3.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.4.1.1	ID: O_382008 O/N (observed, beobachtet)	6,87 % 511/7.442
3.4.1.2	ID: E_382008 E/N (expected, erwartet)	6,56 % 488,29/7.442
3.4.1.3	**ID: 382008** **O/E**	1,05

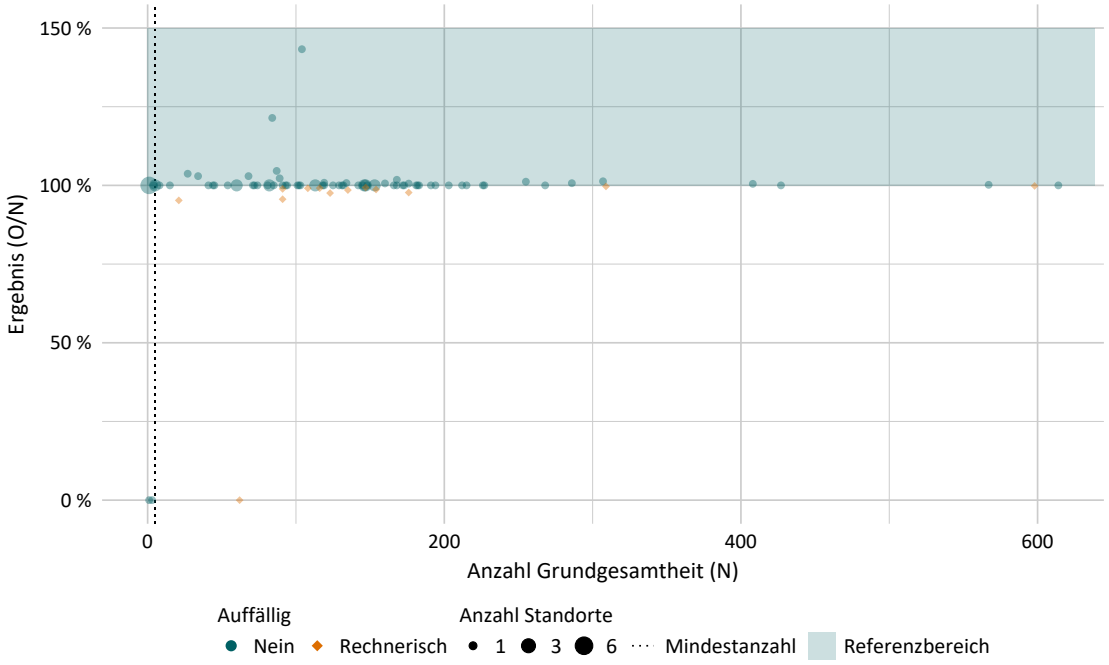
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	96	13	0,00	143,27	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	13.000 / 12.995	100,04	13,54 % 13 / 96

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	83.586	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal isoliert offen-chirurgisch an der Aortenklappe operiert wurden	7.321	8,76

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	84.128	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	25.305	30,08
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.801	6,90
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	26.832	31,89
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.350	8,74
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	10.002	11,89
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.038	7,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	158	2,16
1. Quartal	1.920	26,23
2. Quartal	1.934	26,42
3. Quartal	1.855	25,34
4. Quartal	1.454	19,86
Entlassungsquartal		
1. Quartal	1.825	24,93
2. Quartal	1.852	25,30
3. Quartal	1.888	25,79
4. Quartal	1.756	23,99

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	665	9,08
8 - 14 Tage	4.169	56,95
15 - 21 Tage	1.301	17,77
22 - 28 Tage	480	6,56
> 28 Tage	706	9,64

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[3]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	7.321
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	3,65
Median	1,00
95. Perzentil	15,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	7.321
5. Perzentil	6,00
Mittelwert	11,74
Median	9,00
95. Perzentil	27,00
Gesamtverweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	7.321
5. Perzentil	7,00
Mittelwert	15,39
Median	12,00
95. Perzentil	37,00

[3] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[4] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[5] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	622	8,50
50 – 59 Jahre	1.359	18,56
60 – 64 Jahre	1.494	20,41
65 – 69 Jahre	1.577	21,54
70 – 74 Jahre	1.544	21,09
75 – 79 Jahre	500	6,83
80 – 89 Jahre	222	3,03
≥ 90 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	7.321
5. Perzentil	43,00
25. Perzentil	59,00
Mittelwert	63,70
Median	65,00
75. Perzentil	71,00
95. Perzentil	77,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
Geschlecht		
(1) männlich	4.988	68,13
(2) weiblich	2.333	31,87
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 7.255**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	72	0,99
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	1.915	26,40
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	2.684	37,00
Adipositas (≥ 30)	2.584	35,62

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	715	9,77
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	2.801	38,26
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	3.453	47,17
(IV) Beschwerden in Ruhe	352	4,81
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	2.950	40,30
(1) ja	4.371	59,70
Angina Pectoris		
(0) nein	5.411	73,91
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	586	8,00
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	825	11,27
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	420	5,74
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	79	1,08
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	6.922	94,55
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	33	0,45
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	61	0,83
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	71	0,97
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	208	2,84
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	9	0,12
(9) unbekannt	17	0,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	6.423	87,73
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	216	2,95
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	290	3,96
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	380	5,19
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	11	0,15
(9) unbekannt	≤3	x
Reanimation		
(0) nein	7.207	98,44
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	44	0,60
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	34	0,46
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	35	0,48
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0	0,00
(9) unbekannt	≤3	x

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	2.039
5. Perzentil	17,00
Mittelwert	33,55
Median	31,00
95. Perzentil	57,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	5.282	72,15
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	6.397	87,38
(2) Vorhofflimmern	751	10,26
(9) anderer Rhythmus	173	2,36
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	6.019	82,22
(1) paroxysmal	839	11,46
(2) persistierend	317	4,33
(3) permanent	146	1,99
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	7.001	95,63
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	241	3,29
(2) Schrittmacher mit CRT-System	32	0,44
(3) Defibrillator ohne CRT-System	33	0,45
(4) Defibrillator mit CRT-System	14	0,19

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[6]		
(1) normaler, gesunder Patient	69	0,94
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	644	8,80
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4.638	63,35
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	1.899	25,94
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	71	0,97

[6] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
LVEF		
< 15%	12	0,16
15 - 30%	299	4,08
31 - 50%	1.869	25,53
> 50%	4.697	64,16
LVEF unbekannt	444	6,06
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	6.877
5. Perzentil	33,00
Mittelwert	54,05
Median	55,00
95. Perzentil	70,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	5.572	76,11
(1) 1-Gefäßerkrankung	918	12,54
(2) 2-Gefäßerkrankung	419	5,72
(3) 3-Gefäßerkrankung	346	4,73
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	1.502	89,25
(1) ja, operativ	132	7,84
(2) ja, interventionell	49	2,91
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	66	0,90
Hauptstammstenose		
(0) nein	7.274	99,36
(1) ja, gleich oder größer 50%	47	0,64

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	7.024	95,94
(1) ja	297	4,06
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	6.536	89,28
(1) eine	699	9,55
(2) zwei	71	0,97
(3) drei	10	0,14
(4) vier	≤3	x
(5) fünf oder mehr	≤3	x
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	≤3	x
(9) unbekannt	0	0,00

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
akute Infektionen[7]		
(0) keine	6.405	87,49
(1) Mediastinitis	9	0,12
(2) Sepsis	48	0,66
(3) broncho-pulmonale Infektion	57	0,78
(4) oto-laryngologische Infektion	4	0,05
(5) floride Endokarditis	764	10,44
(6) Peritonitis	≤3	x
(7) Wundinfektion Thorax	≤3	x
(8) Pleuraempym	≤3	x
(9) Venenkatheterinfektion	≤3	x
(10) Harnwegsinfektion	33	0,45
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	11	0,15
(12) HIV-Infektion	9	0,12
(13) Hepatitis B oder C	31	0,42
(18) andere Wundinfektion	6	0,08
(88) sonstige Infektion	54	0,74
Diabetes mellitus		
(0) nein	5.679	77,57
(1) ja, diätetisch behandelt	190	2,60
(2) ja, orale Medikation	940	12,84
(3) ja, mit Insulin behandelt	469	6,41
(4) ja, unbehandelt	20	0,27
(9) unbekannt	23	0,31

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	6.211	84,84
(1) ja	1.090	14,89
davon:[8]		
periphere AVK	309	28,35
Arteria Carotis	372	34,13
Aortenaneurysma	316	28,99
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	332	30,46
(9) unbekannt	20	0,27
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	6.224	85,02
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	378	5,16
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	229	3,13
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	472	6,45
(9) unbekannt	18	0,25

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	6.535	89,26
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	487	6,65
(2) ja, ZNS, andere	167	2,28
(3) ja, peripher	99	1,35
(4) ja, Kombination	12	0,16
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	199	39,88
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	111	22,24
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	115	23,05
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	56	11,22
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	7	1,40
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	11	2,20
(9) unbekannt	21	0,29
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	7.166	97,88
(1) akut	39	0,53
(2) chronisch	116	1,58

[7] Mehrfachnennung möglich
[8] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[9]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	7.166
5. Perzentil	0,60
Mittelwert	1,02
Median	0,90
95. Perzentil	1,61
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	7.166
5. Perzentil	53,04
Mittelwert	90,14
Median	80,00
95. Perzentil	142,65

[9] (letzter Wert vor OP)
[10] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.350**	
Operation[11]		
(5-351.0*) Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe	6.402	87,10
(5-352.0*) Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe	664	9,03

[11] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.350**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	6.291	85,59
(1) ja	1.059	14,41
davon:[12]		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	109	10,29
Vorhofablation	240	22,66
Eingriff an herznahen Gefäßen	263	24,83
Herzohrverschluss/-amputation	423	39,94
interventioneller Koronareingriff (PCI)	≤3	x
sonstige	396	37,39

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.350**	
Konversionseingriff		
(0) nein	7.215	98,16
(1) ja	135	1,84
Zugang (AORT)[13]		
(1) konventionelle Sternotomie	3.984	54,20
(2) minimalinvasiver operativer Zugang	3.366	45,80
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	5.784	78,69
(1) ja	1.566	21,31
Dringlichkeit		
(1) elektiv	5.791	78,79
(2) dringlich	1.260	17,14
(3) Notfall	239	3,25
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	60	0,82
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	7.334	99,78
(1) ja	16	0,22
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	6.801	92,53
(1) ja	549	7,47
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	7.192	97,85
(1) ja	158	2,15

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.350**	
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	7.331	99,74
(1) ja, IABP	9	0,12
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	10	0,14
(3) ja, andere	0	0,00
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	6.973	94,87
(2) bedingt aseptische Eingriffe	89	1,21
(3) kontaminierte Eingriffe	30	0,41
(4) septische Eingriffe	258	3,51

[13] offen chirurgisch

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl isolierter offen-chirurgischer Eingriffe an der Aortenklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999	7.350
5. Perzentil	110,00
Mittelwert	191,65
Median	180,00
95. Perzentil	308,00

präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.350**	
Stenose		
(0) nein	1.711	23,28
(1) ja	5.639	76,72
Insuffizienz		
(0) nein	3.034	41,28
(1) ja	4.316	58,72

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.350**	
intraprozedurale Komplikationen		
(0) nein	7.199	97,95
(1) ja	151	2,05
davon:[14]		
Device-Fehlpositionierung	4	2,65
Koronarostienverschluss	6	3,97
Aortendissektion	≤3	x
Aortenregurgitation > = 2. Grades	11	7,28
Annulus-Ruptur	9	5,96
Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	12	7,95
davon:		
(1) ohne Therapiebedarf	4	33,33

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.350**	
(2) mit Therapiebedarf	8	66,67
Perikardtamponade	8	5,30
kardiale Dekompensation	20	13,25
Hirnembolie	≤3	x
Rhythmusstörungen	23	15,23
Device-Embolisation	≤3	x
vaskuläre Komplikation	14	9,27
Low Cardiac Output	35	23,18
davon: Therapie des Low Cardiac Output		
(0) keine Therapie erforderlich	0	0,00
(1) medikamentös	8	22,86
(2) IABP	≤3	x
(3) VAD	0	0,00
(4) ECMO	23	65,71
(9) sonstige	≤3	x
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	45	29,80
davon:		
(1) schwerwiegend	35	77,78
(2) lebensbedrohlich	10	22,22
Patient verstarb im OP/Katheterlabor	8	5,30

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.350**	
Konversion		
(0) nein	7.281	99,06
(1) ja, zu Sternotomie	69	0,94
(2) ja, zu transapikal	0	0,00
(3) ja, zu endovaskulär	0	0,00
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	8	11,59
(2) intraprozedurale Komplikationen	36	52,17
(9) sonstige	25	36,23

[14] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	7.278	99,41
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	31	0,42
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	12	0,16
Reanimation		
(0) nein	7.173	97,98
(1) ja	148	2,02
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	6.957	95,03
(1) ja	364	4,97
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	6.866	93,79
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	231	3,16
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	191	2,61
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	33	0,45
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	7.293	99,62
(1) ja	28	0,38
Perikardtamponade		
(0) nein	7.131	97,40
(1) ja	190	2,60

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	6.965	95,14
(1) schwerwiegend	269	3,67
(2) lebensbedrohlich	87	1,19
Mediastinitis[15]		
(0) nein	7.312	99,88
(1) ja	9	0,12
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	7.159	97,79
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	114	1,56
(2) ja, ZNS, andere	48	0,66
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	53	32,72
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	17	10,49
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	28	17,28
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	24	14,81
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	10	6,17
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	13	8,02
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	17	10,49

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	7.036	96,11
(1) ja	285	3,89
davon:[16]		
Infektion(en)	48	16,84
Sternuminstabilität	31	10,88
Gefäßruptur	4	1,40
Dissektion	≤3	x
therapierelevante Blutung/Hämatom	164	57,54
Ischämie	15	5,26
AV-Fistel	≤3	x
Aneurysma spurium	4	1,40
sonstige	56	19,65

[15] nach den KISS-Definitionen

[16] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	6.738	92,04
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	483	6,60
(2) Schrittmacher mit CRT-System	46	0,63
(3) Defibrillator ohne CRT-System	36	0,49
(4) Defibrillator mit CRT-System	18	0,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.321**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	4.568	62,40
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	129	1,76
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	7	0,10
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	29	0,40
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.302	17,78
(07) Tod	215	2,94
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[17]	18	0,25
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	1.046	14,29
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	4	0,05
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[18]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[19]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[20]		
(1) ja	0	0,00

[17] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[18] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[19] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[20] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-AK-KATH: Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 14

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 16

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 17

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 18

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 18

372000: Intraprozedurale Komplikationen 18

372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts 21

372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 24

Details zu den Ergebnissen 28

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 30

372003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 30

372004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 33

Gruppe: Sterblichkeit 36

372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 36

372006: Sterblichkeit im Krankenhaus 39

372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 43

372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 47

Details zu den Ergebnissen 51

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 53

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 53

852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 53

Basisauswertung 55

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 55
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 56
Patientin / Patient ... 58
Body Mass Index (BMI) ... 59
Anamnese / präoperative Befunde ... 60
Kardiale Befunde ... 63
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 65
Weitere Begleiterkrankungen ... 66
Operation / Prozedur ... 70
OP-Basisdaten ... 70
präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung ... 73
Dosis-Flächen-Produkt ... 73
Kontrastmittelmenge ... 74
Intraprozedurale Komplikationen ... 75
Postoperativer Verlauf ... 77
Entlassung / Verlegung ... 80

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden Daten der Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert. In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für die definierte Patientin bzw. den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die (sozialdatenbasierte) Qualitätsindikatoren-Berechnung nicht ausgewertet werden bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatendatensätzen berichtet.

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2023 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2022).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2024 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik
• eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	76.161 76.125 36	75.592	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	243		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	266	268	99,25
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	229	232	98,71

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2024 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) 2024
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) 2024
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) 2024
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) 2024
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) 2024

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	26.842 26.832 10	26.750	100,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	98	98	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	81	80	101,25

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	25.965 25.955 10	25.681	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	96	95	101,05
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	78	101,28

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	23.680 23.672 8	23.765	99,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	97	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	80	80	100,00

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.586	98,71 N = 82.510

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.261	99,47 N = 80.828

Erfassungsjahr 2022	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	76.125	99,36 N = 75.635

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Im Folgenden finden sich sämtliche Qualitätsindikatoren deren Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt wurden. Dies sind Qualitätsindikatoren, deren Qualitätsmerkmale gemäß den angewandten Kriterien der Verfahrensüberprüfung (Beschluss des G-BA über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen

Qualitätssicherung vom 21. April 2022) und der daran anknüpfenden Verfahrenspflege nicht mehr zur Qualitätssicherung geeignet und zur Streichung empfohlen sind oder bei denen nach Überprüfung ein grundlegender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde:

• Sterblichkeit im Krankenhaus (382006)
• Sterblichkeit innerhalb eines Jahres (382008)

Desweiteren erfolgte für die Qualitätsindikatoren Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen (382003) und Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres (382004) ebenfalls die Aussetzung der Referenzbereiche. Diese Qualitätsindikatoren werden nach Zusammenlegung aller bisherigen Qualitätsindikatoren zu RE-Eingriffen in diesem Jahr das erste Mal in dieser Form ausgewertet, so dass für diese ein Stellungnahmeverfahren erst im nächsten Jahr vorgesehen ist.

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
372000	Intraprozedurale Komplikationen	≤ 3,37 % (95. Perzentil)	1,33 % O = 355 N = 26.771
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	≤ 3,01 % (95. Perzentil)	0,84 % O = 225 N = 26.771
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,17 (95. Perzentil)	1,05 O/E = 788 / 749,12 N = 24.700
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	0,19 % O = 50 N = 26.484

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit			
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	1,79 % O = 477 N = 26.593
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	1,06 O/E = 518 / 490,79 N = 26.771
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,48 (95. Perzentil)	1,05 O/E = 742 / 703,90 N = 26.484

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	0,55 % O = 142 N = 25.759
Gruppe: Sterblichkeit			
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	1,01 O/E = 3.419 / 3.399,00 N = 25.759

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden hingegen auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,34 % 26.842 / 26.750	8,16 % 8 / 98

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

372000: Intraprozedurale Komplikationen

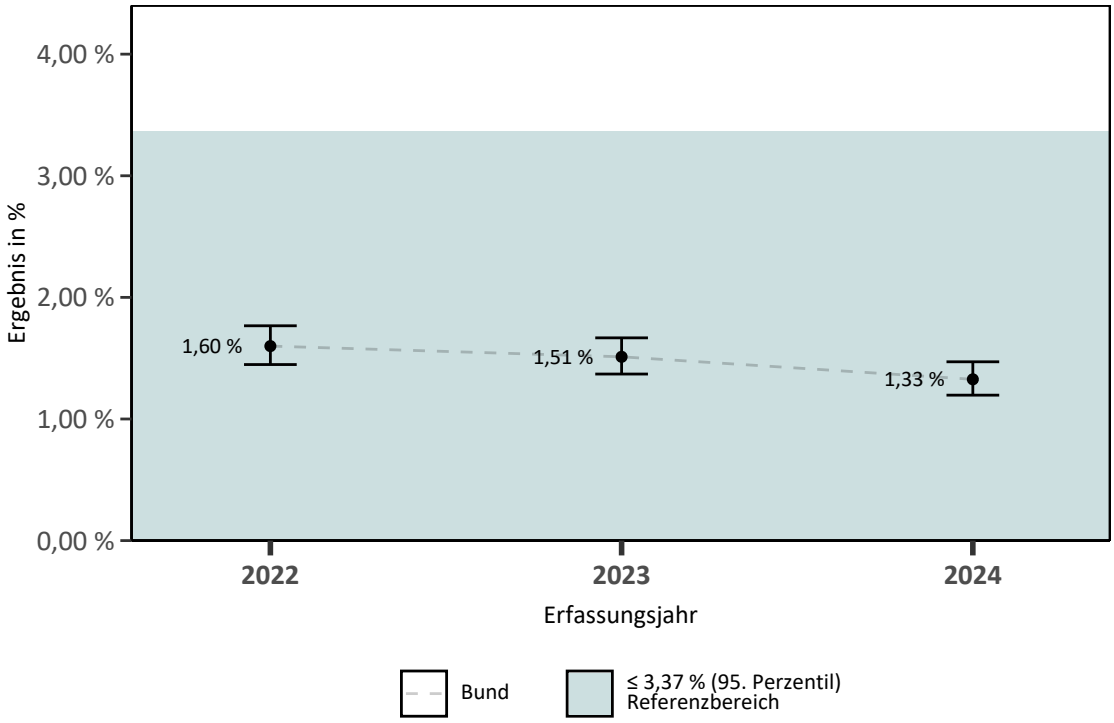
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine schwere intraprozedurale Komplikation aufgetreten ist
Referenzbereich	≤ 3,37 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

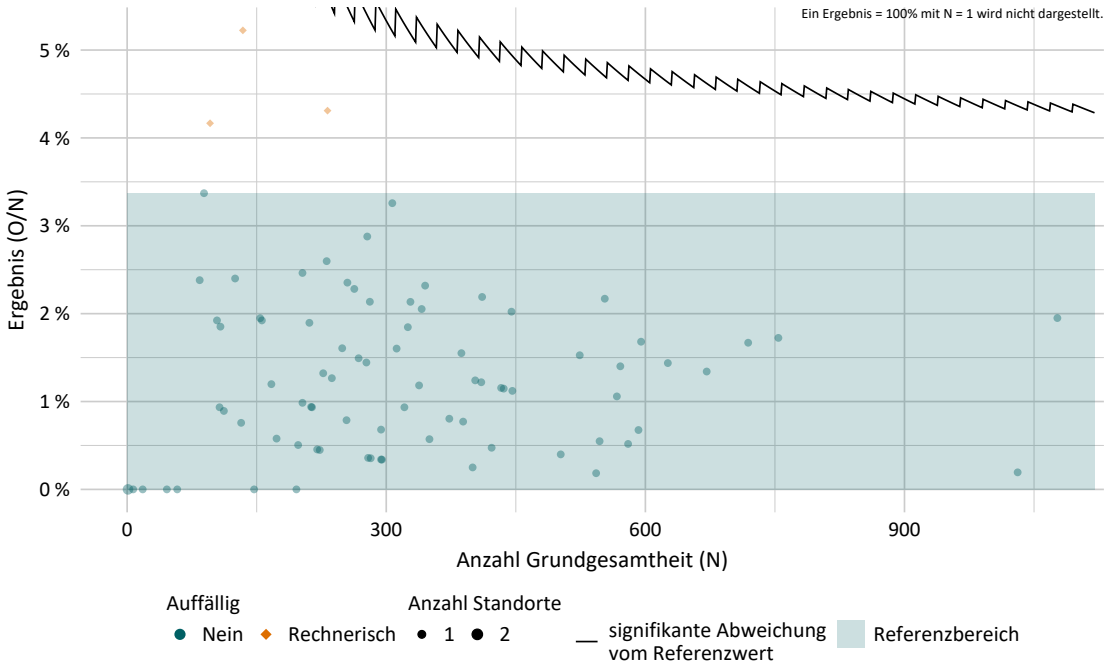
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	381 / 23.825	1,60	1,45 - 1,77
	2023	391 / 25.873	1,51	1,37 - 1,67
	2024	355 / 26.771	1,33	1,20 - 1,47

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	85	4	0,00	100,00	1,22

372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts

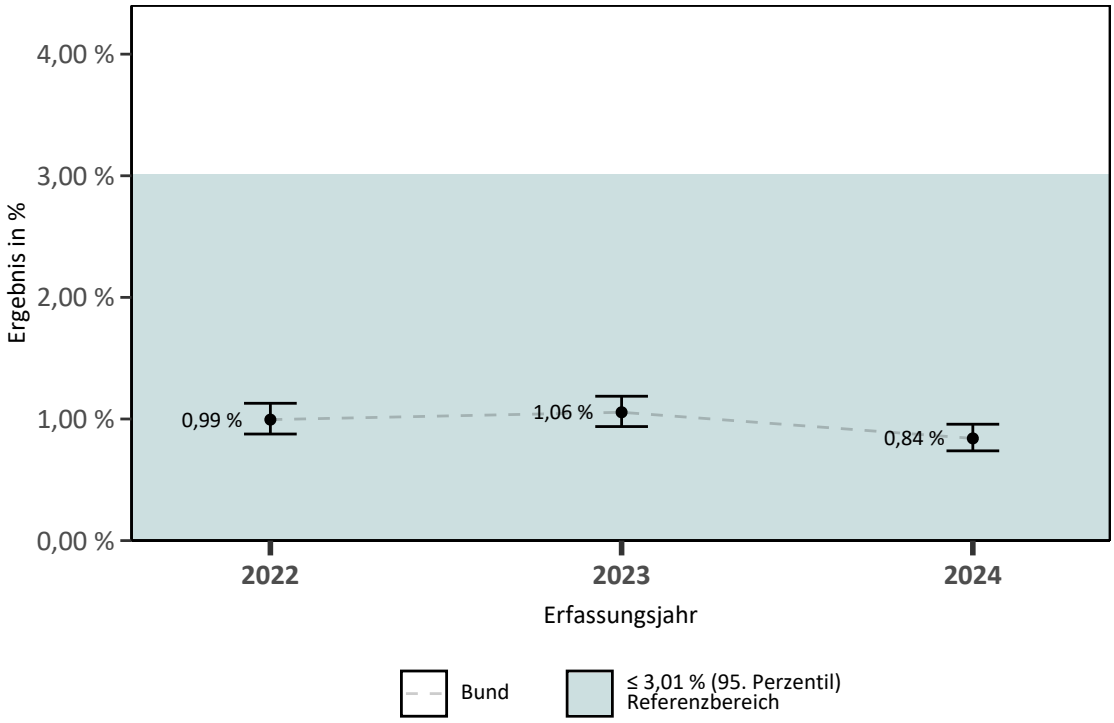
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine Gefäßkomplikation aufgetreten ist
Referenzbereich	≤ 3,01 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

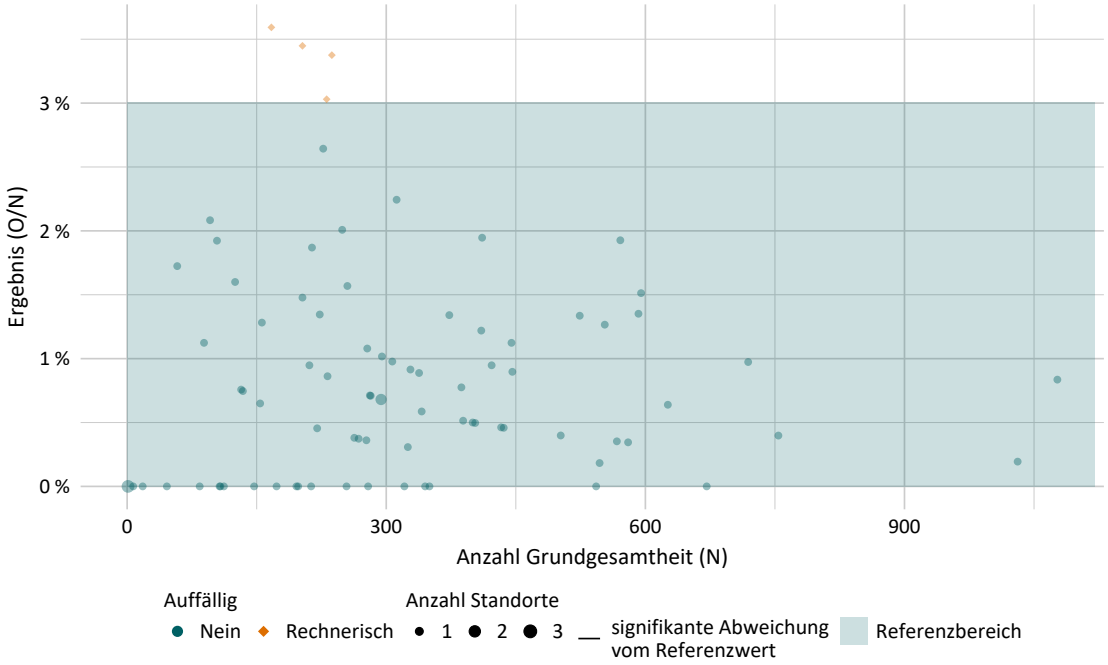
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	237 / 23.825	0,99	0,88 - 1,13
	2023	273 / 25.873	1,06	0,94 - 1,19
	2024	225 / 26.771	0,84	0,74 - 0,96

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	85	4	0,00	3,59	0,68

372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKKathScore für ID 372002.
Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Arterielle Gefäßerkrankung Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

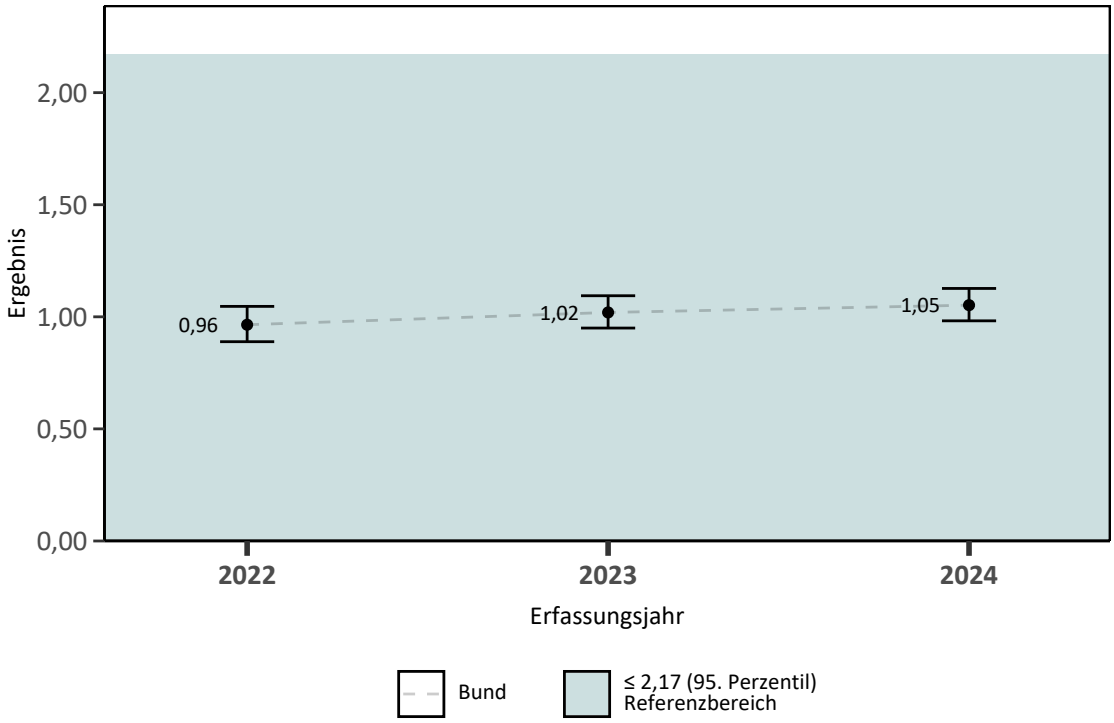
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	18.722	560 / 580,53	0,96	0,89 - 1,05
	2023	24.009	747 / 732,74	1,02	0,95 - 1,09
	2024	24.700	788 / 749,12	1,05	0,98 - 1,13

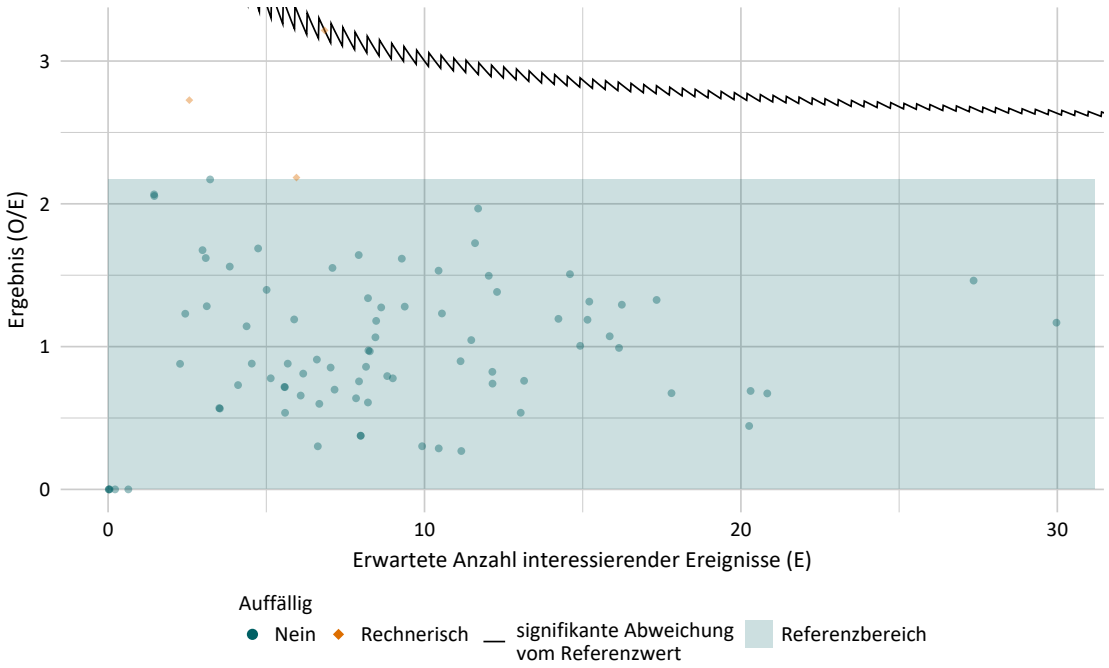
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



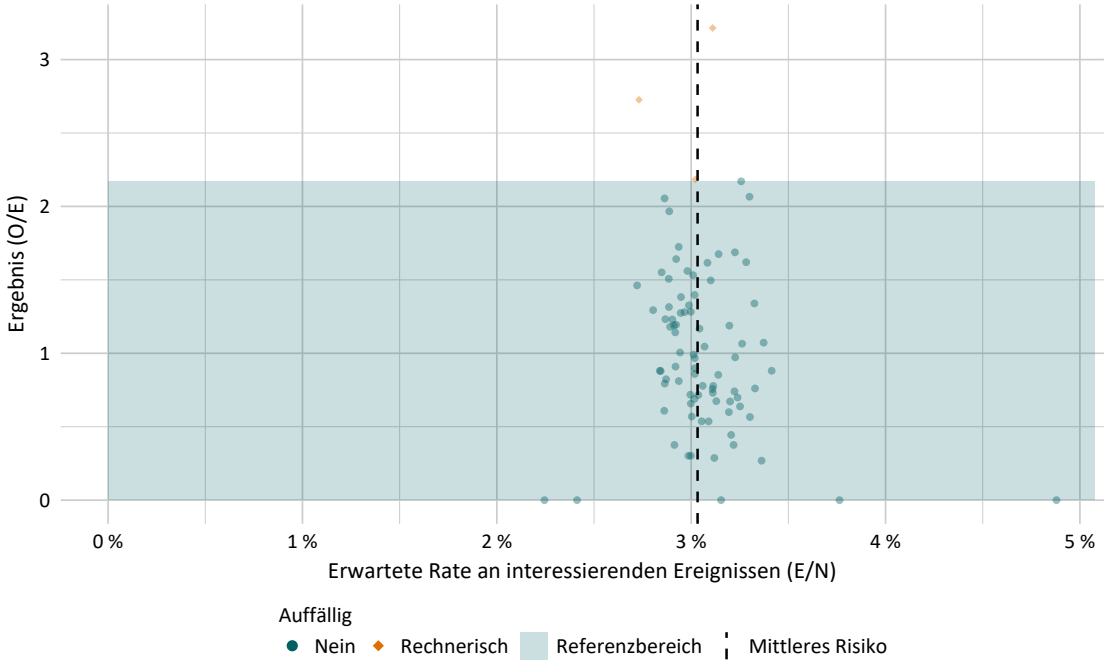
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	85	3	0,00	3,21	0,97

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 372000** **Mind. eine intraprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben**	1,33 % 355/26.771
1.1.1	ID: 37_22000 Device-Fehlpositionierung	0,30 % 81/26.771
1.1.2	ID: 37_22001 Koronarostienverschluss	0,16 % 42/26.771
1.1.3	ID: 37_22002 Aortendissektion	0,07 % 19/26.771
1.1.4	ID: 37_22003 Annulus-Ruptur	0,12 % 33/26.771
1.1.5	ID: 37_22004 Perikardtamponade	0,29 % 78/26.771
1.1.6	ID: 37_22005 LV-Dekompensation	0,27 % 72/26.771
1.1.7	ID: 37_22006 Hirnembolie	0,06 % 16/26.771
1.1.8	ID: 37_22007 Aortenregurgitation ≥ 2. Grades	0,14 % 37/26.771
1.1.9	ID: 37_22008 Device-Embolisation	0,23 % 62/26.771

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 372001** **Mind. eine Gefäßkomplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben**	0,84 % 225/26.771
1.2.1	ID: 37_22009 Gefäßruptur	0,16 % 42/26.771
1.2.2	ID: 37_22010 Dissektion	0,43 % 115/26.771
1.2.3	ID: 37_22011 Ischämie	0,30 % 79/26.771

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.3.1.1	ID: O_372002 O/N (observed, beobachtet)	3,19 % 788/24.700
1.3.1.2	ID: E_372002 E/N (expected, erwartet)	3,03 % 749,12/24.700
1.3.1.3	**ID: 372002** **O/E**	1,05
1.3.1.3.1	ID: 37_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	3,18 % 744/23.364
1.3.1.3.2	ID: 37_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[1]	4,10 % 60/1.465
1.3.1.3.3	ID: 37_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	4,13 % 84/2.036

[1] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

372003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

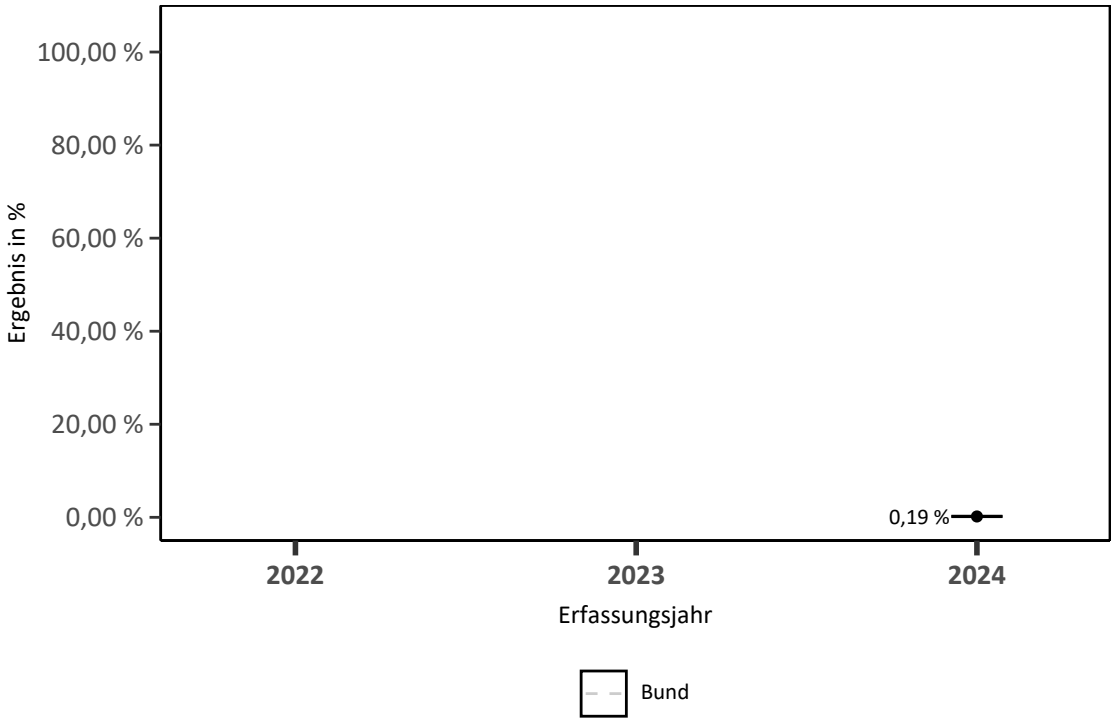
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

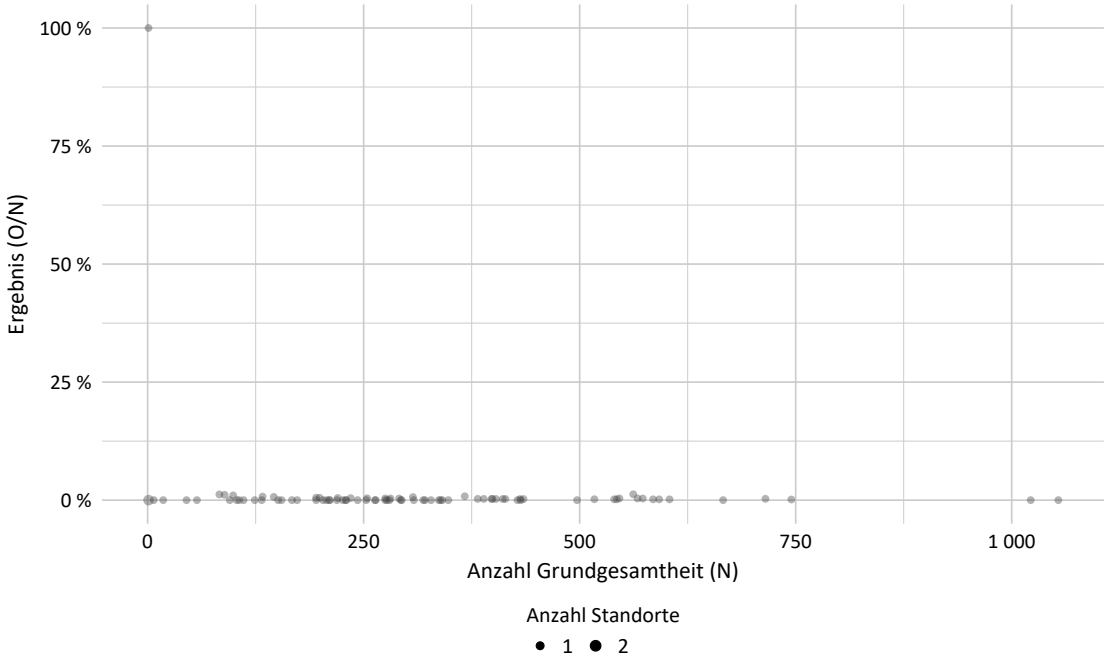
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	50 / 26.484	0,19	0,14 - 0,25

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	85	0	0,00	100,00	0,00

372004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

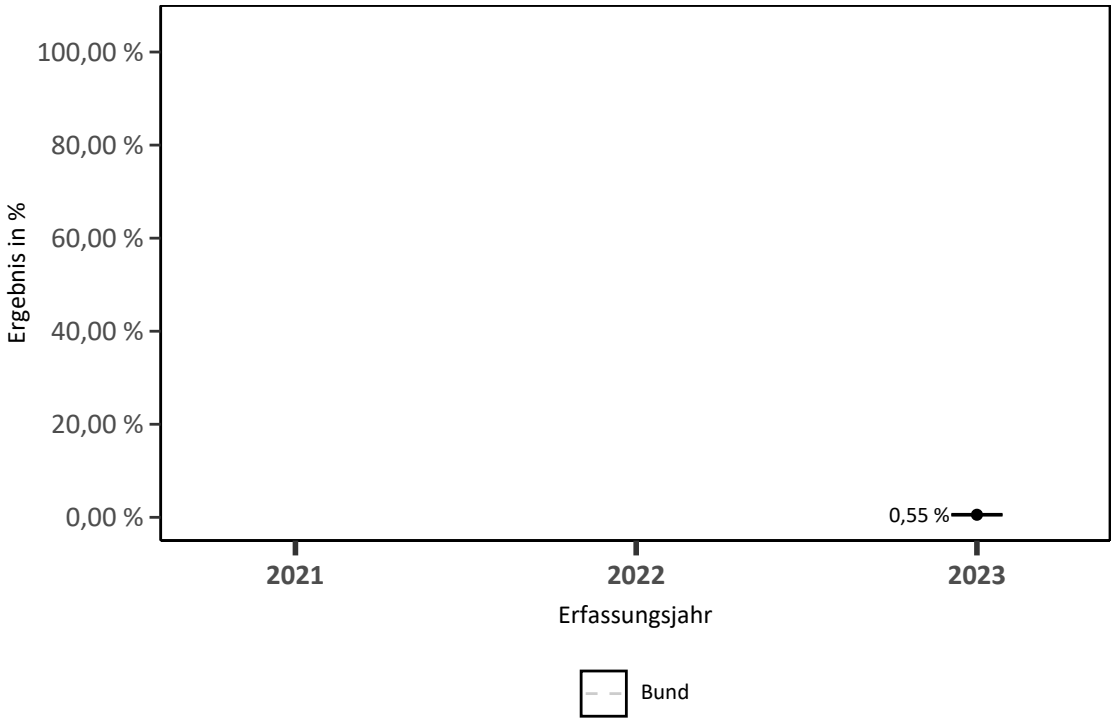
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

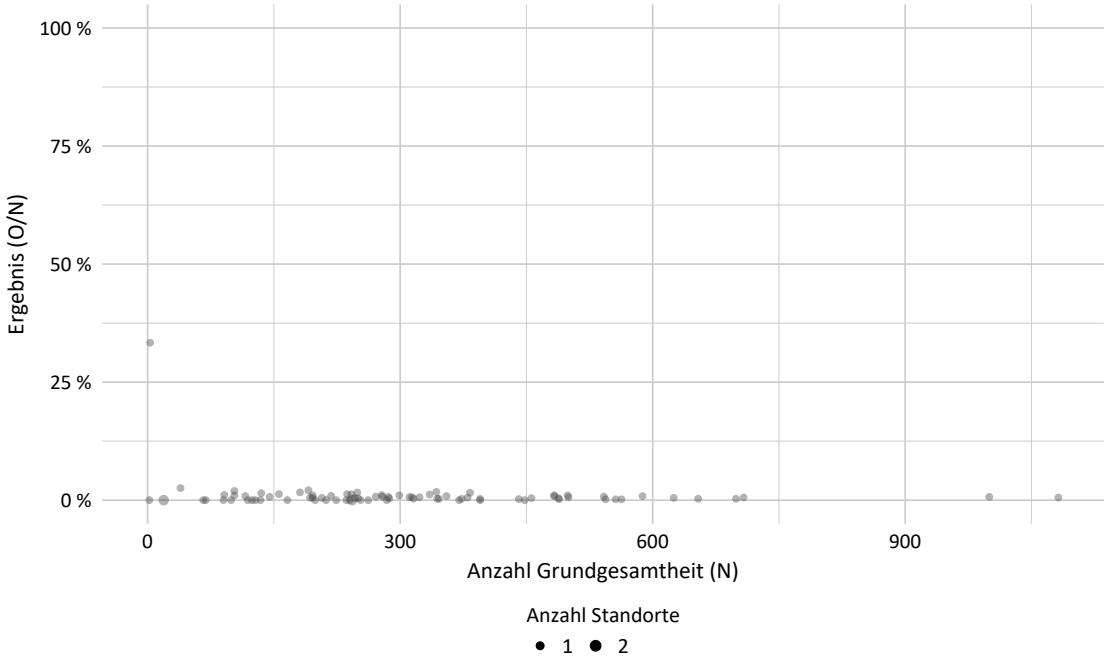
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	142 / 25.759	0,55	0,47 - 0,65

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	84	0	0,00	33,33	0,46

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

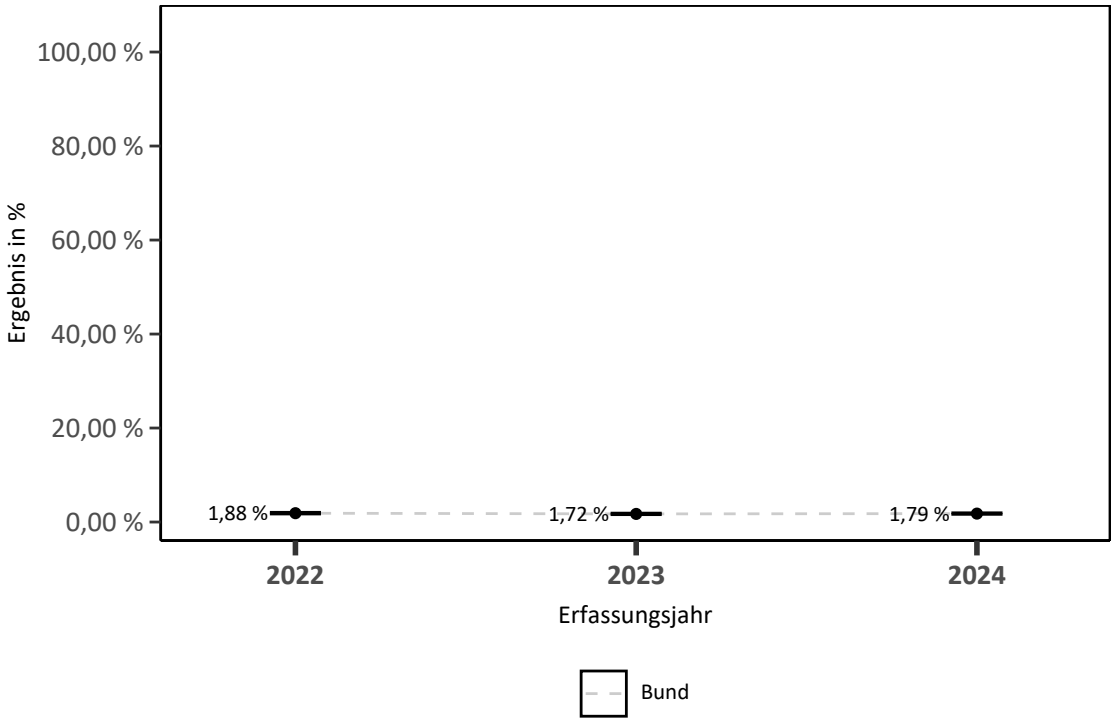
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben und mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

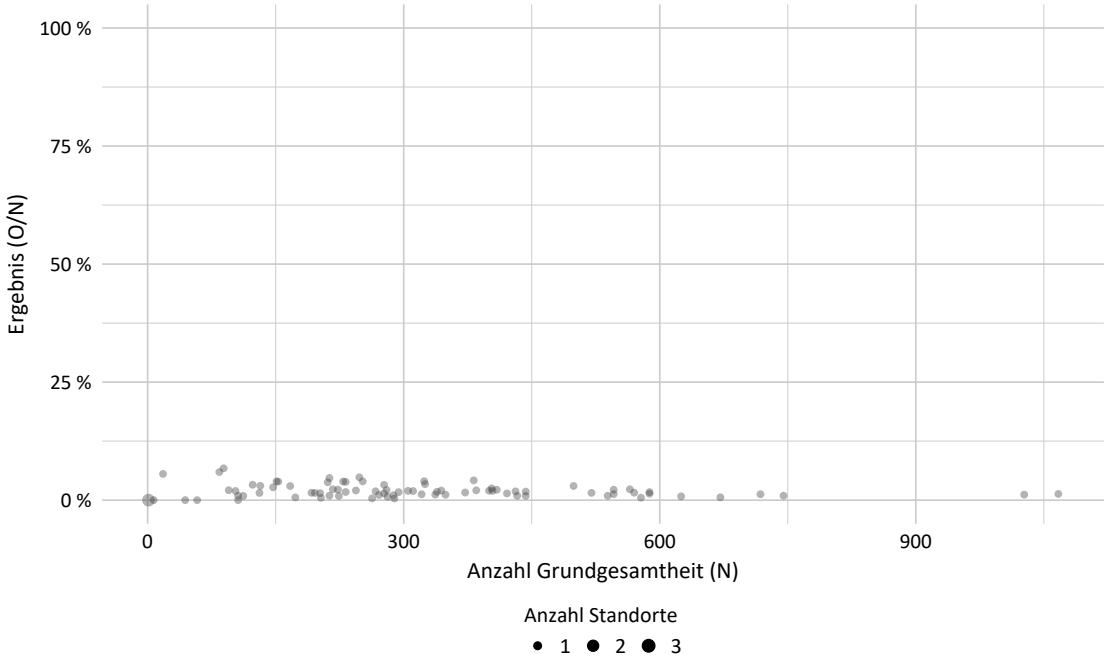
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	444 / 23.605	1,88	1,72 - 2,06
	2023	443 / 25.688	1,72	1,57 - 1,89
	2024	477 / 26.593	1,79	1,64 - 1,96

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	85	0	0,00	6,74	1,70

372006: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Kath-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 22 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen Befund der koronaren Bildgebung: 2- oder 3-Gefäßerkrankung Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

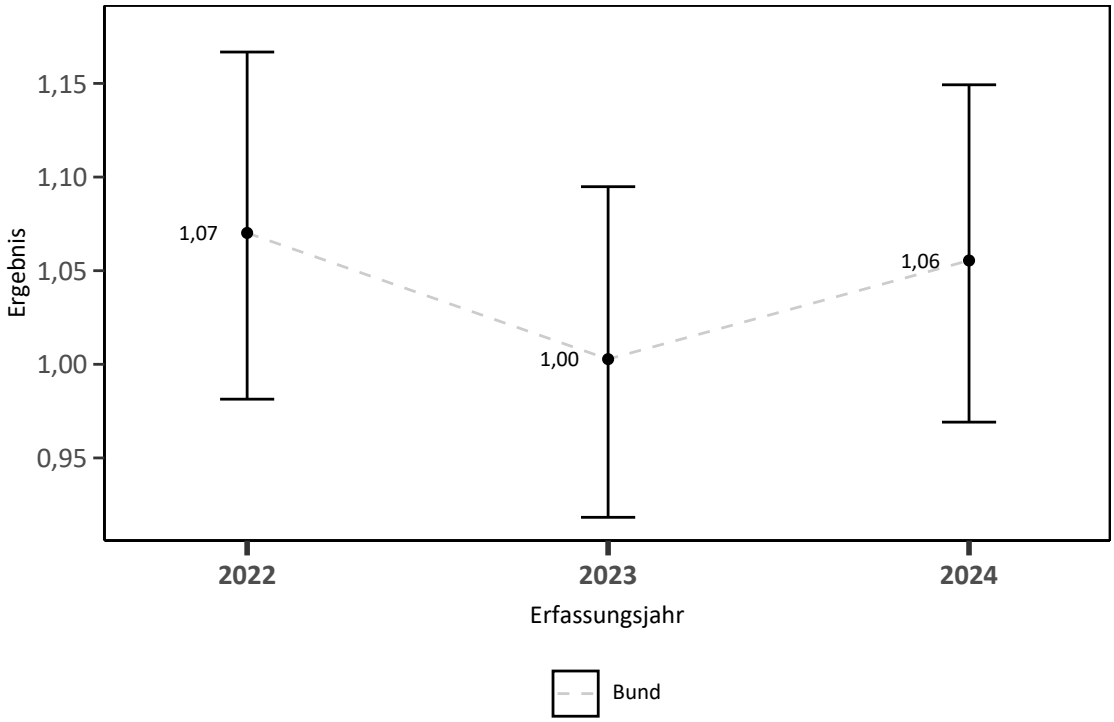
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	23.825	502 / 469,09	1,07	0,98 - 1,17
	2023	25.873	487 / 485,66	1,00	0,92 - 1,09
	2024	26.771	518 / 490,79	1,06	0,97 - 1,15

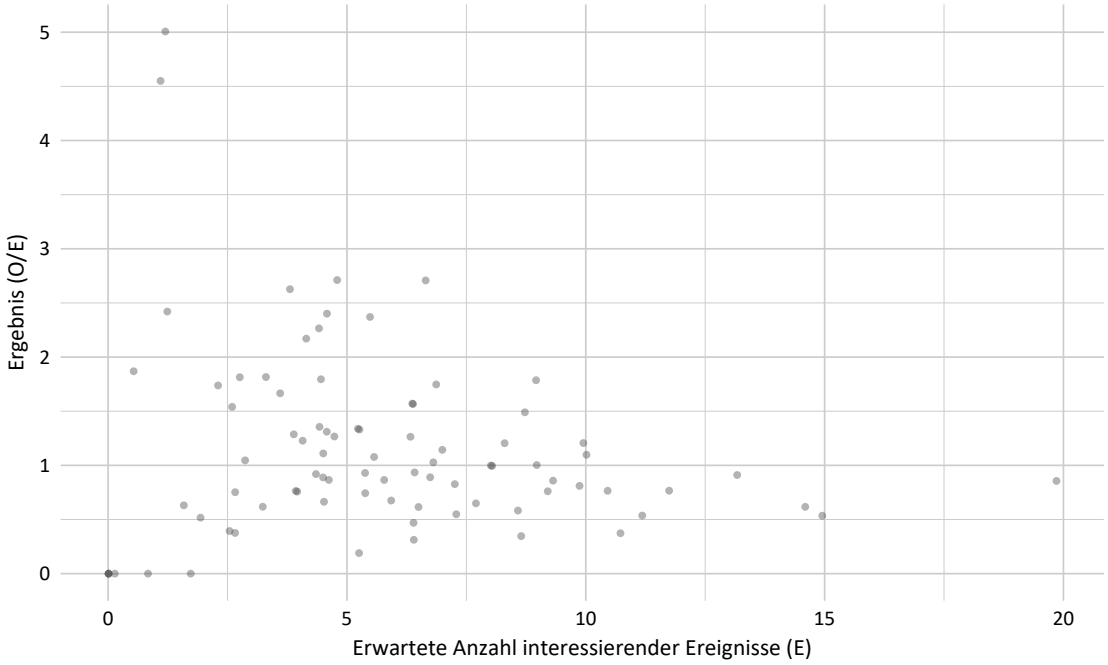
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



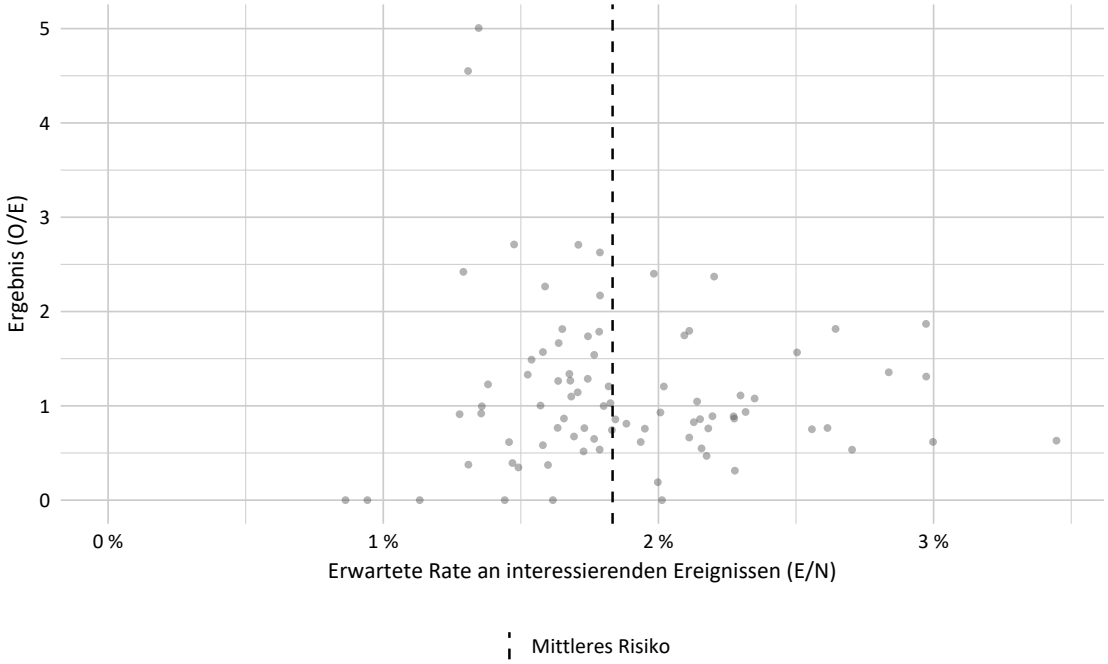
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	85	0	0,00	5,01	0,93

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten, kathetergestützten Aortenklappeneingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Kath-30d-Score
Referenzbereich	≤ 2,48 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 22 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 2- oder 3-Gefäßerkrankung Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

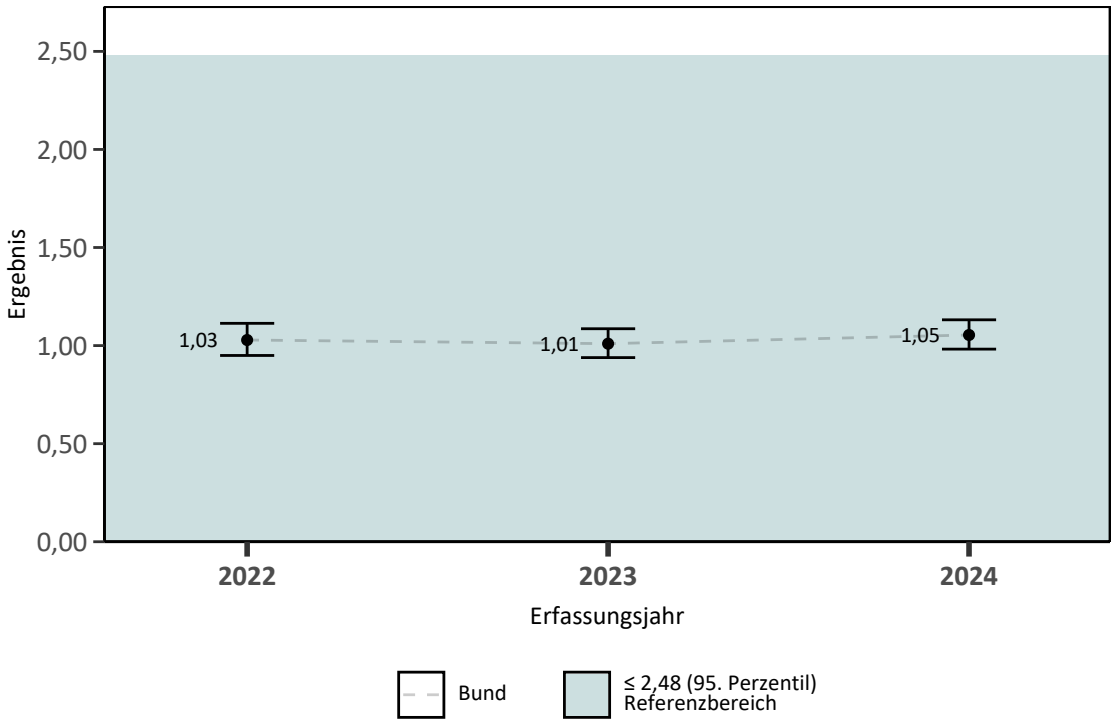
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	20.161	589 / 572,73	1,03	0,95 - 1,11
	2023	25.730	704 / 697,25	1,01	0,94 - 1,09
	2024	26.484	742 / 703,90	1,05	0,98 - 1,13

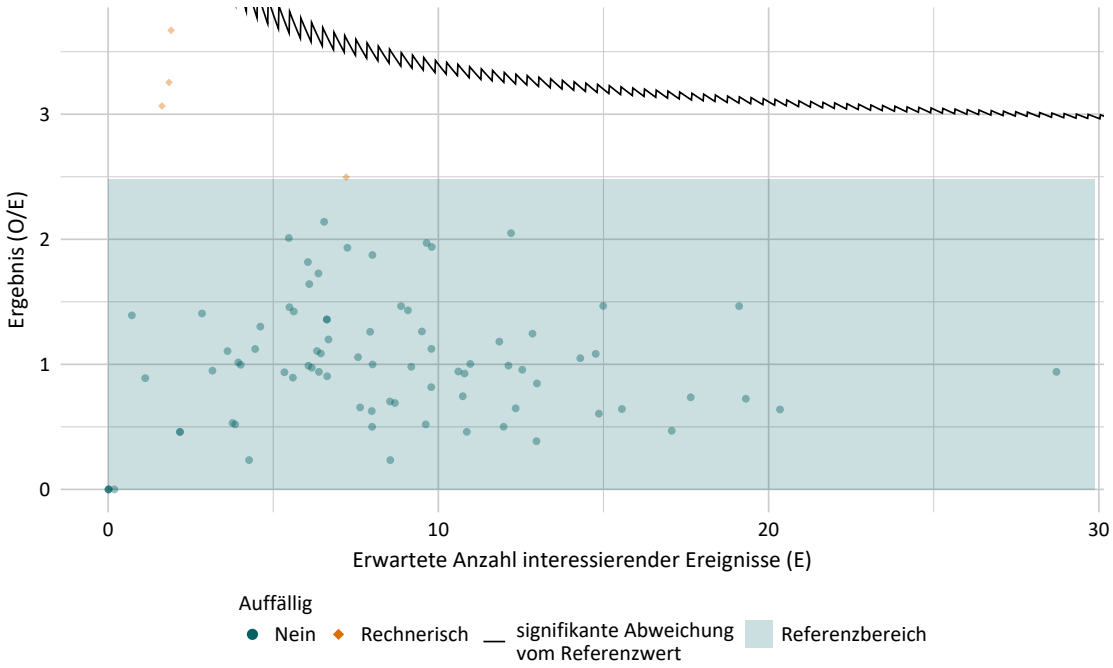
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



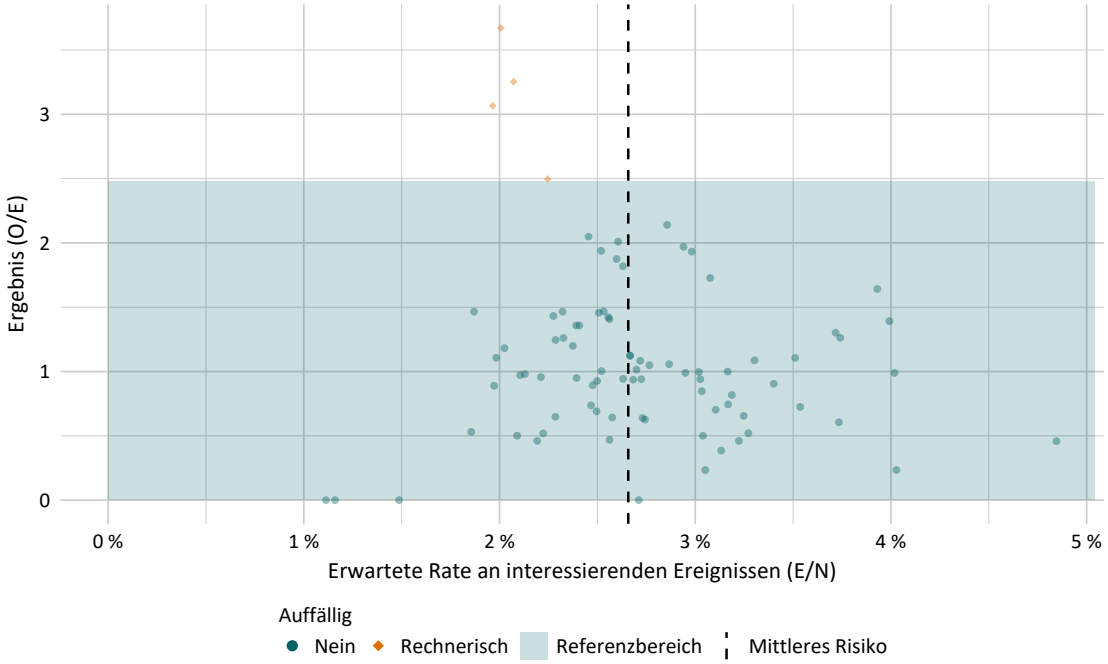
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	85	4	0,00	3,67	0,99

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Kath-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 22 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Pulmonale Hypertonie > 55 mmHg Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 2- oder 3-Gefäßerkrankung Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD oder andere Neurologische Dysfunktion Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

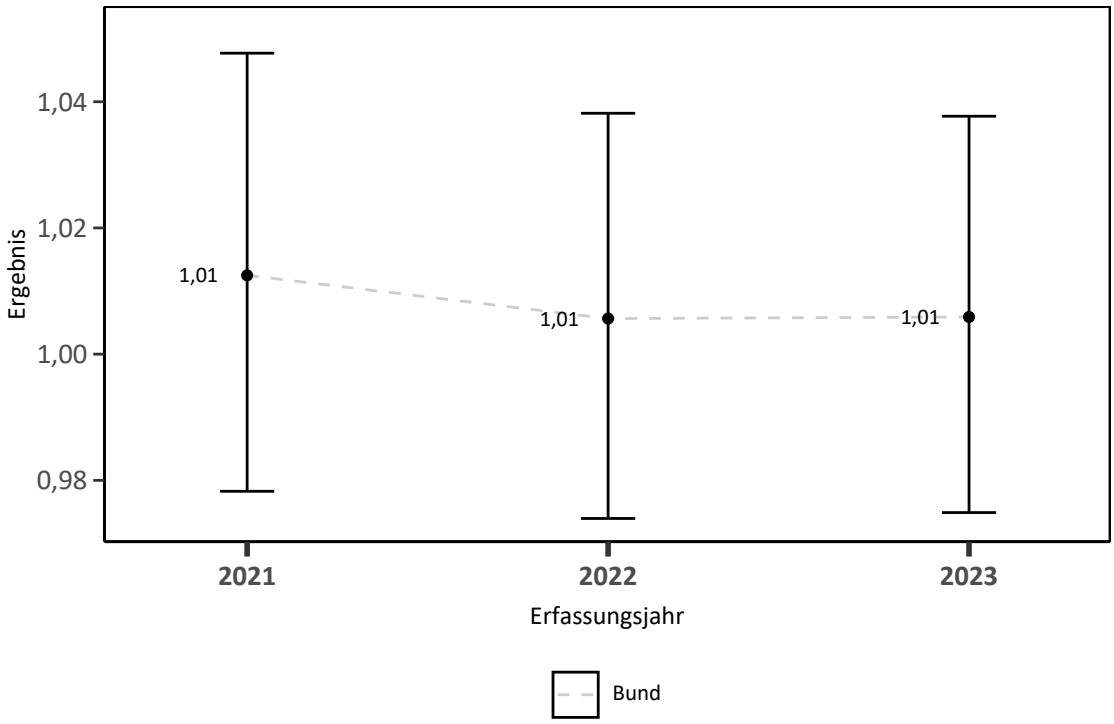
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	19.600	2.801 / 2.766,46	1,01	0,98 - 1,05
	2022	23.718	3.252 / 3.233,77	1,01	0,97 - 1,04
	2023	25.759	3.419 / 3.399,00	1,01	0,97 - 1,04

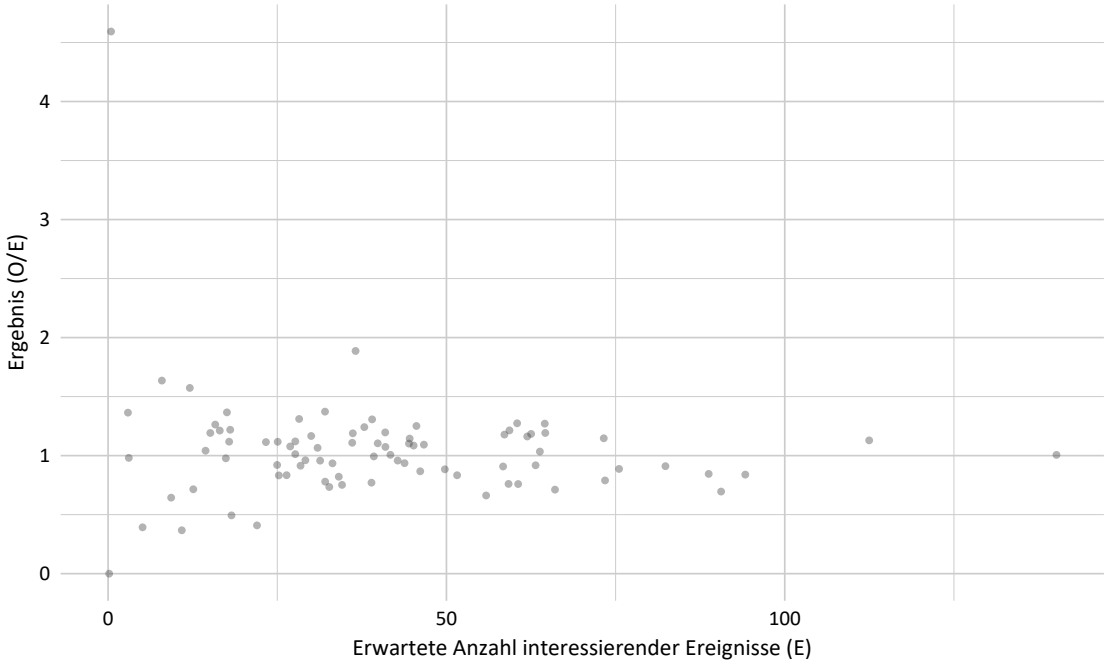
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



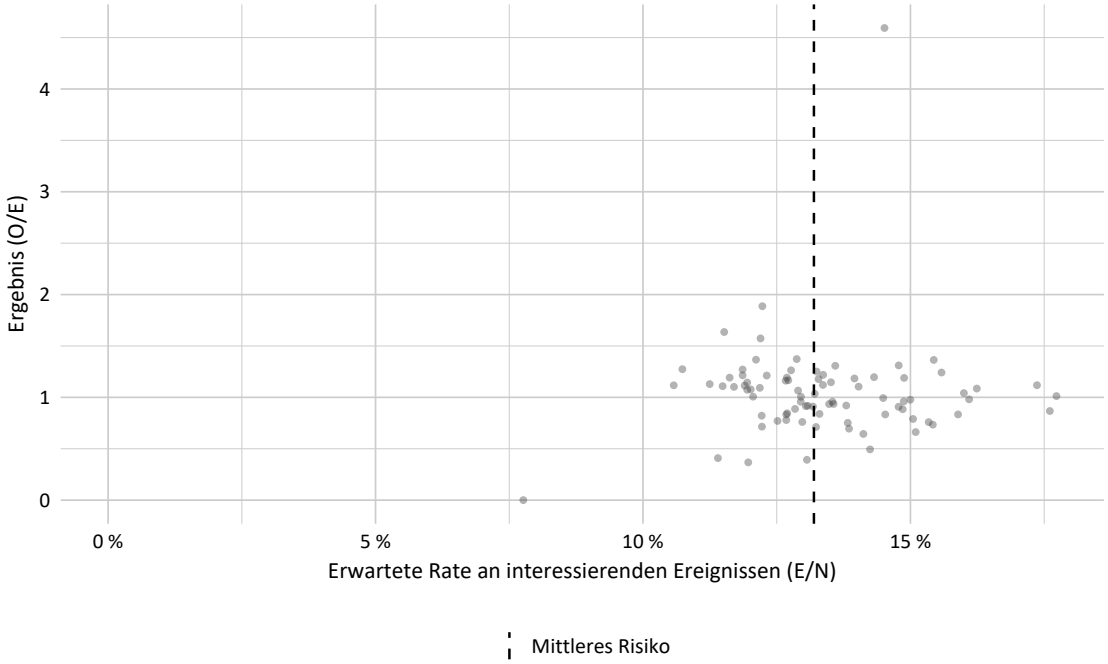
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	84	0	0,00	4,59	1,02

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 37_22086 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben	1,93 % 518/26.771
3.1.1	**ID: 372005** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	1,79 % 477/26.593
3.1.2	ID: 37_22087 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	23,03 % 41/178

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Kath-Score	
3.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in AKL-Kath-Score Risikoklassen	
3.2.1.1	ID: 37_22089 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,39 % 336/24.242
3.2.1.2	ID: 37_22090 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,95 % 88/1.778
3.2.1.3	ID: 37_22091 Risikoklasse 6 - < 10 %	8,26 % 37/448
3.2.1.4	ID: 37_22092 Risikoklasse ≥ 10 %	18,81 % 57/303
3.2.1.5	ID: 37_22093 Summe AKL-Kath-Score Risikoklassen	1,93 % 518/26.771
3.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in AKL-Kath-Score Risikoklassen	
3.2.2.1	ID: 37_22094 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,33 % 323,36/24.242
3.2.2.2	ID: 37_22095 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,02 % 71,40/1.778
3.2.2.3	ID: 37_22096 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,58 % 33,96/448
3.2.2.4	ID: 37_22097 Risikoklasse ≥ 10 %	20,48 % 62,06/303
3.2.2.5	ID: 37_22098 Summe AKL-Kath-Score Risikoklassen	1,83 % 490,79/26.771
3.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.3.1	ID: O_372006 O/N (observed, beobachtet)	1,93 % 518/26.771
3.2.3.2	ID: E_372006 E/N (expected, erwartet)	1,83 % 490,79/26.771
3.2.3.3	**ID: 372006** **O/E**	1,06

[2] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Kath-30d-Score	
3.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.3.1.1	ID: O_372007 O/N (observed, beobachtet)	2,80 % 742/26.484
3.3.1.2	ID: E_372007 E/N (expected, erwartet)	2,66 % 703,90/26.484
3.3.1.3	**ID: 372007** **O/E**	1,05

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Kath-365d-Score	
3.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.4.1.1	ID: O_372008 O/N (observed, beobachtet)	13,27 % 3.419/25.759
3.4.1.2	ID: E_372008 E/N (expected, erwartet)	13,20 % 3.399,00/25.759
3.4.1.3	**ID: 372008** **O/E**	1,01

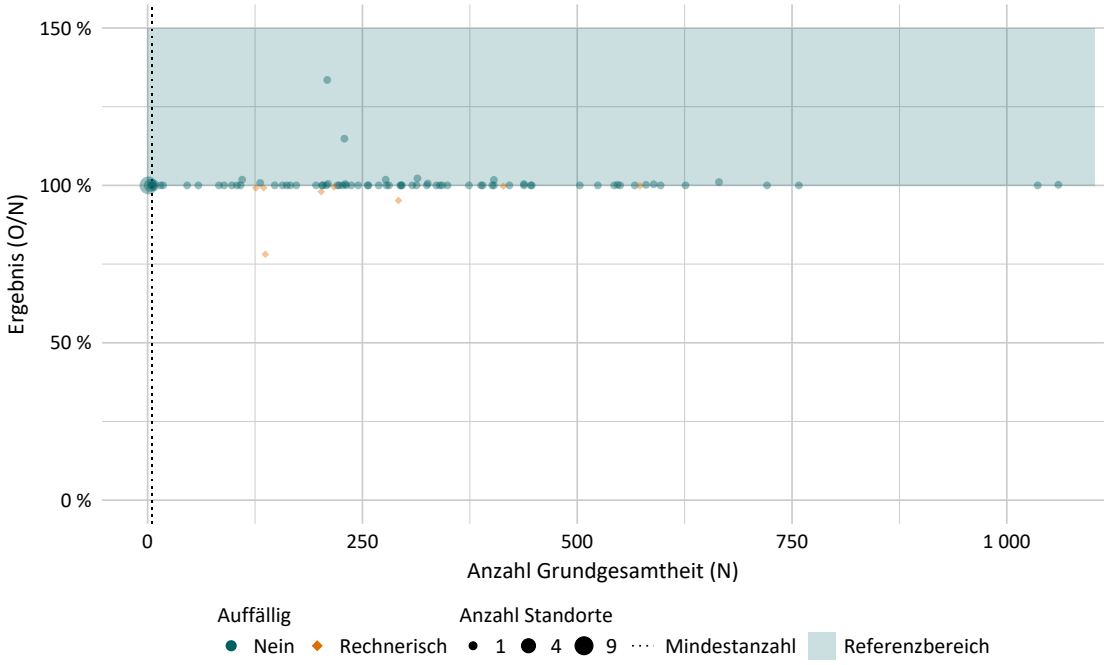
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	98	8	78,10	133,49	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	26.842 / 26.750	100,34	8,16 % 8 / 98

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	83.586	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal isoliert kathetergestützt an der Aortenklappe operiert wurden	26.790	32,05

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	84.128	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	25.305	30,08
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.801	6,90
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	26.832	31,89
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.350	8,74
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	10.002	11,89
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.038	7,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	276	1,03
1. Quartal	7.049	26,31
2. Quartal	6.870	25,64
3. Quartal	6.957	25,97
4. Quartal	5.638	21,05
Entlassungsquartal		
1. Quartal	6.722	25,09
2. Quartal	6.673	24,91
3. Quartal	7.045	26,30
4. Quartal	6.350	23,70

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	13.219	49,34
8 - 14 Tage	8.820	32,92
15 - 21 Tage	2.344	8,75
22 - 28 Tage	1.164	4,34
> 28 Tage	1.243	4,64

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[3]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	26.790
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	4,01
Median	2,00
95. Perzentil	16,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	26.790
5. Perzentil	2,00
Mittelwert	6,37
Median	5,00
95. Perzentil	15,00
Gesamtverweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	26.790
5. Perzentil	4,00
Mittelwert	10,38
Median	8,00
95. Perzentil	28,00

[3] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten kathetergestützten Aortenklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[4] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten kathetergestützten Aortenklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[5] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	24	0,09
50 – 59 Jahre	165	0,62
60 – 64 Jahre	384	1,43
65 – 69 Jahre	914	3,41
70 – 74 Jahre	2.662	9,94
75 – 79 Jahre	5.008	18,69
80 – 89 Jahre	16.109	60,13
≥ 90 Jahre	1.524	5,69

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	26.790
5. Perzentil	69,00
25. Perzentil	77,00
Mittelwert	81,00
Median	82,00
75. Perzentil	86,00
95. Perzentil	90,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
Geschlecht		
(1) männlich	14.039	52,40
(2) weiblich	12.750	47,59
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	≤3	x

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 26.289**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	441	1,68
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	9.603	36,53
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	9.850	37,47
Adipositas (≥ 30)	6.395	24,33

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	1.132	4,23
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	6.469	24,15
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	17.559	65,54
(IV) Beschwerden in Ruhe	1.630	6,08
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	7.128	26,61
(1) ja	19.662	73,39
Angina Pectoris		
(0) nein	21.211	79,18
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	1.606	5,99
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	2.740	10,23
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	995	3,71
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	238	0,89
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	24.285	90,65
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	108	0,40
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	456	1,70
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	466	1,74
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	1.392	5,20
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	23	0,09
(9) unbekannt	60	0,22

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	20.756	77,48
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	684	2,55
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	2.020	7,54
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	3.301	12,32
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	24	0,09
(9) unbekannt	5	0,02
Reanimation		
(0) nein	26.469	98,80
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	59	0,22
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	89	0,33
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	167	0,62
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	≤3	x
(9) unbekannt	≤3	x

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	16.279
5. Perzentil	20,00
Mittelwert	39,24
Median	37,00
95. Perzentil	65,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	10.511	39,23
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	18.136	67,70
(2) Vorhofflimmern	7.626	28,47
(9) anderer Rhythmus	1.028	3,84
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	16.453	61,41
(1) paroxysmal	4.376	16,33
(2) persistierend	2.727	10,18
(3) permanent	3.234	12,07
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	23.818	88,91
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	2.447	9,13
(2) Schrittmacher mit CRT-System	210	0,78
(3) Defibrillator ohne CRT-System	177	0,66
(4) Defibrillator mit CRT-System	138	0,52

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[6]		
(1) normaler, gesunder Patient	152	0,57
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	2.492	9,30
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	15.915	59,41
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	8.095	30,22
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	136	0,51

[6] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
LVEF		
< 15%	40	0,15
15 - 30%	1.555	5,80
31 - 50%	7.064	26,37
> 50%	17.481	65,25
LVEF unbekannt	650	2,43
dokumentierter Wert 0	≤3	x

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	26.138
5. Perzentil	30,00
Mittelwert	53,00
Median	55,00
95. Perzentil	67,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	11.478	42,84
(1) 1-Gefäßerkrankung	5.233	19,53
(2) 2-Gefäßerkrankung	4.242	15,83
(3) 3-Gefäßerkrankung	5.726	21,37
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	13.107	86,22
(1) ja, operativ	281	1,85
(2) ja, interventionell	1.813	11,93
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	111	0,41
Hauptstammstenose		
(0) nein	25.821	96,38
(1) ja, gleich oder größer 50%	969	3,62

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	22.079	82,42
(1) ja	4.711	17,58
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	23.407	87,37
(1) eine	2.923	10,91
(2) zwei	184	0,69
(3) drei	33	0,12
(4) vier	≤3	x
(5) fünf oder mehr	≤3	x
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	238	0,89
(9) unbekannt	≤3	x

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
akute Infektionen[7]		
(0) keine	26.093	97,40
(1) Mediastinitis	27	0,10
(2) Sepsis	21	0,08
(3) broncho-pulmonale Infektion	211	0,79
(4) oto-laryngologische Infektion	9	0,03
(5) floride Endokarditis	≤3	x
(6) Peritonitis	≤3	x
(7) Wundinfektion Thorax	≤3	x
(8) Pleuraempym	≤3	x
(9) Venenkatheterinfektion	≤3	x
(10) Harnwegsinfektion	160	0,60
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	43	0,16
(12) HIV-Infektion	6	0,02
(13) Hepatitis B oder C	33	0,12
(18) andere Wundinfektion	21	0,08
(88) sonstige Infektion	192	0,72
Diabetes mellitus		
(0) nein	18.849	70,36
(1) ja, diätetisch behandelt	1.050	3,92
(2) ja, orale Medikation	4.107	15,33
(3) ja, mit Insulin behandelt	2.654	9,91
(4) ja, unbehandelt	84	0,31
(9) unbekannt	46	0,17

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	19.843	74,07
(1) ja	6.928	25,86
davon:[8]		
periphere AVK	3.549	51,23
Arteria Carotis	2.335	33,70
Aortenaneurysma	808	11,66
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	2.251	32,49
(9) unbekannt	19	0,07
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	22.891	85,45
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	2.006	7,49
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	475	1,77
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	1.406	5,25
(9) unbekannt	12	0,04

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	23.833	88,96
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	1.784	6,66
(2) ja, ZNS, andere	645	2,41
(3) ja, peripher	464	1,73
(4) ja, Kombination	52	0,19
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	832	45,32
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	417	22,71
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	397	21,62
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	160	8,71
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	24	1,31
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	6	0,33
(9) unbekannt	12	0,04
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	25.811	96,35
(1) akut	106	0,40
(2) chronisch	873	3,26

[7] Mehrfachnennung möglich
[8] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[9]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	25.811
5. Perzentil	0,68
Mittelwert	1,17
Median	1,01
95. Perzentil	2,01
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	25.811
5. Perzentil	60,00
Mittelwert	103,15
Median	89,00
95. Perzentil	178,00

[9] (letzter Wert vor OP)
[10] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 26.832**	
Operation[11]		
(5-35a.0*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz	26.832	100,00
(5-35a.01 oder 5-35a.02) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz - transapikal	0	0,00
(5-35a.03 oder 5-35a.04) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz - endovaskulär	0	0,00

[11] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 26.832**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	26.635	99,27
(1) ja	197	0,73
davon:[12]		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	≤3	x
Vorhofablation	0	0,00
Eingriff an herznahen Gefäßen	12	6,09
Herzohrverschluss/-amputation	0	0,00
interventioneller Koronareingriff (PCI)	139	70,56
sonstige	55	27,92

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 26.832**	
Konversionseingriff		
(0) nein	26.726	99,60
(1) ja	106	0,40
Zugang (AORT)[13]		
(3) endovaskulärer Zugang, arteriell	25.086	93,49
(4) endovaskulärer Zugang, venös	1.236	4,61
(5) transapikaler Zugang	510	1,90
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	24.522	91,39
(1) ja	2.310	8,61
Dringlichkeit		
(1) elektiv	23.777	88,61
(2) dringlich	2.871	10,70
(3) Notfall	159	0,59
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	25	0,09
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	26.788	99,84
(1) ja	44	0,16
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	22.304	83,12
(1) ja	4.528	16,88
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	26.614	99,19
(1) ja	218	0,81

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 26.832**	
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	26.793	99,85
(1) ja, IABP	10	0,04
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	18	0,07
(3) ja, andere	11	0,04
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	26.762	99,74
(2) bedingt aseptische Eingriffe	41	0,15
(3) kontaminierte Eingriffe	≤3	x
(4) septische Eingriffe	26	0,10

[13] kathetergestützt

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Aortenklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999	26.831
5. Perzentil	27,00
Mittelwert	56,54
Median	50,00
95. Perzentil	108,00

präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 26.832**	
Stenose		
(0) nein	971	3,62
(1) ja	25.861	96,38
Insuffizienz		
(0) nein	17.828	66,44
(1) ja	9.004	33,56

Dosis-Flächen-Produkt

	Bund (gesamt)
Dosis-Flächen-Produkt ((cGy)* cm²)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Aortenklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999.999	26.316
5. Perzentil	392,00
Mittelwert	3.739,73
Median	2.369,50
95. Perzentil	9.659,15

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 26.832**	
Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt)	394	1,47
dokumentierter Wert 0	122	0,45

Kontrastmittelmenge

	Bund (gesamt)
Kontrastmittelmenge (ml)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Aortenklappe mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 999	26.620
5. Perzentil	40,00
Mittelwert	107,61
Median	100,00
95. Perzentil	205,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 26.832**	
kein Kontrastmittel appliziert oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (kein Kontrastmittel appliziert)	212	0,79
dokumentierter Wert 0	0	0,00

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 26.832**	
intraprozedurale Komplikationen		
(0) nein	25.457	94,88
(1) ja	1.375	5,12
davon:[14]		
Device-Fehlpositionierung	81	5,89
Koronarostienverschluss	42	3,05
Aortendissektion	19	1,38

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 26.832**	
Aortenregurgitation > = 2. Grades	37	2,69
Annulus-Ruptur	33	2,40
Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	33	2,40
davon:		
(1) ohne Therapiebedarf	11	33,33
(2) mit Therapiebedarf	22	66,67
Perikardtamponade	78	5,67
kardiale Dekompensation	72	5,24
Hirnembolie	16	1,16
Rhythmusstörungen	488	35,49
Device-Embolisation	64	4,65
vaskuläre Komplikation	488	35,49
Low Cardiac Output	125	9,09
davon: Therapie des Low Cardiac Output		
(0) keine Therapie erforderlich	5	4,00
(1) medikamentös	74	59,20
(2) IABP	≤3	x
(3) VAD	0	0,00
(4) ECMO	28	22,40
(9) sonstige	17	13,60
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	107	7,78
davon:		
(1) schwerwiegend	72	67,29
(2) lebensbedrohlich	35	32,71

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 26.832**	
Patient verstarb im OP/Katheterlabor	45	3,27
Konversion		
(0) nein	26.734	99,63
(1) ja, zu Sternotomie	83	0,31
(2) ja, zu transapikal	≤3	x
(3) ja, zu endovaskulär	12	0,04
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	10	10,20
(2) intraprozedurale Komplikationen	85	86,73
(9) sonstige	≤3	x

[14] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	26.743	99,82
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	37	0,14
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	10	0,04
Reanimation		
(0) nein	26.446	98,72
(1) ja	344	1,28
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	26.615	99,35
(1) ja	175	0,65
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	26.020	97,13
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	557	2,08
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	165	0,62
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	48	0,18
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	26.776	99,95
(1) ja	14	0,05
Perikardtamponade		
(0) nein	26.644	99,46
(1) ja	146	0,54

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	26.526	99,01
(1) schwerwiegend	186	0,69
(2) lebensbedrohlich	78	0,29
Mediastinitis[15]		
(0) nein	26.779	99,96
(1) ja	11	0,04
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	26.258	98,01
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	465	1,74
(2) ja, ZNS, andere	67	0,25
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	109	20,49
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	82	15,41
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	147	27,63
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	90	16,92
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	39	7,33
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	30	5,64
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	35	6,58

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	25.570	95,45
(1) ja	1.220	4,55
davon:[16]		
Infektion(en)	109	8,93
Sternuminstabilität	6	0,49
Gefäßruptur	43	3,52
Dissektion	115	9,43
therapierelevante Blutung/Hämatom	448	36,72
Ischämie	79	6,48
AV-Fistel	20	1,64
Aneurysma spurium	412	33,77
sonstige	186	15,25

[15] nach den KISS-Definitionen

[16] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	21.205	79,15
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	4.951	18,48
(2) Schrittmacher mit CRT-System	299	1,12
(3) Defibrillator ohne CRT-System	187	0,70
(4) Defibrillator mit CRT-System	148	0,55

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 26.790**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	22.111	82,53
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	488	1,82
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	15	0,06
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	136	0,51
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	2.489	9,29
(07) Tod	520	1,94
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[17]	18	0,07
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	824	3,08
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	177	0,66
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[18]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[19]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	6	0,02
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[20]		
(1) ja	≤3	x

[17] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[18] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[19] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[20] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-KC:
Isolierte Koronarchirurgie

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2022, 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Isolierte Koronarchirurgie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 14

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 15

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022 16

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 17

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 18

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 18

352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 18

352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen 23

Details zu den Ergebnissen 26

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 27

352400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 27

352401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 30

Gruppe: Sterblichkeit 33

352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 33

352007: Sterblichkeit im Krankenhaus 36

352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 40

352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 44

Details zu den Ergebnissen 48

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 50

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 50

852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 50

Basisauswertung ... 52
Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 52
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 53
Patientin / Patient ... 55
Body Mass Index (BMI) ... 56
Anamnese / präoperative Befunde ... 57
Kardiale Befunde ... 60
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 62
Weitere Begleiterkrankungen ... 63
Operation / Prozedur ... 67
OP-Basisdaten ... 67
Intraprozedurale Komplikationen ... 70
Postoperativer Verlauf ... 71
Entlassung / Verlegung ... 74

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden Daten der Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert. In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für die definierte Patientin bzw. den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die (sozialdatenbasierte) Qualitätsindikatoren-Berechnung nicht ausgewertet werden bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatendatensätzen berichtet.

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2023 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2022).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2024 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	76.161 76.125 36	75.592	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	243		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	266	268	99,25
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	229	232	98,71

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2024 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) 2024
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) 2024
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) 2024
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) 2024
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) 2024

Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	30.951 30.946 5	30.841	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	87		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	98	98,98
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	31.208 31.202 6	30.794	101,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	96	93	103,23
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	30.361 30.360 1	29.994	101,22
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	95	94	101,06
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	75	74	101,35

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024	**Anzahl übermittelter QS-Daten**	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (gesamt)	83.586	98,71 N = 82.510

Erfassungsjahr 2023	**Anzahl übermittelter QS-Daten**	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (gesamt)	81.261	99,47 N = 80.828

Erfassungsjahr 2022	**Anzahl übermittelter QS-Daten**	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (gesamt)	76.125	99,36 N = 75.635

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Im Folgenden finden sich sämtliche Qualitätsindikatoren deren Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt wurden. Dies sind Qualitätsindikatoren, deren Qualitätsmerkmale gemäß den angewandten Kriterien der Verfahrensüberprüfung (Beschluss des G-BA über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen

Qualitätssicherung vom 21. April 2022) und der daran anknüpfenden Verfahrenspflege nicht mehr zur Qualitätssicherung geeignet und zur Streichung empfohlen sind oder bei denen nach Überprüfung ein grundlegender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde:

• Sterblichkeit im Krankenhaus (382006)
• Sterblichkeit innerhalb eines Jahres (382008)

Desweiteren erfolgte für die Qualitätsindikatoren Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen (382003) und Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres (382004) ebenfalls die Aussetzung der Referenzbereiche. Diese Qualitätsindikatoren werden nach Zusammenlegung aller bisherigen Qualitätsindikatoren zu RE-Eingriffen in diesem Jahr das erste Mal in dieser Form ausgewertet, so dass für diese ein Stellungnahmeverfahren erst im nächsten Jahr vorgesehen ist.

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,95 (95. Perzentil)	1,01 O/E = 543 / 540,17 N = 23.538
Gruppe: Sterblichkeit			
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	1,67 % O = 358 N = 21.454
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	1,06 O/E = 707 / 667,53 N = 25.117
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,46 (95. Perzentil)	1,03 O/E = 734 / 714,04 N = 24.745

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	Transparenzkennzahl	4,86 % O = 1.226 N = 25.207
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	2,26 % O = 570 N = 25.226
Gruppe: Sterblichkeit			
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	1,01 O/E = 1.679 / 1.667,54 N = 25.226

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2022 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	5,43 % O = 1.325 N = 24.385

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden hingegen auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,36 % 30.951 / 30.841	7,14 % 7 / 98

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KCScore für ID 352001.
Referenzbereich	≤ 1,95 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung: Arteria Carotis Inotrope i.v. (präoperativ) Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

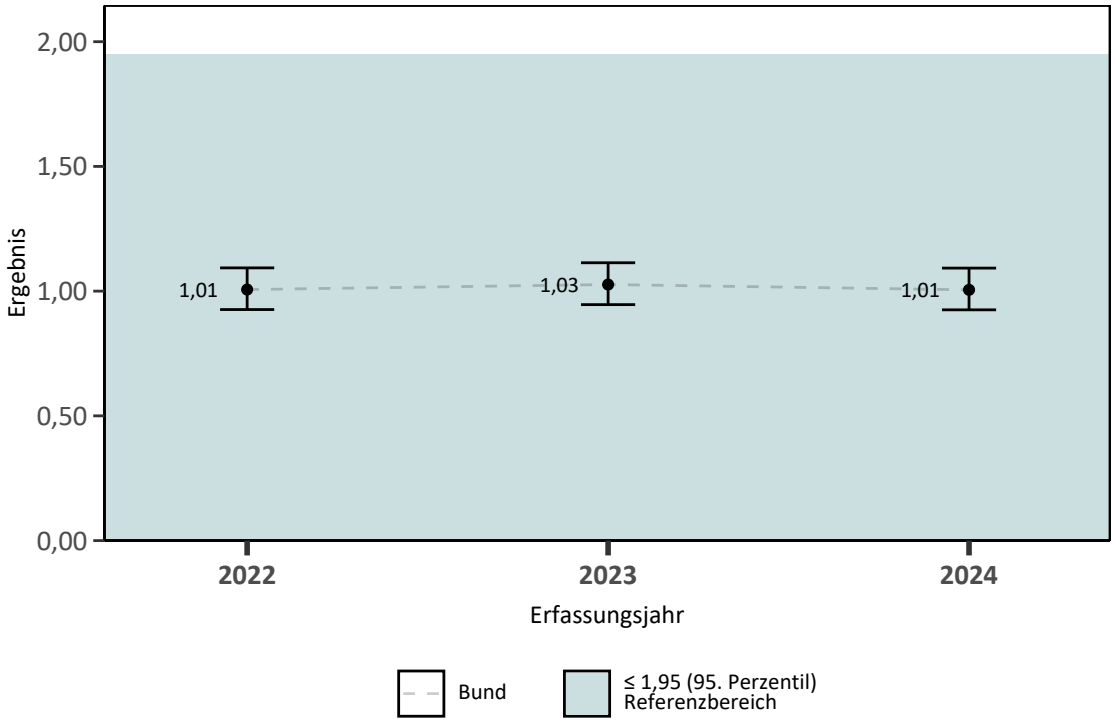
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	22.896	545 / 541,57	1,01	0,93 - 1,09
	2023	23.726	561 / 546,57	1,03	0,95 - 1,11
	2024	23.538	543 / 540,17	1,01	0,93 - 1,09

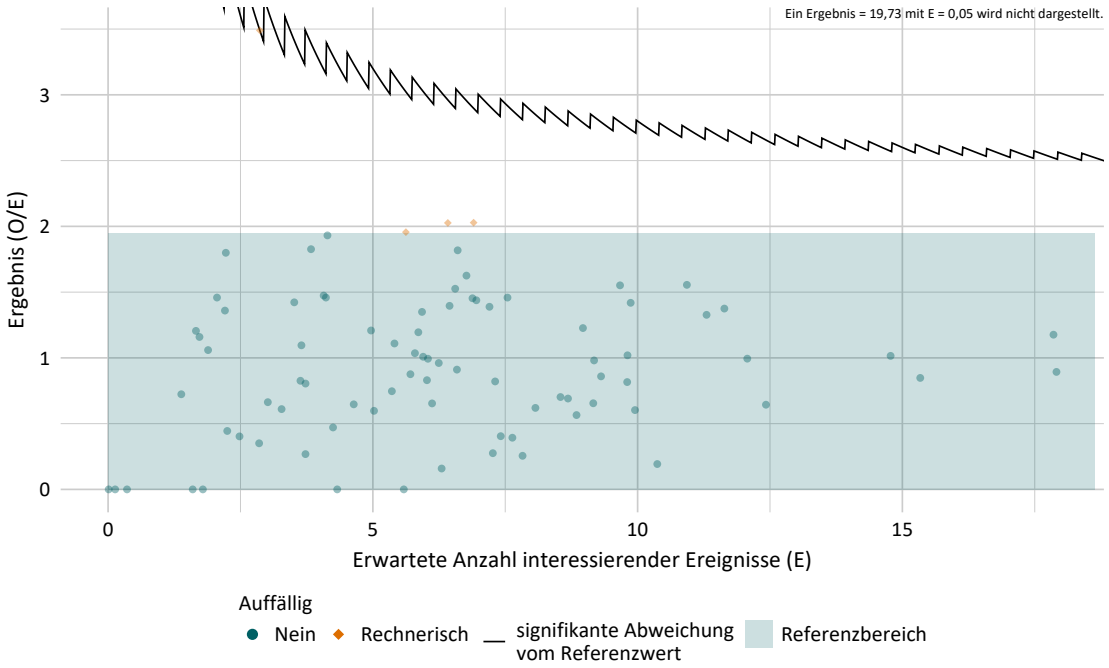
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



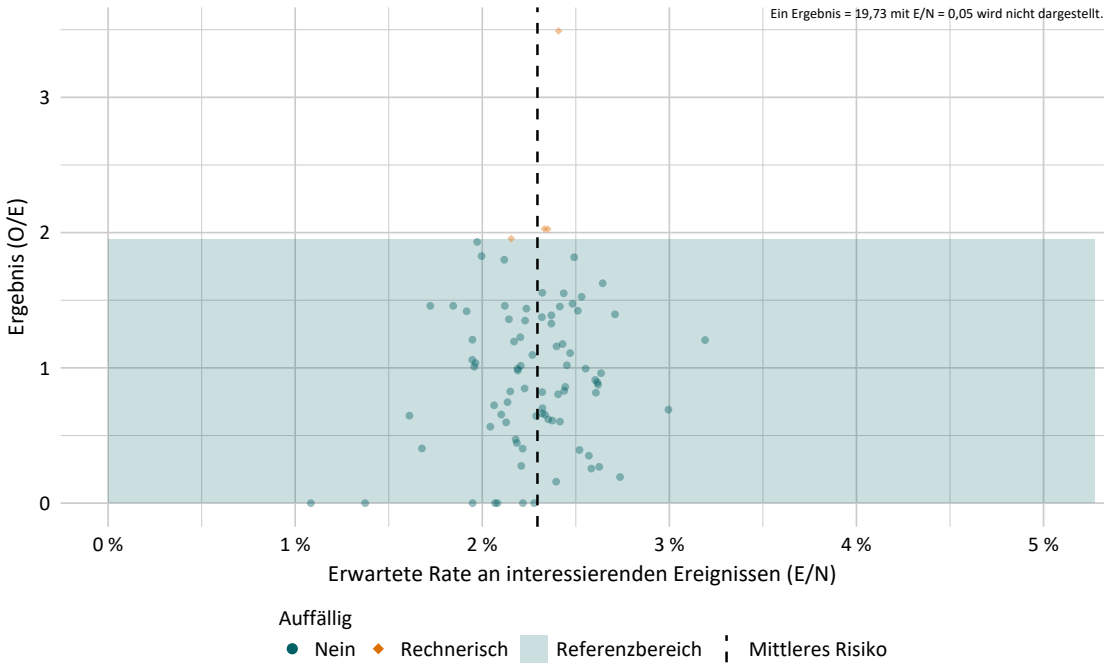
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	86	5	0,00	19,73	0,97

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

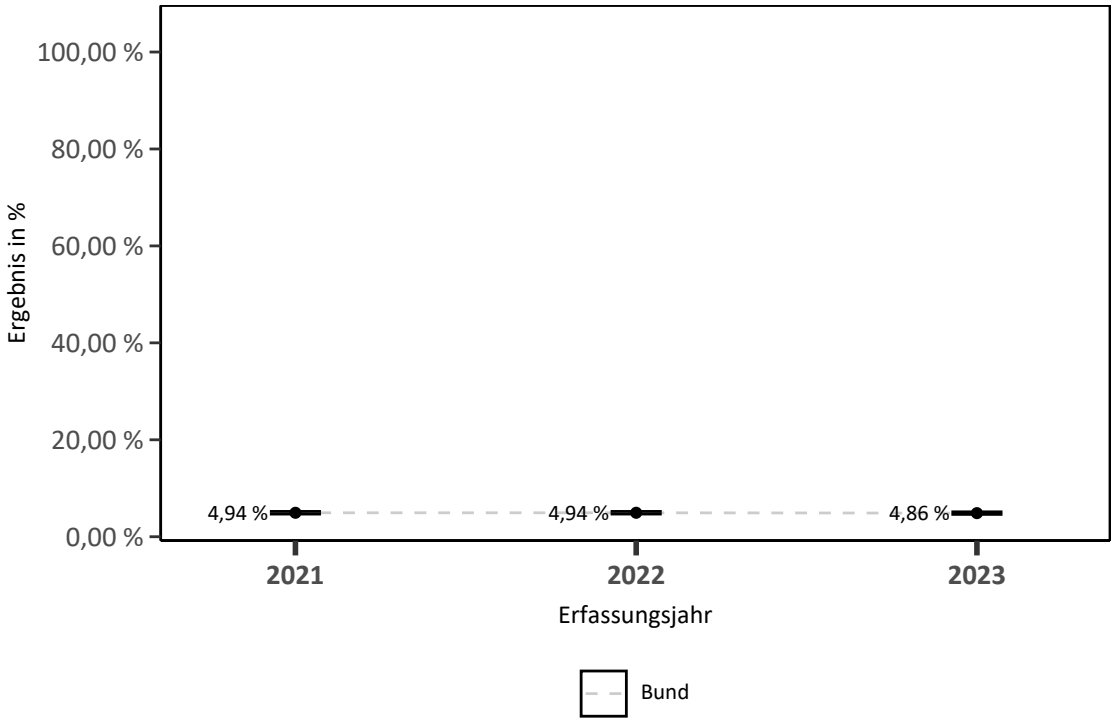
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden, ohne präoperative Mediastinitis und Wundinfektion des Thorax
Zähler	Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung einer postoperativen tiefen Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

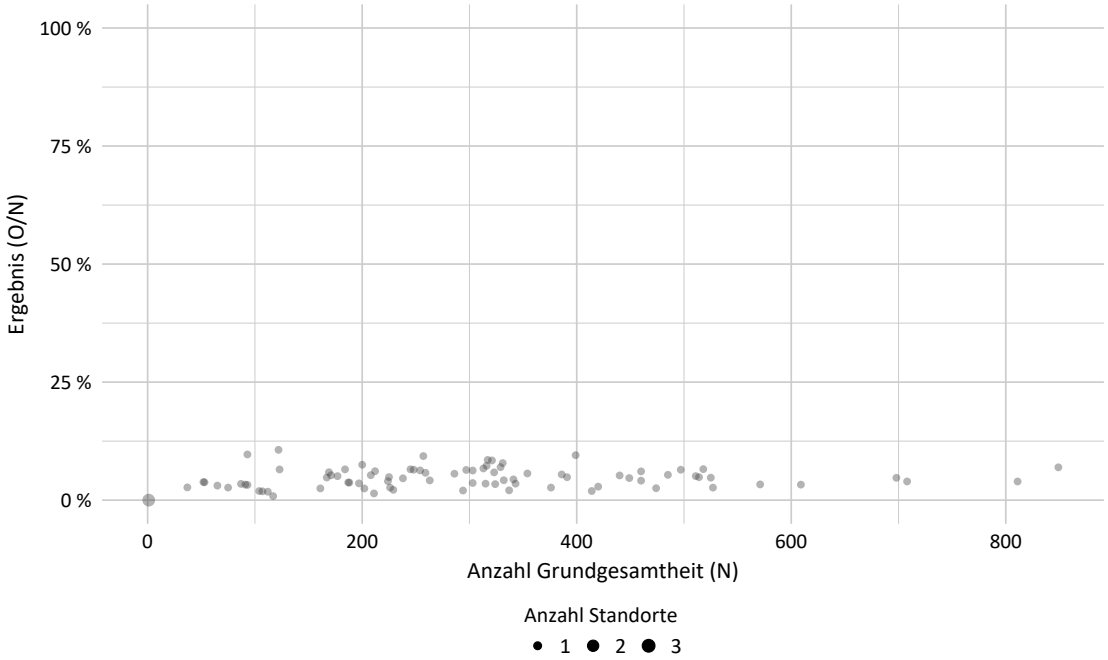
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	1.203 / 24.373	4,94	4,67 - 5,21
	2022	1.202 / 24.336	4,94	4,67 - 5,22
	2023	1.226 / 25.207	4,86	4,60 - 5,14

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	86	0	0,00	10,66	4,51

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.1.1.1	ID: O_352001 O/N (observed, beobachtet)	2,31 % 543/23.538
1.1.1.2	ID: E_352001 E/N (expected, erwartet)	2,29 % 540,17/23.538
1.1.1.3	**ID: 352001** **O/E**	1,01
1.1.1.3.1	ID: 35_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	2,96 % 270/9.119
1.1.1.3.2	ID: 35_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[1]	4,69 % 87/1.855
1.1.1.3.3	ID: 35_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	3,94 % 90/2.286

[1] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 352002** **Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen**	4,86 % 1.226/25.207

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

352400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

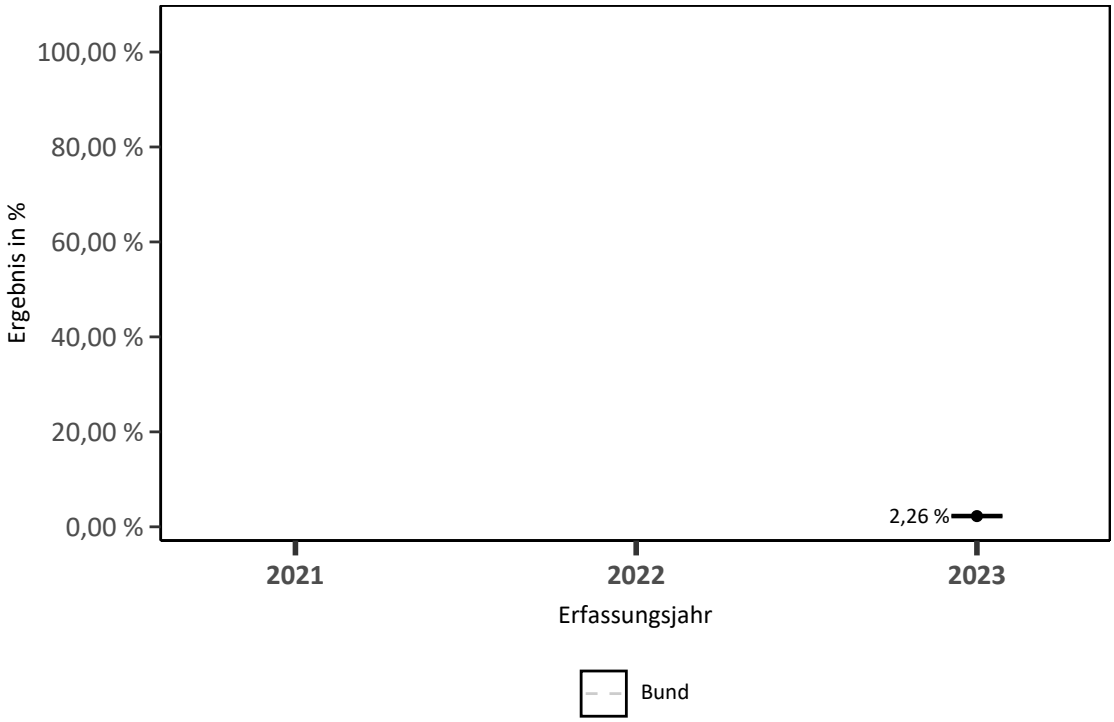
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem koronarchirurgischem Eingriff oder perkutaner Koronarintervention (PCI) innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

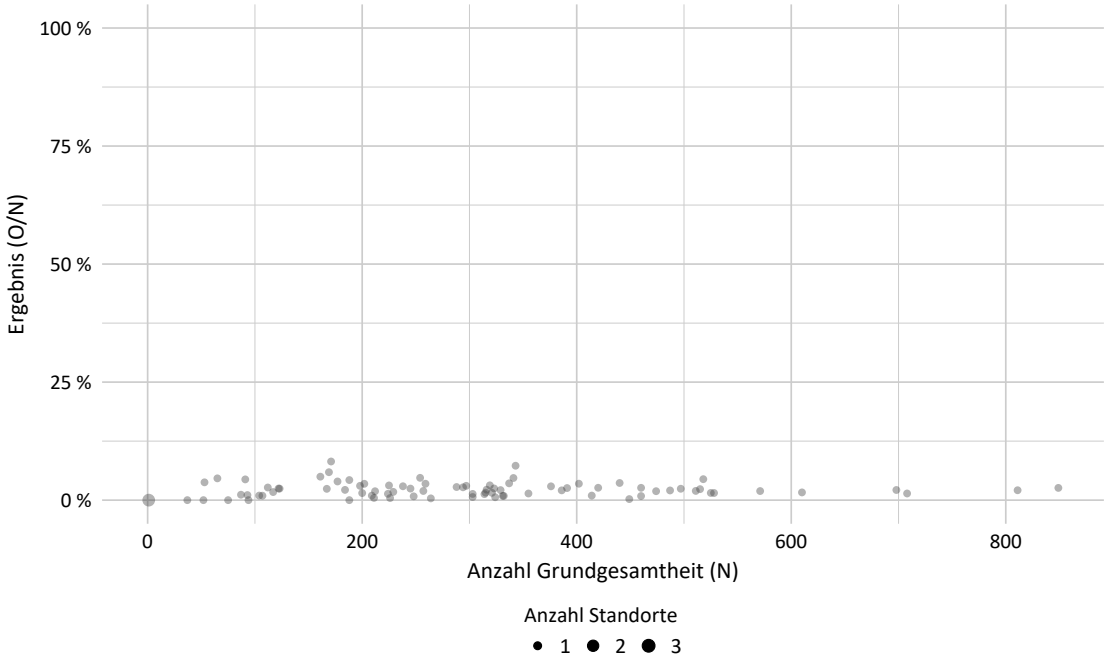
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	570 / 25.226	2,26	2,08 - 2,45

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	86	0	0,00	8,19	2,06

352401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

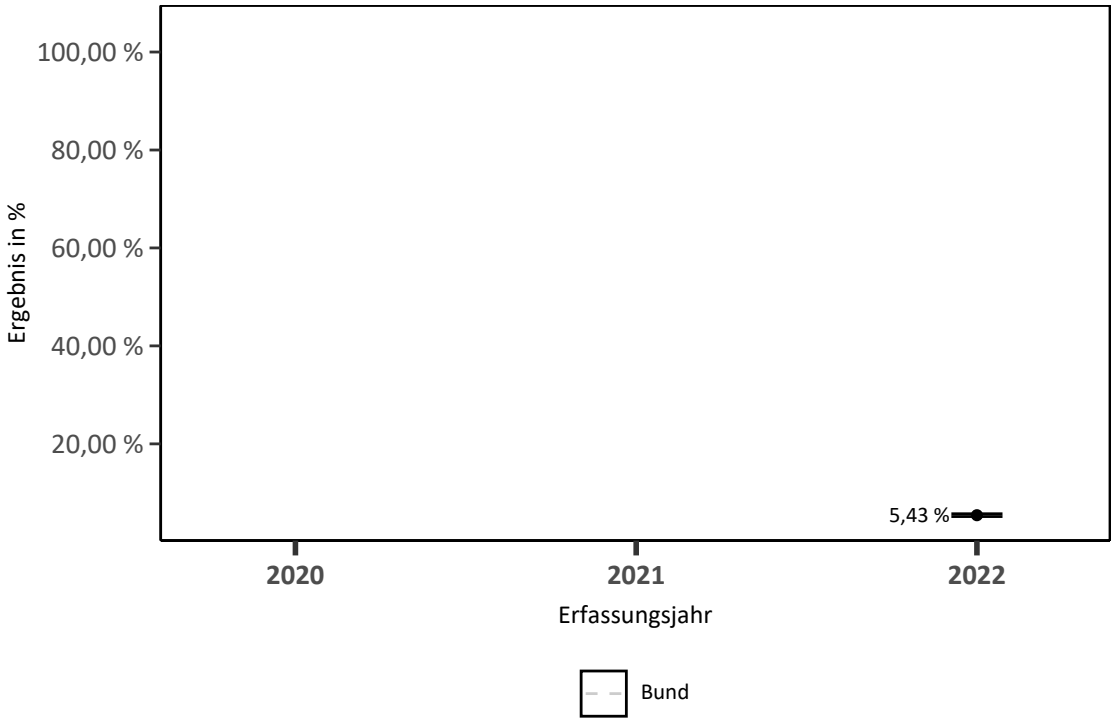
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem koronarchirurgischem Eingriff oder perkutaner Koronarintervention (PCI) innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

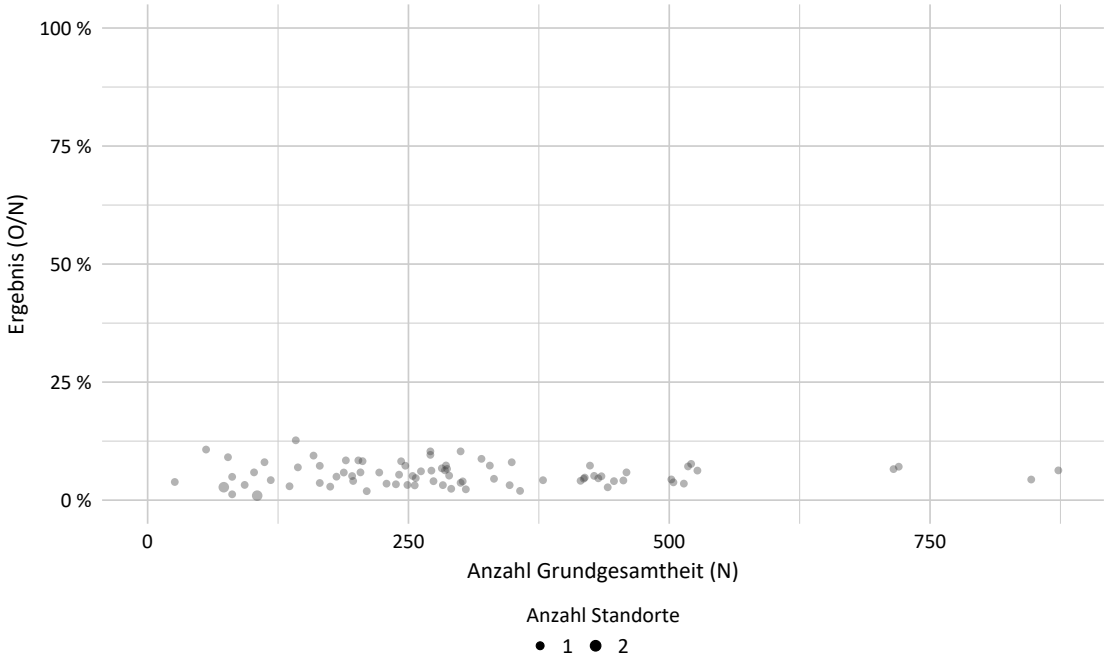
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2020**	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	1.325 / 24.385	5,43	5,16 - 5,73

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2022	83	0	0,95	12,68	5,06

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

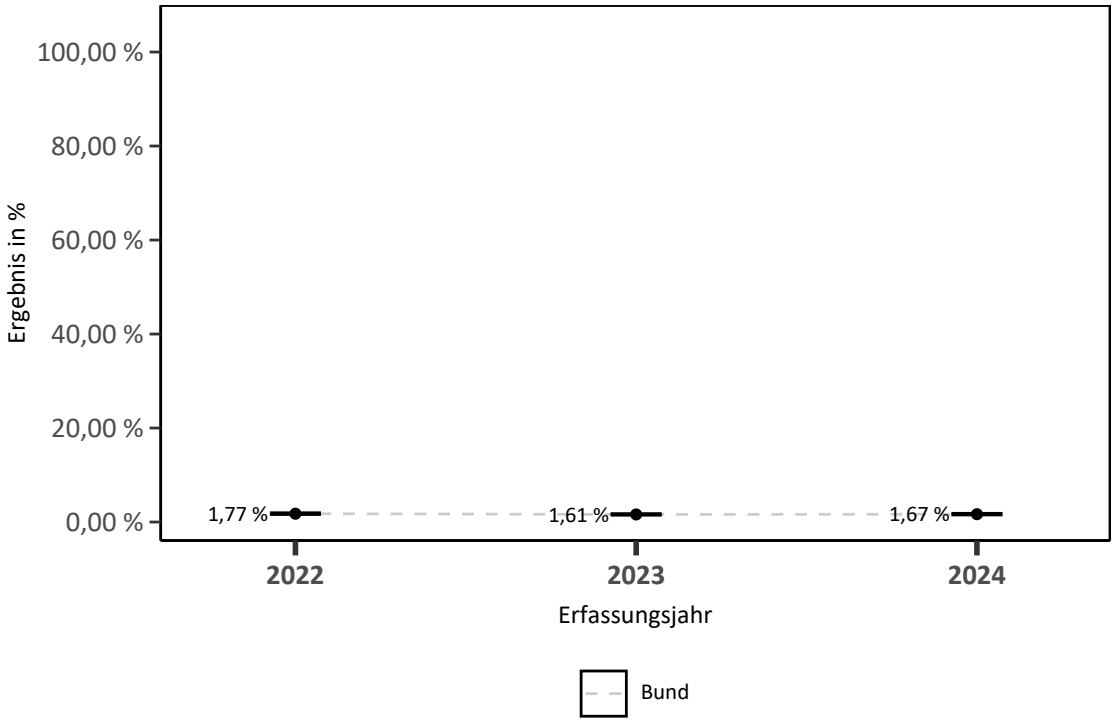
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

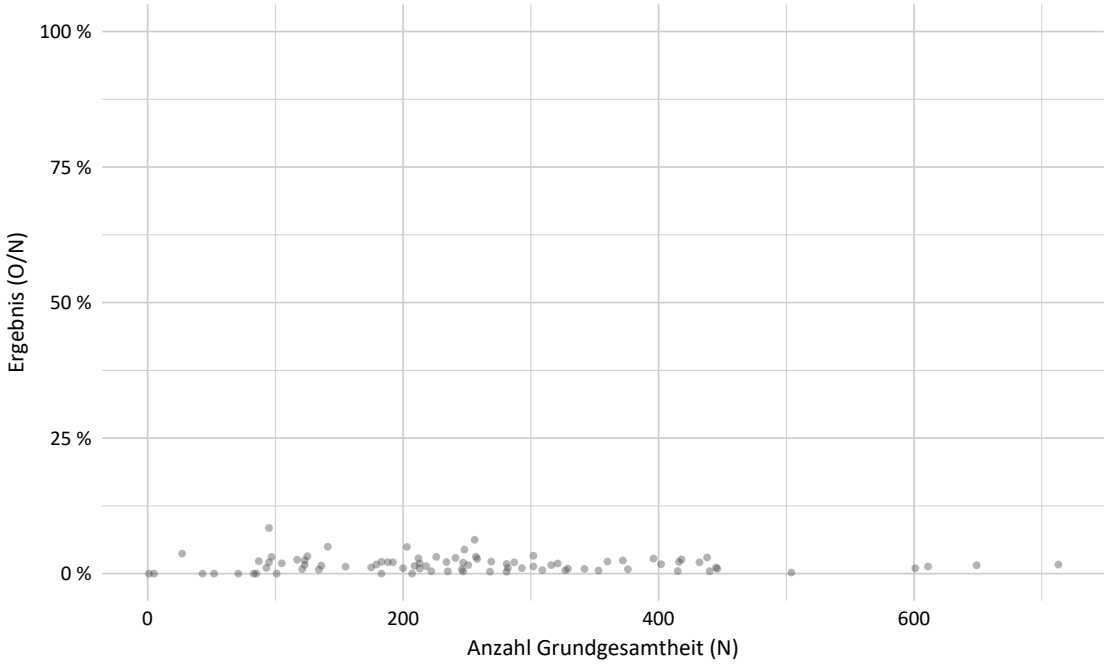
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	362 / 20.437	1,77	1,60 - 1,96
	2023	348 / 21.600	1,61	1,45 - 1,79
	2024	358 / 21.454	1,67	1,51 - 1,85

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	85	0	0,00	8,42	1,54

352007: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KCH-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) über 40 Herzinsuffizienz NYHA IV Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD Lungenerkrankung: Andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

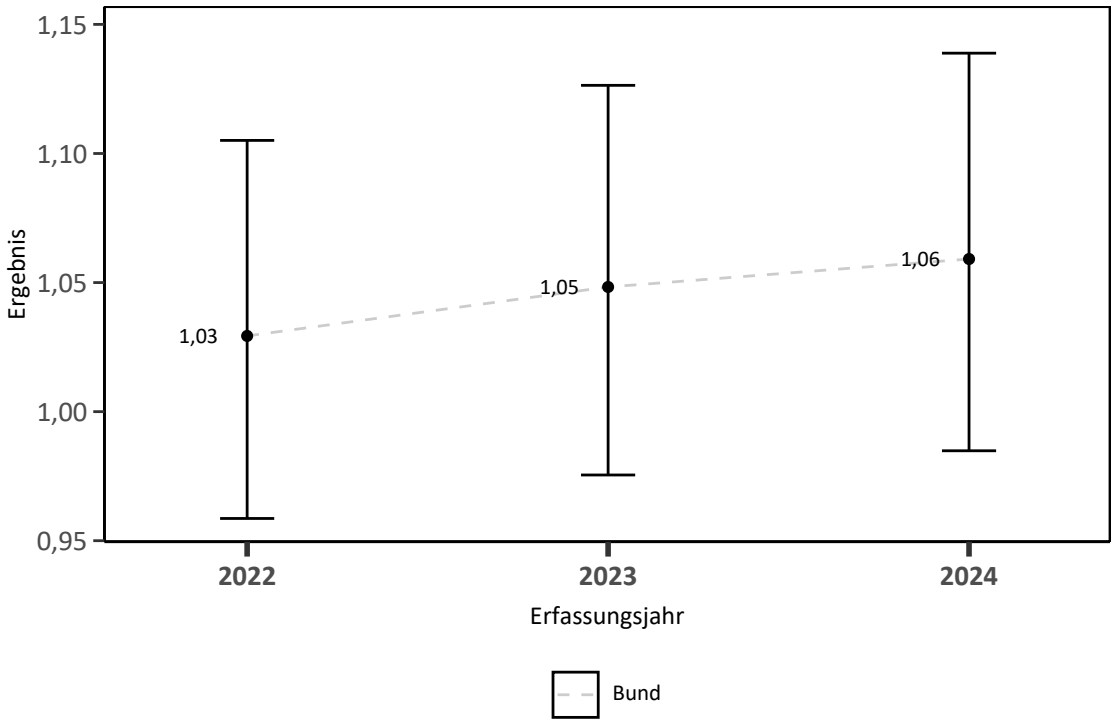
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	24.558	737 / 716,00	1,03	0,96 - 1,11
	2023	25.389	721 / 687,78	1,05	0,98 - 1,13
	2024	25.117	707 / 667,53	1,06	0,98 - 1,14

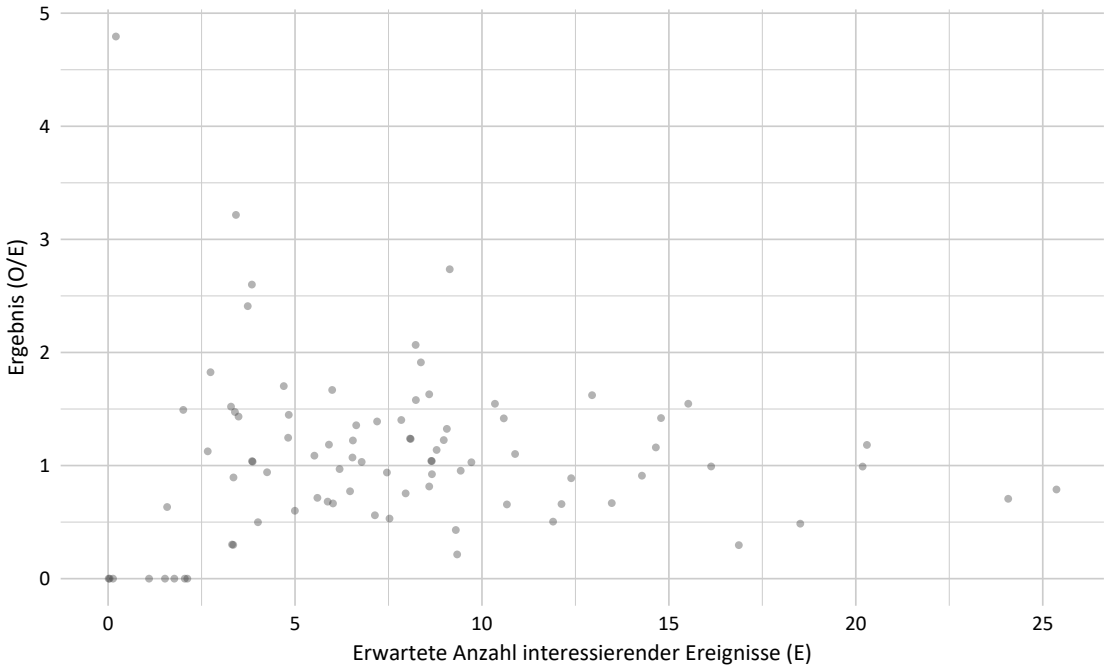
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



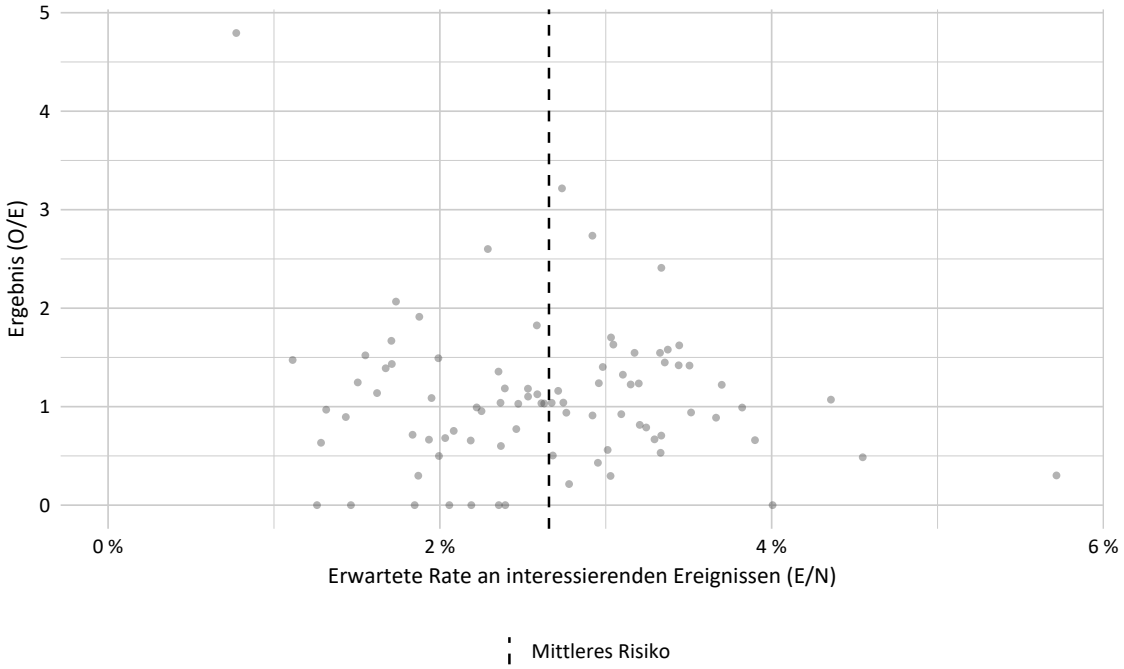
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	86	0	0,00	4,79	1,03

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KCH-30d-Score
Referenzbereich	≤ 2,46 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) über 40 Herzinsuffizienz NYHA IV Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD Lungenerkrankung: Andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

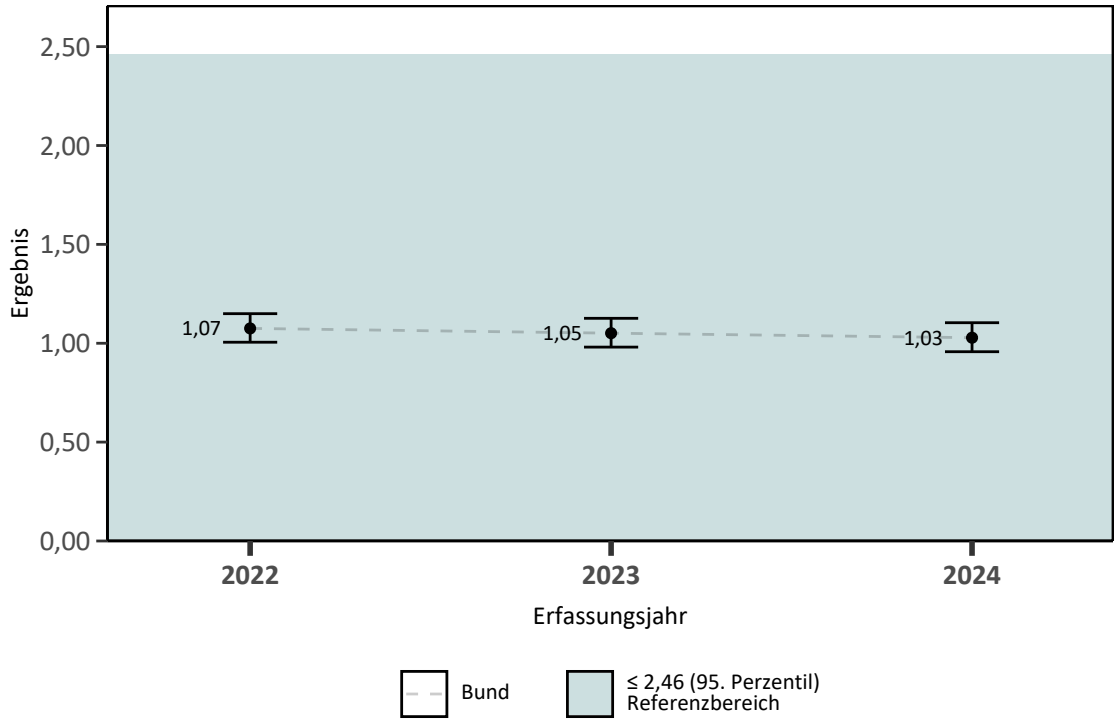
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	24.268	824 / 766,55	1,07	1,01 - 1,15
	2023	25.102	779 / 741,35	1,05	0,98 - 1,13
	2024	24.745	734 / 714,04	1,03	0,96 - 1,10

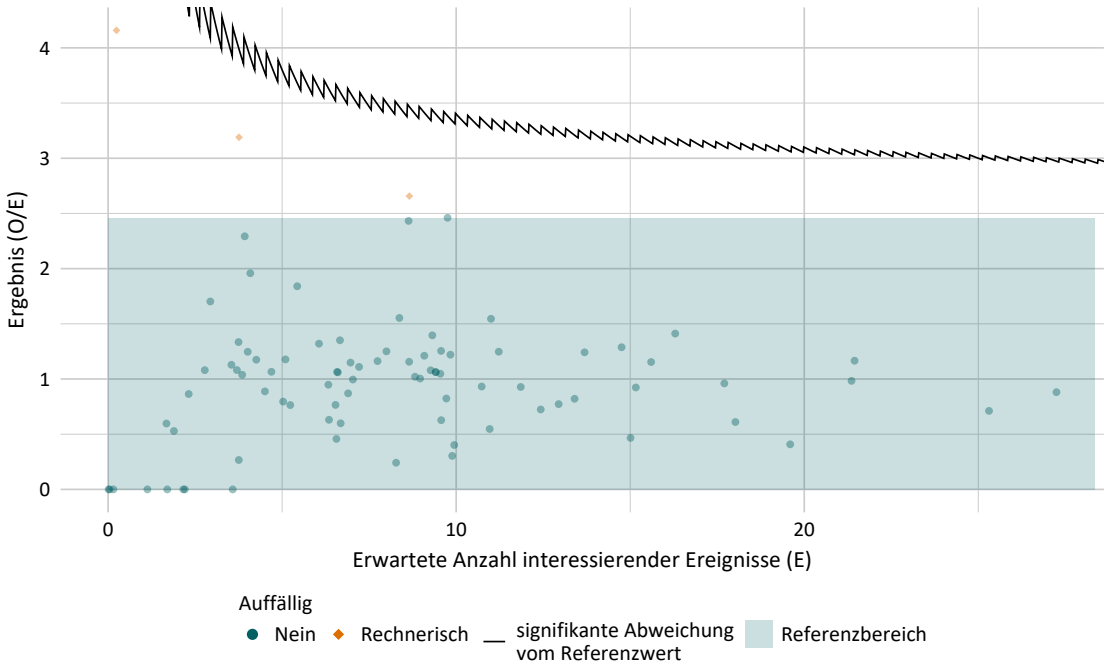
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



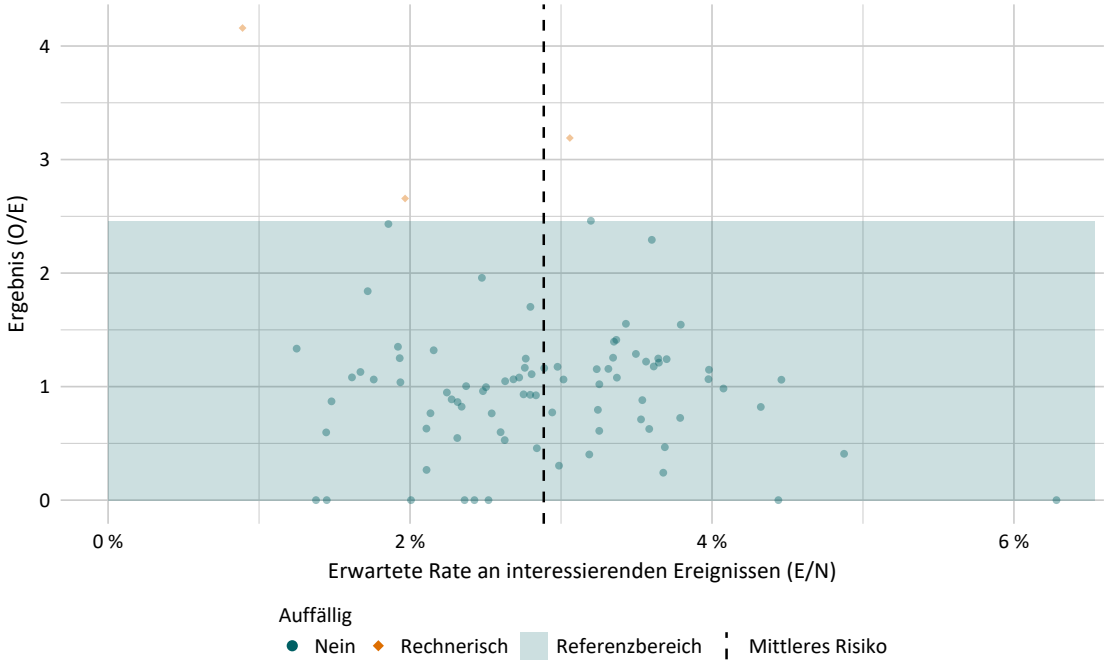
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	86	3	0,00	4,16	1,03

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KCH-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 22 Body-Mass-Index (BMI) über 40 Herzinsuffizienz NYHA IV Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD oder andere Neurologische Dysfunktion Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

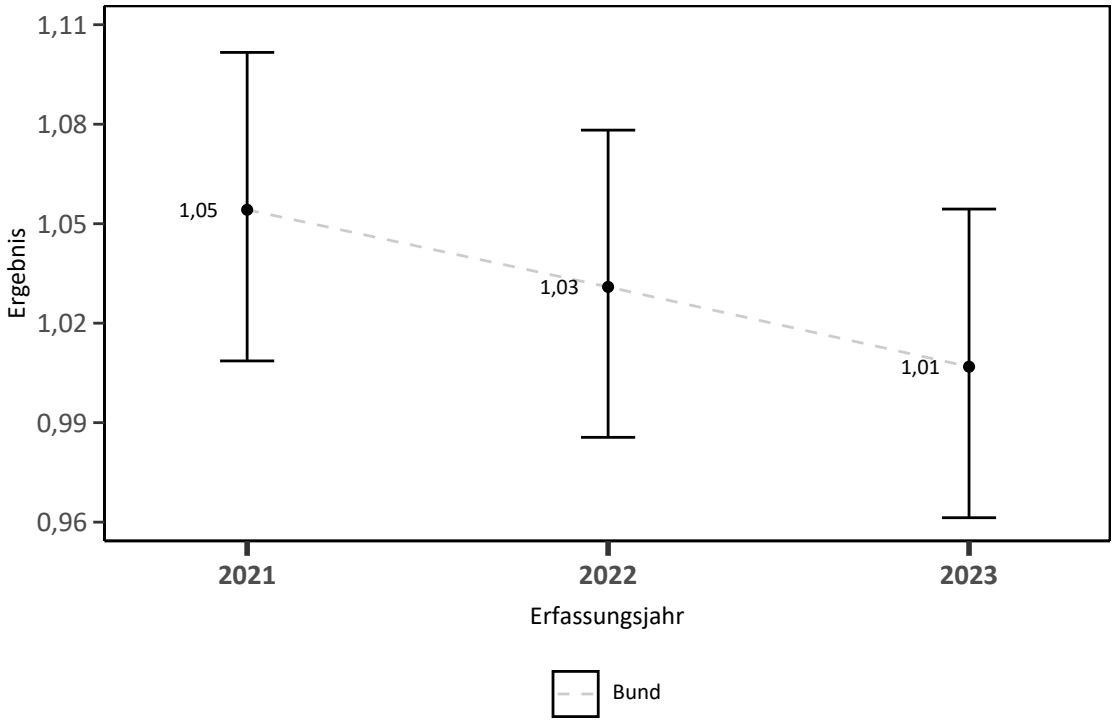
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	24.393	1.826 / 1.732,13	1,05	1,01 - 1,10
	2022	24.357	1.765 / 1.712,04	1,03	0,99 - 1,08
	2023	25.226	1.679 / 1.667,54	1,01	0,96 - 1,05

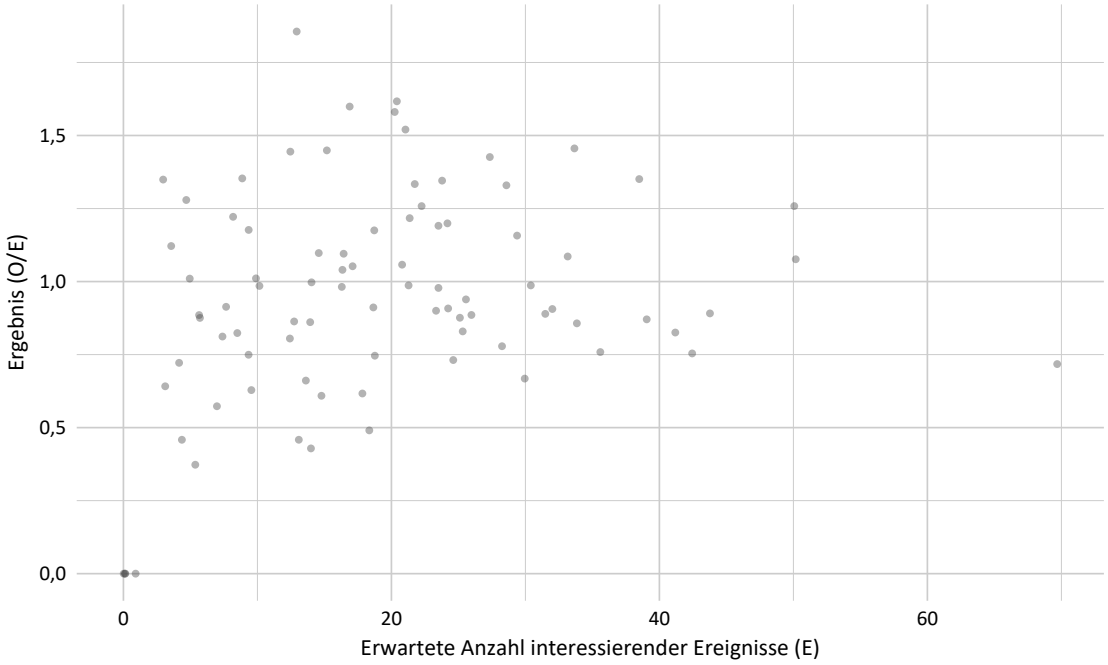
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



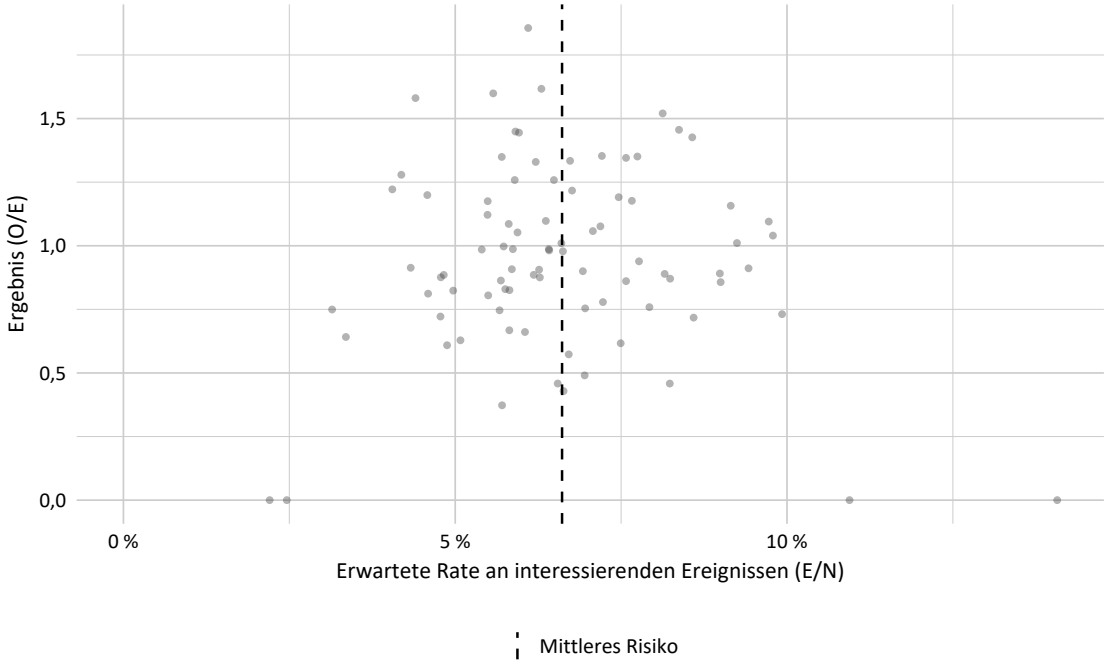
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	86	0	0,00	1,86	0,91

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 35_22006 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	2,81 % 707/25.117
3.1.1	**ID: 352006** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	1,67 % 358/21.454
3.1.2	ID: 35_22007 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	9,53 % 349/3.663

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung nach logistischem KCH-Score	
3.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in KCH-Score Risikoklassen	
3.2.1.1	ID: 35_22009 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,02 % 213/20.852
3.2.1.2	ID: 35_22010 Risikoklasse 3 - < 6 %	5,23 % 123/2.354
3.2.1.3	ID: 35_22011 Risikoklasse 6 - < 10 %	8,62 % 72/835
3.2.1.4	ID: 35_22012 Risikoklasse ≥ 10 %	27,79 % 299/1.076
3.2.1.5	ID: 35_22013 Summe KCH-Score Risikoklassen	2,81 % 707/25.117
3.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in KCH-Score Risikoklassen	
3.2.2.1	ID: 35_22014 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,05 % 218,73/20.852
3.2.2.2	ID: 35_22015 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,10 % 96,58/2.354
3.2.2.3	ID: 35_22016 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,55 % 63,03/835
3.2.2.4	ID: 35_22017 Risikoklasse ≥ 10 %	26,88 % 289,19/1.076
3.2.2.5	ID: 35_22018 Summe KCH-Score Risikoklassen	2,66 % 667,53/25.117
3.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.3.1	ID: O_352007 O/N (observed, beobachtet)	2,81 % 707/25.117
3.2.3.2	ID: E_352007 E/N (expected, erwartet)	2,66 % 667,53/25.117
3.2.3.3	**ID: 352007** **O/E**	1,06

[2] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	Risikoadjustierung nach logistischem KCH-30d-Score	
3.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.3.1.1	ID: O_352008 O/N (observed, beobachtet)	2,97 % 734/24.745
3.3.1.2	ID: E_352008 E/N (expected, erwartet)	2,89 % 714,04/24.745
3.3.1.3	**ID: 352008** **O/E**	1,03

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	Risikoadjustierung nach logistischem KCH-365d-Score	
3.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.4.1.1	ID: O_352009 O/N (observed, beobachtet)	6,66 % 1.679/25.226
3.4.1.2	ID: E_352009 E/N (expected, erwartet)	6,61 % 1.667,54/25.226
3.4.1.3	**ID: 352009** **O/E**	1,01

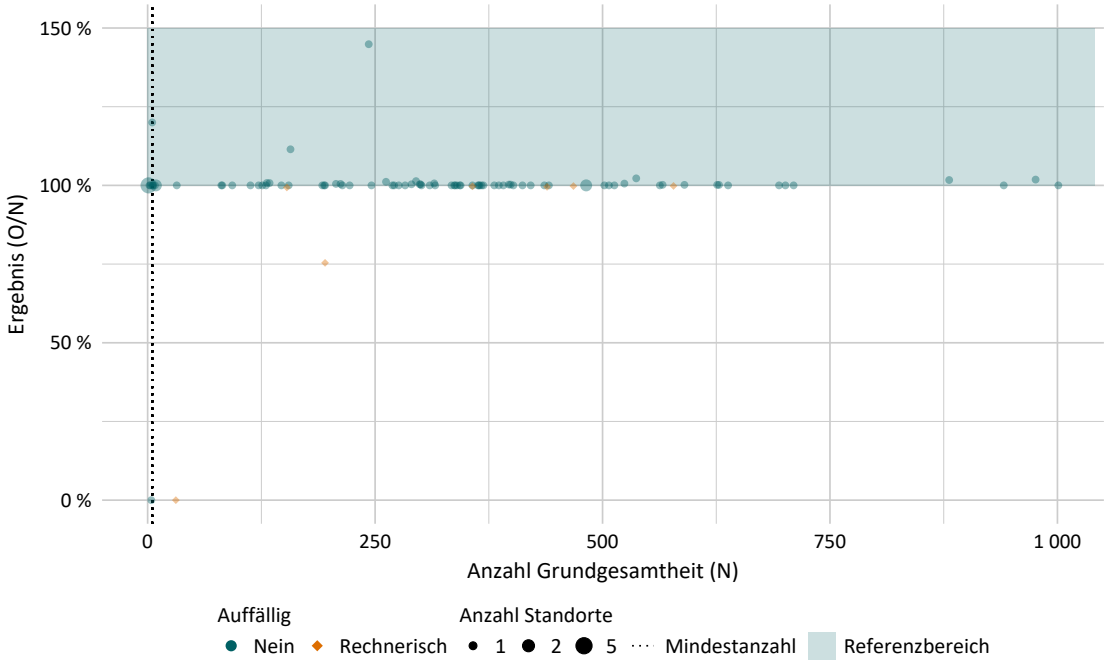
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	98	7	0,00	144,86	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	30.951 / 30.841	100,36	7,14 % 7 / 98

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	83.586	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	25.179	30,12

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	84.128	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	25.305	30,08
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.801	6,90
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	26.832	31,89
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.350	8,74
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	10.002	11,89
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.038	7,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	690	2,74
1. Quartal	6.592	26,18
2. Quartal	6.435	25,56
3. Quartal	6.160	24,46
4. Quartal	5.302	21,06
Entlassungsquartal		
1. Quartal	6.440	25,58
2. Quartal	6.337	25,17
3. Quartal	6.269	24,90
4. Quartal	6.133	24,36

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	3.847	15,28
8 - 14 Tage	15.524	61,65
15 - 21 Tage	3.416	13,57
22 - 28 Tage	1.142	4,54
> 28 Tage	1.250	4,96

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[3]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	25.179
5. Perzentil	0,00
Mittelwert	2,68
Median	1,00
95. Perzentil	8,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	25.179
5. Perzentil	5,00
Mittelwert	10,39
Median	8,00
95. Perzentil	22,00
Gesamtverweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	25.179
5. Perzentil	6,00
Mittelwert	13,07
Median	11,00
95. Perzentil	28,00

[3] Dargestellt wird der Abstand zur ersten isolierten koronarchirurgischen Operation während des stationären Aufenthalts
[4] Dargestellt wird der Abstand zur ersten isolierten koronarchirurgischen Operation während des stationären Aufenthalts
[5] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	1.115	4,43
50 – 59 Jahre	4.534	18,01
60 – 64 Jahre	4.617	18,34
65 – 69 Jahre	5.054	20,07
70 – 74 Jahre	4.935	19,60
75 – 79 Jahre	3.127	12,42
80 – 89 Jahre	1.794	7,12
≥ 90 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	25.179
5. Perzentil	50,00
25. Perzentil	60,00
Mittelwert	66,30
Median	67,00
75. Perzentil	73,00
95. Perzentil	81,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
Geschlecht		
(1) männlich	20.413	81,07
(2) weiblich	4.765	18,92
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	≤3	x

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 24.714**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	120	0,49
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	5.828	23,58
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	10.514	42,54
Adipositas (≥ 30)	8.252	33,39

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	2.747	10,91
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	9.259	36,77
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	11.267	44,75
(IV) Beschwerden in Ruhe	1.906	7,57
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	9.797	38,91
(1) ja	15.382	61,09
Angina Pectoris		
(0) nein	5.342	21,22
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	1.448	5,75
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	6.562	26,06
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	8.636	34,30
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	3.191	12,67
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	14.269	56,67
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	4.629	18,38
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	3.070	12,19
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	977	3,88
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	2.091	8,30
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	89	0,35
(9) unbekannt	54	0,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	22.387	88,91
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	1.293	5,14
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	884	3,51
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	598	2,37
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	14	0,06
(9) unbekannt	≤3	x
Reanimation		
(0) nein	24.425	97,01
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	438	1,74
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	138	0,55
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	175	0,70
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	≤3	x
(9) unbekannt	≤3	x

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	4.889
5. Perzentil	14,00
Mittelwert	29,83
Median	28,00
95. Perzentil	50,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	20.290	80,58
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	23.223	92,23
(2) Vorhofflimmern	1.569	6,23
(9) anderer Rhythmus	387	1,54
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	22.275	88,47
(1) paroxysmal	2.054	8,16
(2) persistierend	557	2,21
(3) permanent	293	1,16
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	24.570	97,58
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	424	1,68
(2) Schrittmacher mit CRT-System	31	0,12
(3) Defibrillator ohne CRT-System	122	0,48
(4) Defibrillator mit CRT-System	32	0,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[6]		
(1) normaler, gesunder Patient	172	0,68
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	1.779	7,07
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	15.513	61,61
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	7.440	29,55
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	275	1,09

[6] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
LVEF		
< 15%	68	0,27
15 - 30%	1.955	7,76
31 - 50%	8.982	35,67
> 50%	12.423	49,34
LVEF unbekannt	1.751	6,95
dokumentierter Wert 0	≤3	x

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	23.426
5. Perzentil	28,00
Mittelwert	50,26
Median	53,00
95. Perzentil	65,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	174	0,69
(1) 1-Gefäßerkrankung	726	2,88
(2) 2-Gefäßerkrankung	3.280	13,03
(3) 3-Gefäßerkrankung	20.978	83,32
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	626	2,51
(1) ja, operativ	24.303	97,27
(2) ja, interventionell	55	0,22
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	21	0,08
Hauptstammstenose		
(0) nein	16.009	63,58
(1) ja, gleich oder größer 50%	9.170	36,42

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	22.719	90,23
(1) ja	2.460	9,77
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	24.850	98,69
(1) eine	288	1,14
(2) zwei	26	0,10
(3) drei	9	0,04
(4) vier	≤3	x
(5) fünf oder mehr	≤3	x
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	4	0,02
(9) unbekannt	0	0,00

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
akute Infektionen[7]		
(0) keine	24.574	97,60
(1) Mediastinitis	17	0,07
(2) Sepsis	16	0,06
(3) broncho-pulmonale Infektion	230	0,91
(4) oto-laryngologische Infektion	10	0,04
(5) floride Endokarditis	9	0,04
(6) Peritonitis	≤3	x
(7) Wundinfektion Thorax	4	0,02
(8) Pleuraempym	≤3	x
(9) Venenkatheterinfektion	≤3	x
(10) Harnwegsinfektion	75	0,30
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	37	0,15
(12) HIV-Infektion	27	0,11
(13) Hepatitis B oder C	65	0,26
(18) andere Wundinfektion	15	0,06
(88) sonstige Infektion	127	0,50
Diabetes mellitus		
(0) nein	15.298	60,76
(1) ja, diätetisch behandelt	990	3,93
(2) ja, orale Medikation	5.363	21,30
(3) ja, mit Insulin behandelt	3.281	13,03
(4) ja, unbehandelt	146	0,58
(9) unbekannt	101	0,40

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	19.738	78,39
(1) ja	5.338	21,20
davon:[8]		
periphere AVK	2.851	53,41
Arteria Carotis	2.622	49,12
Aortenaneurysma	449	8,41
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	1.063	19,91
(9) unbekannt	103	0,41
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	21.412	85,04
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	1.342	5,33
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	958	3,80
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	1.396	5,54
(9) unbekannt	71	0,28

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	22.877	90,86
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	1.333	5,29
(2) ja, ZNS, andere	414	1,64
(3) ja, peripher	437	1,74
(4) ja, Kombination	45	0,18
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	680	49,35
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	304	22,06
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	276	20,03
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	94	6,82
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	13	0,94
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	11	0,80
(9) unbekannt	73	0,29
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	24.744	98,27
(1) akut	63	0,25
(2) chronisch	372	1,48

[7] Mehrfachnennung möglich
[8] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[9]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	24.744
5. Perzentil	0,64
Mittelwert	1,03
Median	1,00
95. Perzentil	1,60
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	24.744
5. Perzentil	57,00
Mittelwert	91,21
Median	88,00
95. Perzentil	141,44

[9] (letzter Wert vor OP)
[10] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte koronarchirurgische Operationen	**N = 25.305**	
Operation[11]		
(5-361.*) Anlegen eines aortokoronaren Bypass	18.323	72,41
(5-361.*3) Anlegen eines aortokoronaren Bypass - mit Arterien	17.316	68,43
(5-361.*7 oder 5-361.*8) Anlegen eines aortokoronaren Bypass - mit Venen	14.896	58,87
(5-362.*) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik	7.181	28,38
(5-362.*3) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik - mit Arterien	6.864	27,13
(5-362.*7 oder 5-362.*8) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik - mit Venen	3.500	13,83
(5-363.*) Andere Revaskularisation des Herzens	843	3,33

[11] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte koronarchirurgische Operationen	**N = 25.305**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	23.520	92,95
(1) ja	1.785	7,05
davon:[12]		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	154	8,63
Vorhofablation	525	29,41
Eingriff an herznahen Gefäßen	101	5,66
Herzohrverschluss/-amputation	1.234	69,13
interventioneller Koronareingriff (PCI)	9	0,50
sonstige	409	22,91

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte koronarchirurgische Operationen	**N = 25.305**	
Konversionseingriff		
(0) nein	25.001	98,80
(1) ja	304	1,20
Zugang (KC)		
(1) konventionelle Sternotomie	23.382	92,40
(2) minimalinvasiver operativer Zugang	1.923	7,60
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	19.167	75,74
(1) ja	6.138	24,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte koronarchirurgische Operationen	**N = 25.305**	
Dringlichkeit		
(1) elektiv	14.088	55,67
(2) dringlich	7.422	29,33
(3) Notfall	3.547	14,02
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	248	0,98
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	24.115	95,30
(1) ja	1.190	4,70
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	18.486	73,05
(1) ja	6.819	26,95
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	24.171	95,52
(1) ja	1.134	4,48
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	25.098	99,18
(1) ja, IABP	87	0,34
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	72	0,28
(3) ja, andere	48	0,19
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	25.194	99,56
(2) bedingt aseptische Eingriffe	80	0,32
(3) kontaminierte Eingriffe	7	0,03
(4) septische Eingriffe	24	0,09

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl isolierter koronarchirurgischer Operationen mit Angabe von Werten > 0 und < 999	25.305
5. Perzentil	120,00
Mittelwert	219,74
Median	211,00
95. Perzentil	342,00

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte koronarchirurgische Operationen	**N = 25.305**	
Konversion		
(0) nein	25.242	99,75
(1) ja, zu Sternotomie	63	0,25
(2) ja, zu transapikal	0	0,00
(3) ja, zu endovaskulär	0	0,00
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	12	19,05
(2) intraprozedurale Komplikationen	24	38,10
(9) sonstige	27	42,86

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	24.802	98,50
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	316	1,26
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	61	0,24
Reanimation		
(0) nein	24.668	97,97
(1) ja	511	2,03
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	24.313	96,56
(1) ja	866	3,44
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	23.831	94,65
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	692	2,75
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	569	2,26
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	87	0,35
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	25.174	99,98
(1) ja	5	0,02
Perikardtamponade		
(0) nein	24.835	98,63
(1) ja	344	1,37

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	24.496	97,29
(1) schwerwiegend	522	2,07
(2) lebensbedrohlich	161	0,64
Mediastinitis[13]		
(0) nein	25.125	99,79
(1) ja	54	0,21
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	24.680	98,02
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	415	1,65
(2) ja, ZNS, andere	84	0,33
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	71	14,23
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	48	9,62
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	101	20,24
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	95	19,04
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	39	7,82
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	56	11,22
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	89	17,84

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	24.249	96,31
(1) ja	930	3,69
davon:[14]		
Infektion(en)	251	26,99
Sternuminstabilität	151	16,24
Gefäßruptur	11	1,18
Dissektion	7	0,75
therapierelevante Blutung/Hämatom	391	42,04
Ischämie	110	11,83
AV-Fistel	≤3	x
Aneurysma spurium	9	0,97
sonstige	183	19,68

[13] nach den KISS-Definitionen

[14] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	24.476	97,21
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	443	1,76
(2) Schrittmacher mit CRT-System	44	0,17
(3) Defibrillator ohne CRT-System	178	0,71
(4) Defibrillator mit CRT-System	38	0,15

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.179**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	14.994	59,55
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	543	2,16
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	17	0,07
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	85	0,34
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	5.768	22,91
(07) Tod	732	2,91
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[15]	110	0,44
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	2.886	11,46
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	22	0,09
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	8	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[16]	4	0,02
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[17]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	5	0,02
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[18]		
(1) ja	0	0,00

[15] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[16] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[17] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[18] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-KC-KOMB: Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2022, 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022 15

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 16

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 16

362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 16

362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 19

362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 23

362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 26

362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen 29

Details zu den Ergebnissen 32

362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres 35

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 38

362400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 38

362401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 41

Gruppe: Sterblichkeit 44

362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 44

362019: Sterblichkeit im Krankenhaus 47

362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 51

362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 55

Details zu den Ergebnissen ... 59
Basisauswertung ... 61
Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 61
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 62
Patientin / Patient ... 64
Body Mass Index (BMI) ... 65
Anamnese / präoperative Befunde ... 66
Kardiale Befunde ... 69
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 71
Weitere Begleiterkrankungen ... 72
Operation / Prozedur ... 76
OP-Basisdaten ... 76
präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung ... 81
präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung ... 82
Dosis-Flächen-Produkt ... 82
Kontrastmittelmenge ... 83
Intraprozedurale Komplikationen ... 84
Postoperativer Verlauf ... 86
Entlassung / Verlegung ... 90

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden Daten der Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert. In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für die definierte Patientin bzw. den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die (sozialdatenbasierte) Qualitätsindikatoren-Berechnung nicht ausgewertet werden bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatendatensätzen berichtet.

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2023 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2022).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2024 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik
• eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	76.161 76.125 36	75.592	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	243		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	266	268	99,25
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	229	232	98,71

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.586	98,71 N = 82.510

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.261	99,47 N = 80.828

Erfassungsjahr 2022	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	76.125	99,36 N = 75.635

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Im Folgenden finden sich sämtliche Qualitätsindikatoren deren Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt wurden. Dies sind Qualitätsindikatoren, deren Qualitätsmerkmale gemäß den angewandten Kriterien der Verfahrensüberprüfung (Beschluss des G-BA über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen

Qualitätssicherung vom 21. April 2022) und der daran anknüpfenden Verfahrenspflege nicht mehr zur Qualitätssicherung geeignet und zur Streichung empfohlen sind oder bei denen nach Überprüfung ein grundlegender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde:

• Sterblichkeit im Krankenhaus (382006)
• Sterblichkeit innerhalb eines Jahres (382008)

Desweiteren erfolgte für die Qualitätsindikatoren Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen (382003) und Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres (382004) ebenfalls die Aussetzung der Referenzbereiche. Diese Qualitätsindikatoren werden nach Zusammenlegung aller bisherigen Qualitätsindikatoren zu RE-Eingriffen in diesem Jahr das erste Mal in dieser Form ausgewertet, so dass für diese ein Stellungnahmeverfahren erst im nächsten Jahr vorgesehen ist.

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	Nicht definiert	20,87 % O = 414 N = 1.984
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	1,01 O/E = 244 / 241,55 N = 5.338
Gruppe: Sterblichkeit			
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	5,84 % O = 316 N = 5.414
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	1,07 O/E = 412 / 384,07 N = 5.785
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	1,11 O/E = 436 / 392,57 N = 5.697

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	1,06 % O = 19 N = 1.795
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	13,84 % O = 271 N = 1.958
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	Transparenzkennzahl	5,56 % O = 318 N = 5.722
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	8,73 % O = 171 N = 1.958
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	1,97 % O = 113 N = 5.727

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit			
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	0,99 O/E = 790 / 796,53 N = 5.727

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2022 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	4,38 % O = 250 N = 5.702

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

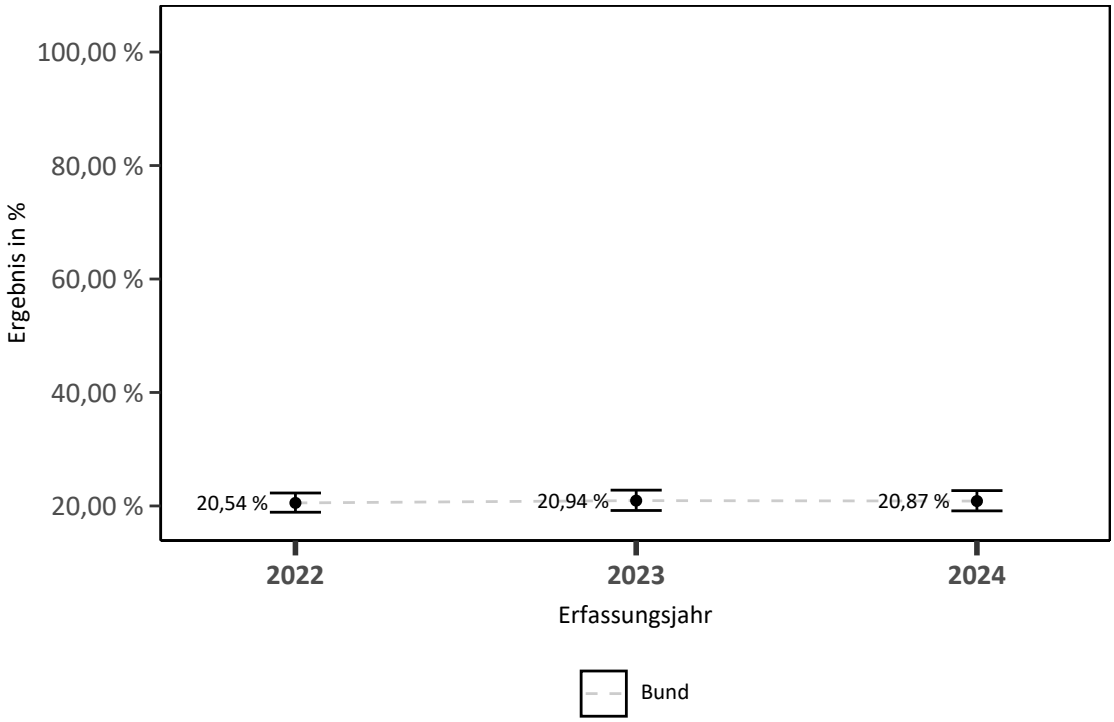
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

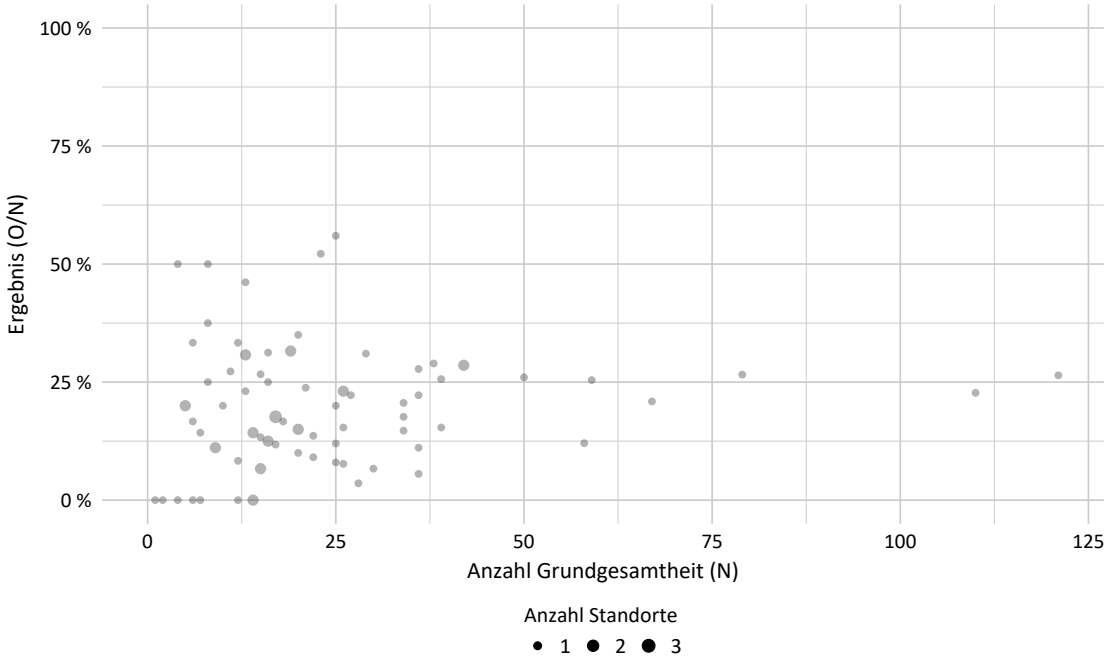
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	449 / 2.186	20,54	18,90 - 22,28
	2023	414 / 1.977	20,94	19,20 - 22,79
	2024	414 / 1.984	20,87	19,14 - 22,71

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	56,00	17,65

362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit präoperativ nicht nachweisbarem neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KCKombScore für ID 362005.
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Periphere AVK Arterielle Gefäßerkrankung: Arteria Carotis Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit Eingriff an der Mitralklappe
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

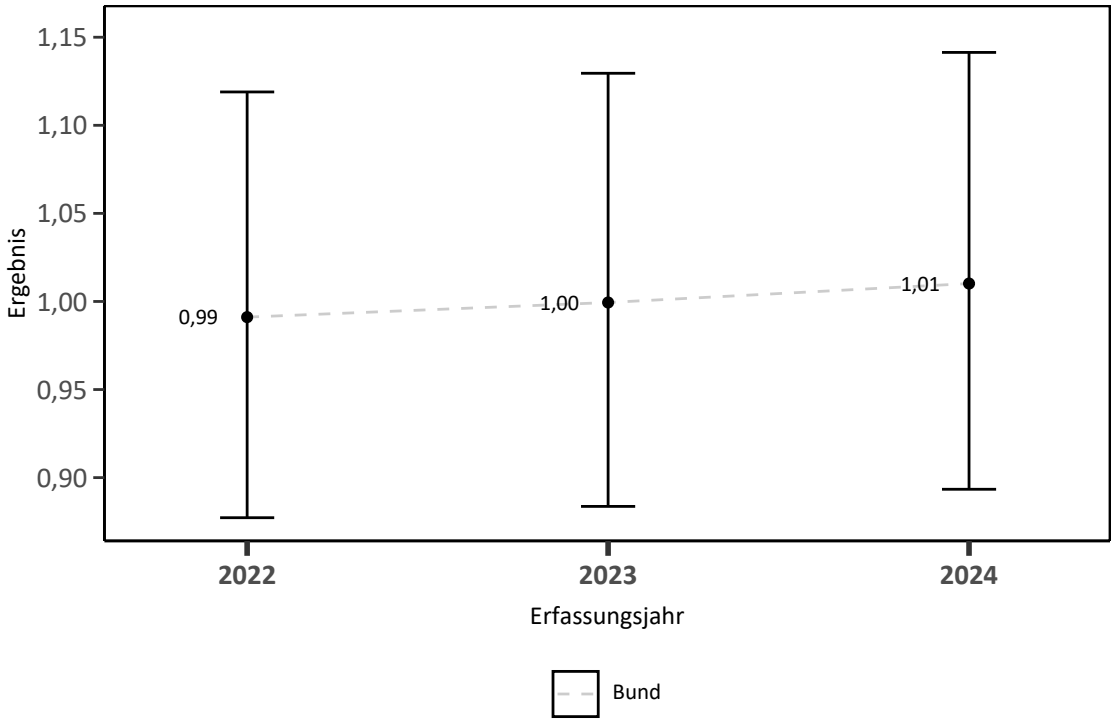
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	5.290	247 / 249,22	0,99	0,88 - 1,12
	2023	5.341	243 / 243,14	1,00	0,88 - 1,13
	2024	5.338	244 / 241,55	1,01	0,89 - 1,14

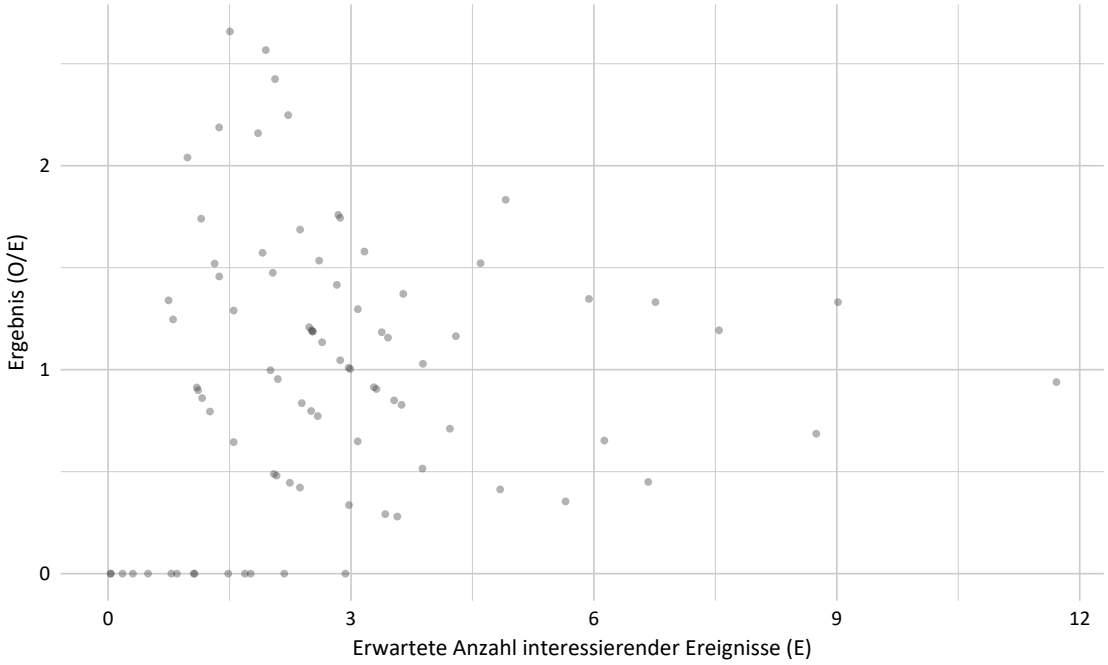
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



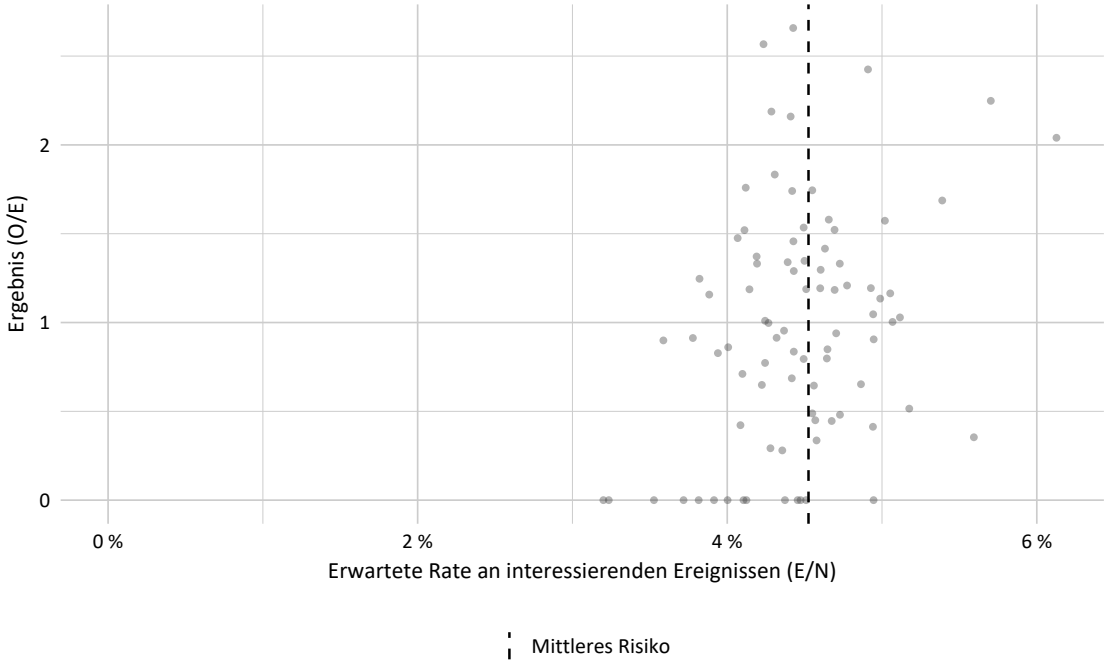
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	85	0	0,00	2,66	0,95

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

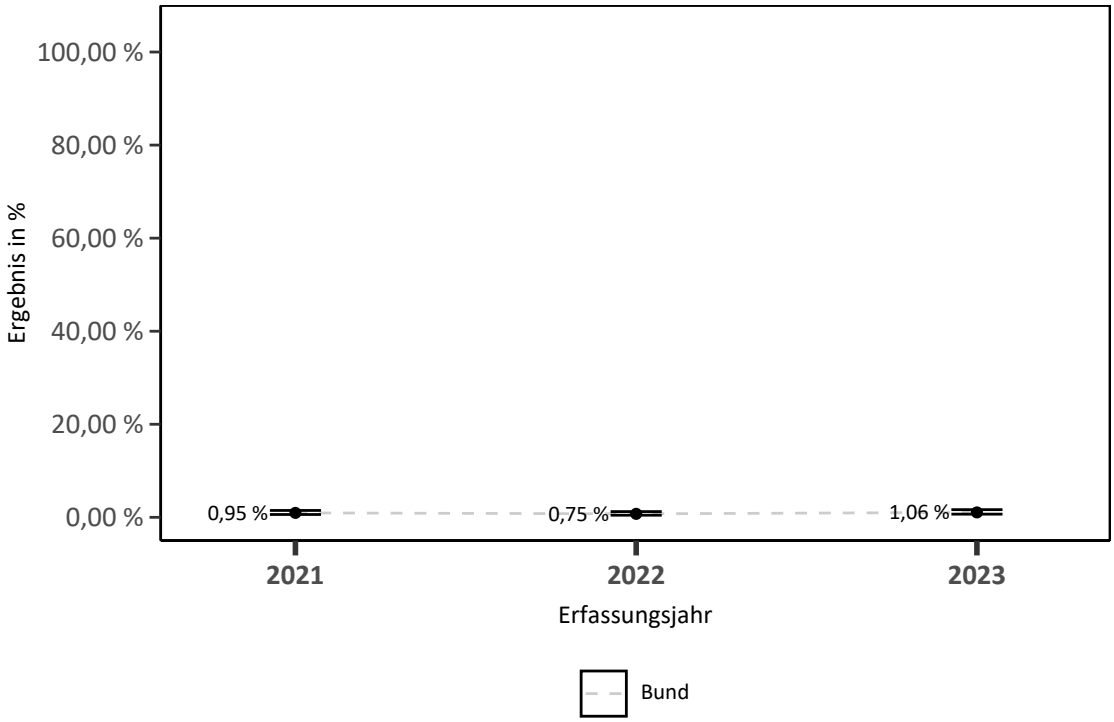
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden und ohne präoperative Endokarditis
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

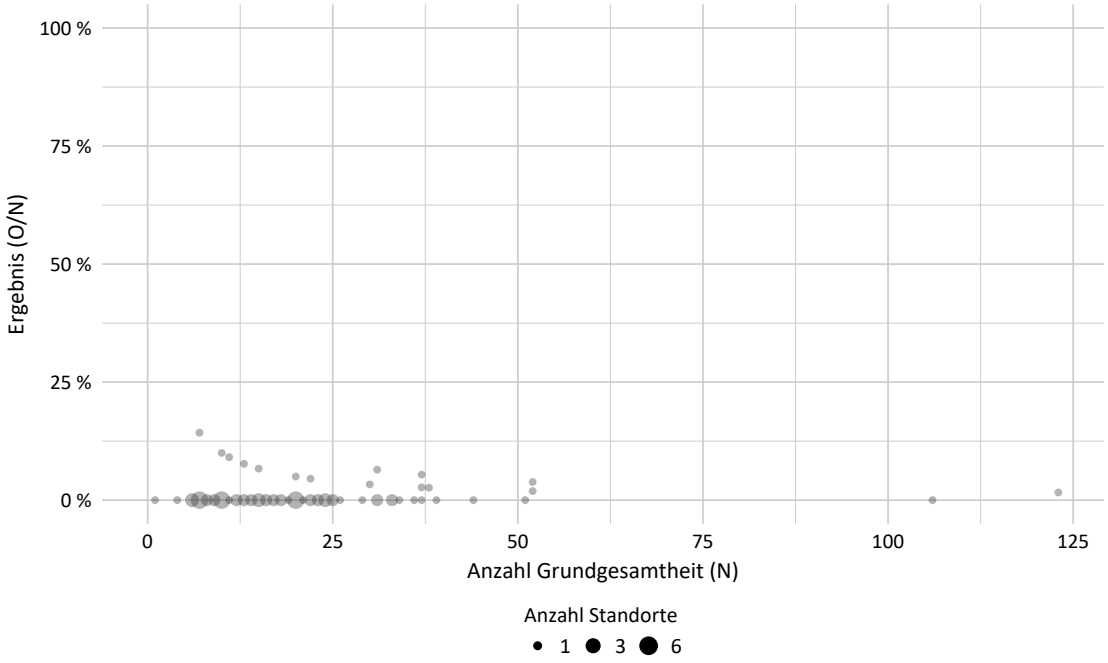
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	19 / 2.000	0,95	0,61 - 1,48
	2022	15 / 1.998	0,75	0,46 - 1,24
	2023	19 / 1.795	1,06	0,68 - 1,65

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	82	0	0,00	14,29	0,00

362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

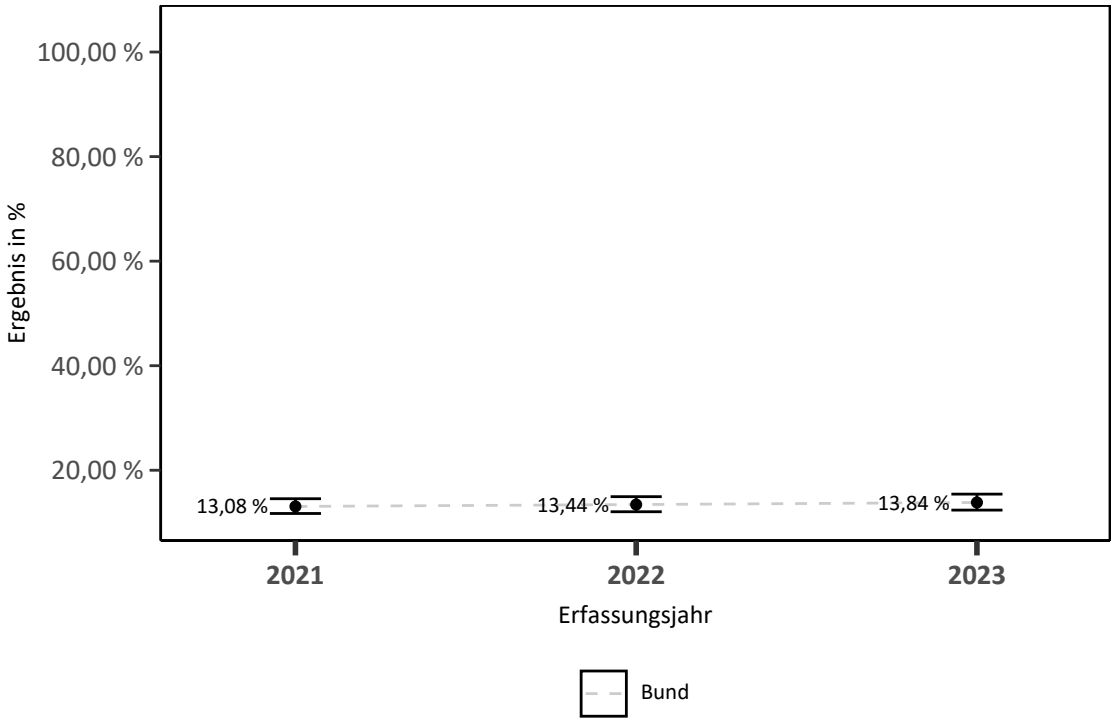
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäß-komplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage • neu aufgetretenes Vorhofflimmern/-flattern
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

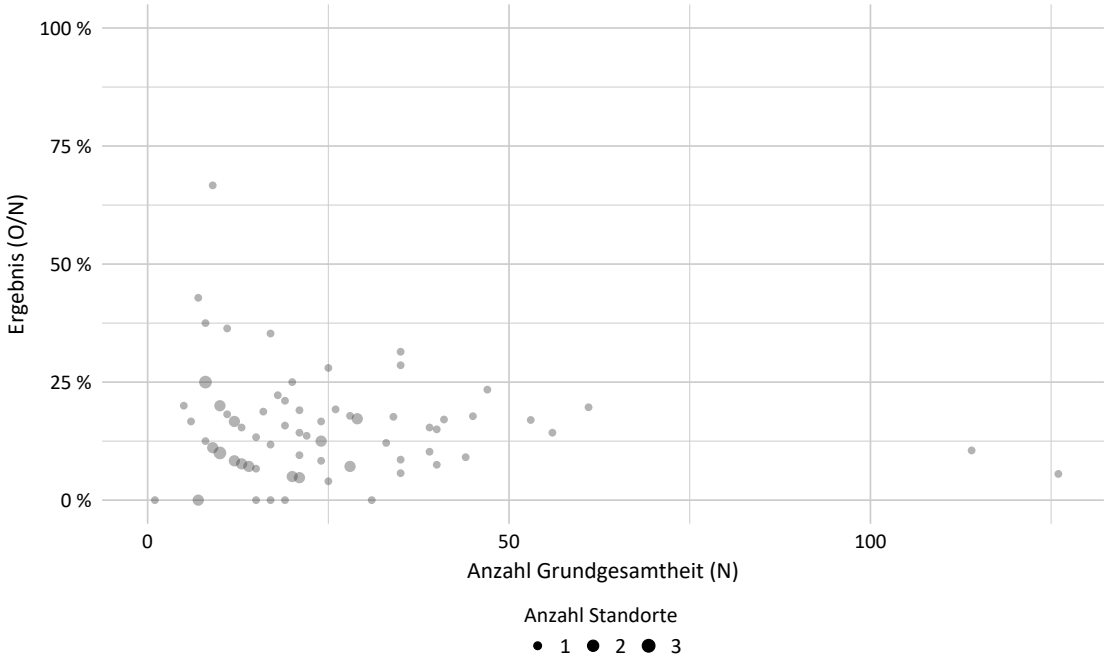
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	286 / 2.186	13,08	11,73 - 14,56
	2022	290 / 2.157	13,44	12,07 - 14,95
	2023	271 / 1.958	13,84	12,38 - 15,44

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	82	0	0,00	66,67	13,48

362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

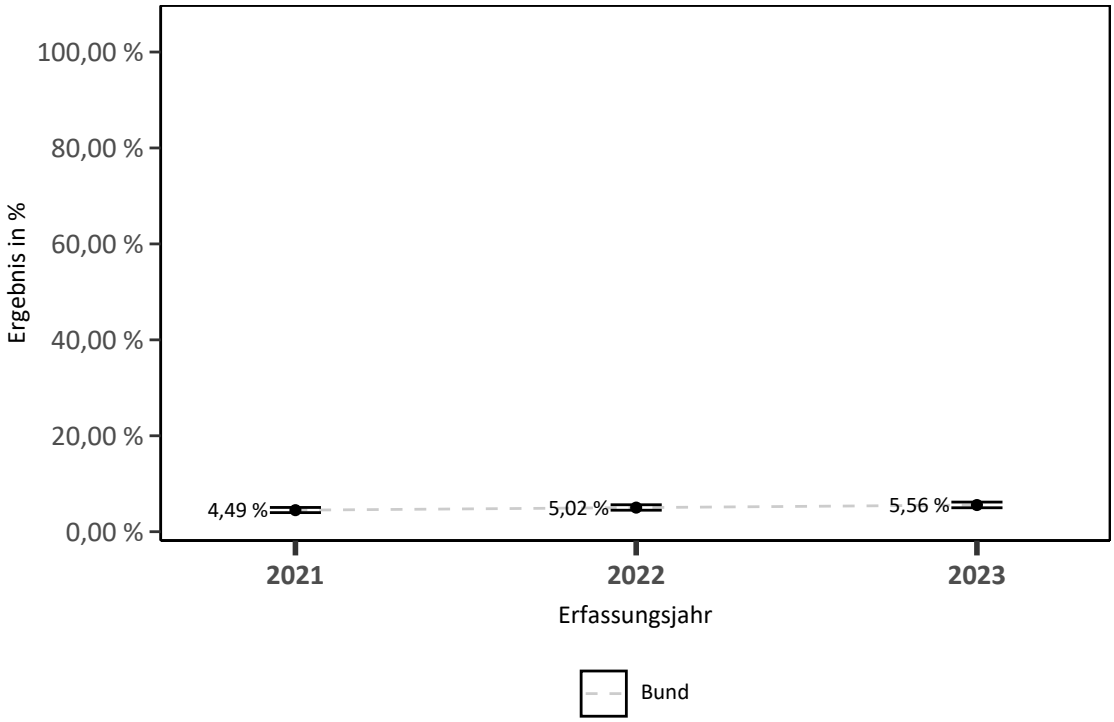
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden, ohne präoperative Mediastinitis oder Wundinfektion des Thorax
Zähler	Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung einer postoperativen tiefen Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

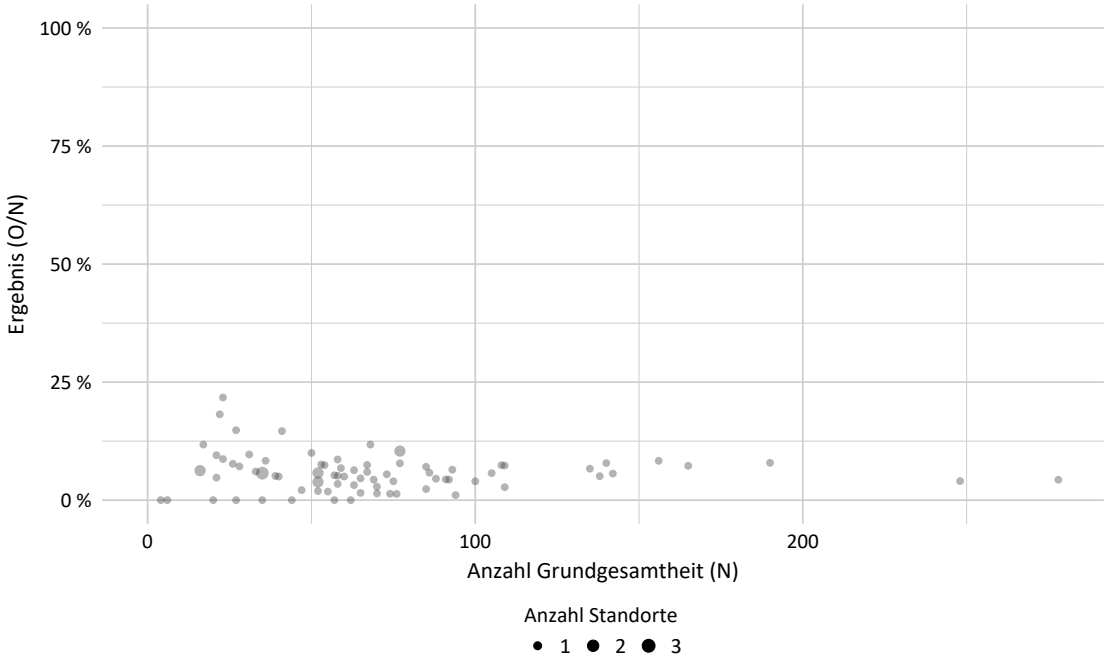
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	256 / 5.705	4,49	3,98 - 5,06
	2022	286 / 5.694	5,02	4,49 - 5,62
	2023	318 / 5.722	5,56	4,99 - 6,18

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	83	0	0,00	21,74	5,71

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 362004** **Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden**	20,87 % 414/1.984
1.1.1	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte intraprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden	
1.1.1.1	ID: 36_22023 Device-Fehlpositionierung	x % ≤3/1.984
1.1.1.2	ID: 36_22024 Aortendissektion	x % ≤3/1.984
1.1.1.3	ID: 36_22025 Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	x % ≤3/1.984
1.1.1.4	ID: 36_22026 Perikardtamponade	x % ≤3/1.984
1.1.1.5	ID: 36_22027 Rhythmusstörungen	0,60 % 12/1.984
1.1.1.6	ID: 36_22028 Low Cardiac Output mit Therapie[1]	2,22 % 44/1.984
1.1.1.7	ID: 36_22029 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)	0,91 % 18/1.984
1.1.1.8	ID: 36_22030 Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation	x % ≤3/1.984
1.1.2	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte postprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden	
1.1.2.1	ID: 36_22031 Komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff	9,78 % 194/1.984
1.1.2.2	ID: 36_22032 Mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial	0,76 % 15/1.984
1.1.2.3	ID: 36_22033 Paravalvuläre Leckage	0,60 % 12/1.984
1.1.2.4	ID: 36_22034 Neu aufgetretener Herzinfarkt	1,86 % 37/1.984
1.1.2.5	ID: 36_22035 Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf)	5,39 % 107/1.984

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.2.6	ID: 36_22036 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)	9,63 % 191/1.984
1.1.3	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden	
1.1.3.1	ID: 36_22037 Infektion(en)	1,86 % 37/1.984
1.1.3.2	ID: 36_22038 Sternuminstabilität	1,31 % 26/1.984
1.1.3.3	ID: 36_22039 Gefäßruptur	x % ≤3/1.984
1.1.3.4	ID: 36_22040 Dissektion	0,20 % 4/1.984
1.1.3.5	ID: 36_22041 Therapierelevante Blutungen/Hämatom	4,64 % 92/1.984
1.1.3.6	ID: 36_22042 Ischämie	0,71 % 14/1.984
1.1.3.7	ID: 36_22043 AV- Fistel	0,00 % 0/1.984
1.1.3.8	ID: 36_22044 Sonstige	1,56 % 31/1.984

[1] IABP, VAD oder ECMO

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.2.1.1	ID: O_362005 O/N (observed, beobachtet)	4,57 % 244/5.338
1.2.1.2	ID: E_362005 E/N (expected, erwartet)	4,53 % 241,55/5.338
1.2.1.3	**ID: 362005** **O/E**	1,01
1.2.1.3.1	ID: 36_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	5,24 % 135/2.575
1.2.1.3.2	ID: 36_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[2]	6,12 % 30/490

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.1.3.3	ID: 36_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	6,71 % 33/492

[2] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 362006** **Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen**	1,06 % 19/1.795

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 362007** **Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen**	13,84 % 271/1.958

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.5	**ID: 362008** **Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen**	5,56 % 318/5.722

362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

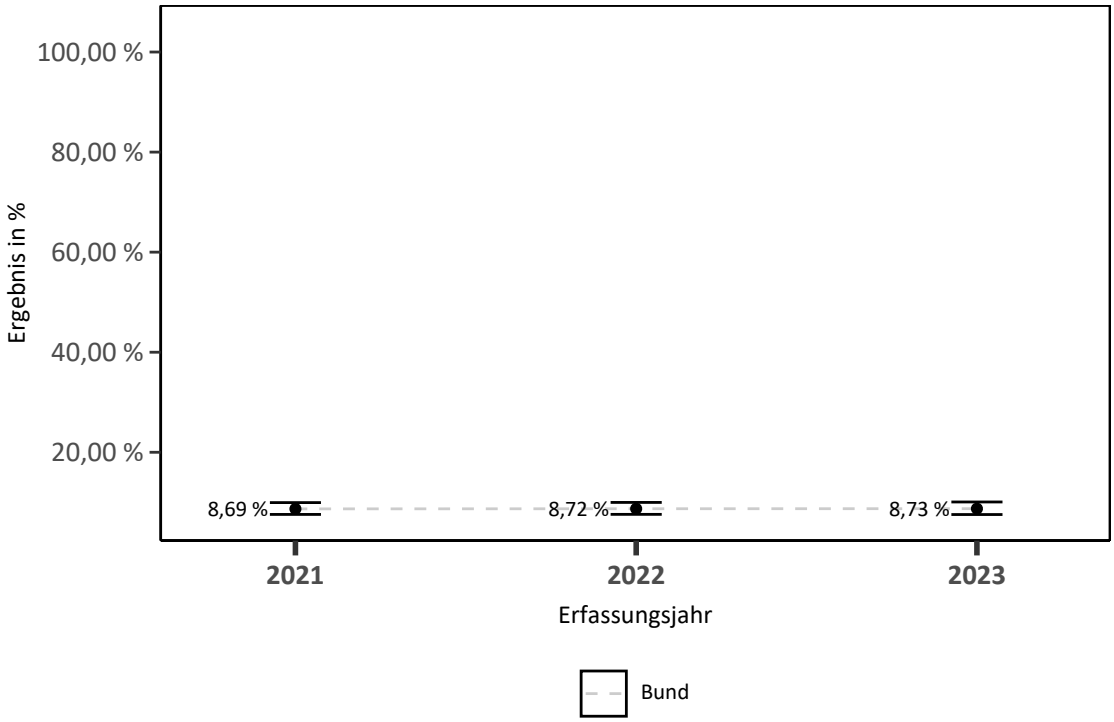
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

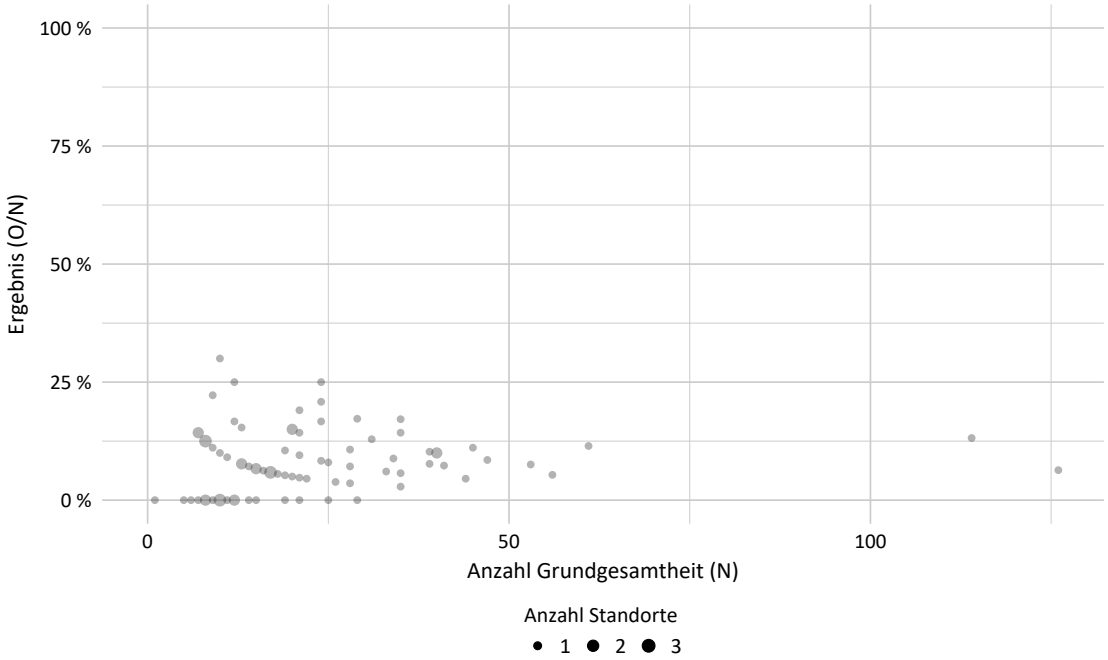
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2021**	190 / 2.186	8,69	7,58 - 9,95
	2022	188 / 2.157	8,72	7,60 - 9,98
	2023	171 / 1.958	8,73	7,56 - 10,07

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	82	0	0,00	30,00	7,43

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

362400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

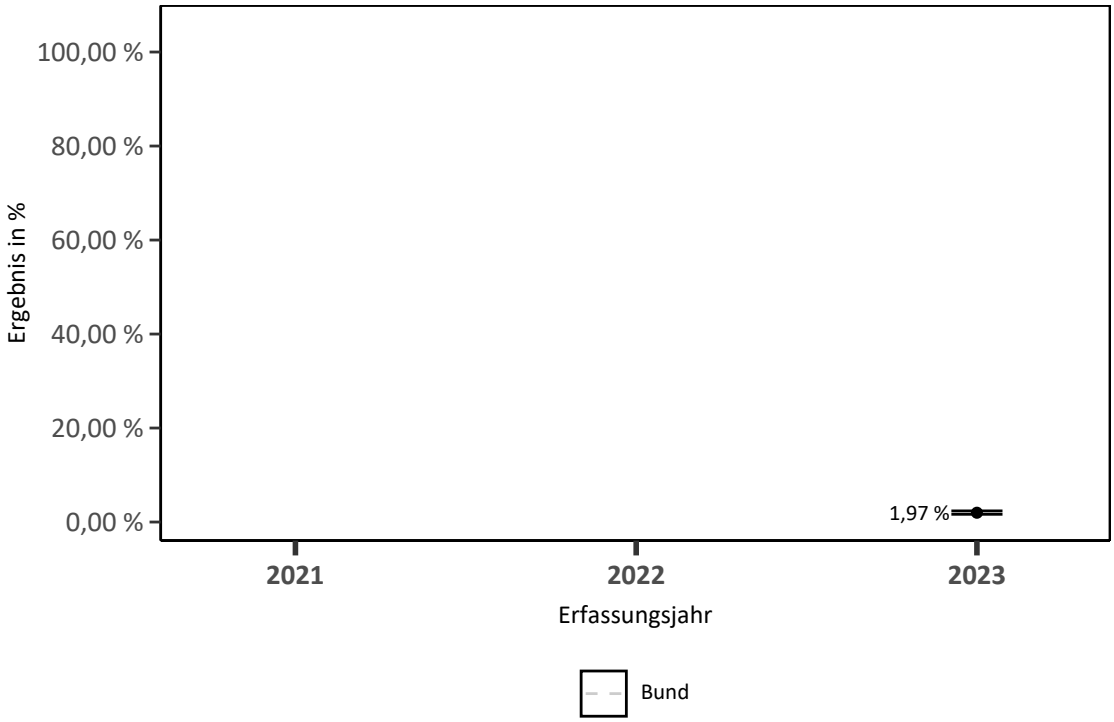
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem koronarchirurgischem Eingriff oder einer perkutanen Koronarintervention (PCI) nach koronarchirurgischem Eingriff oder einem erneuten Aortenklappeneingriff oder einer Prothesenintervention nach Aortenklappeneingriff oder einem erneuten Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

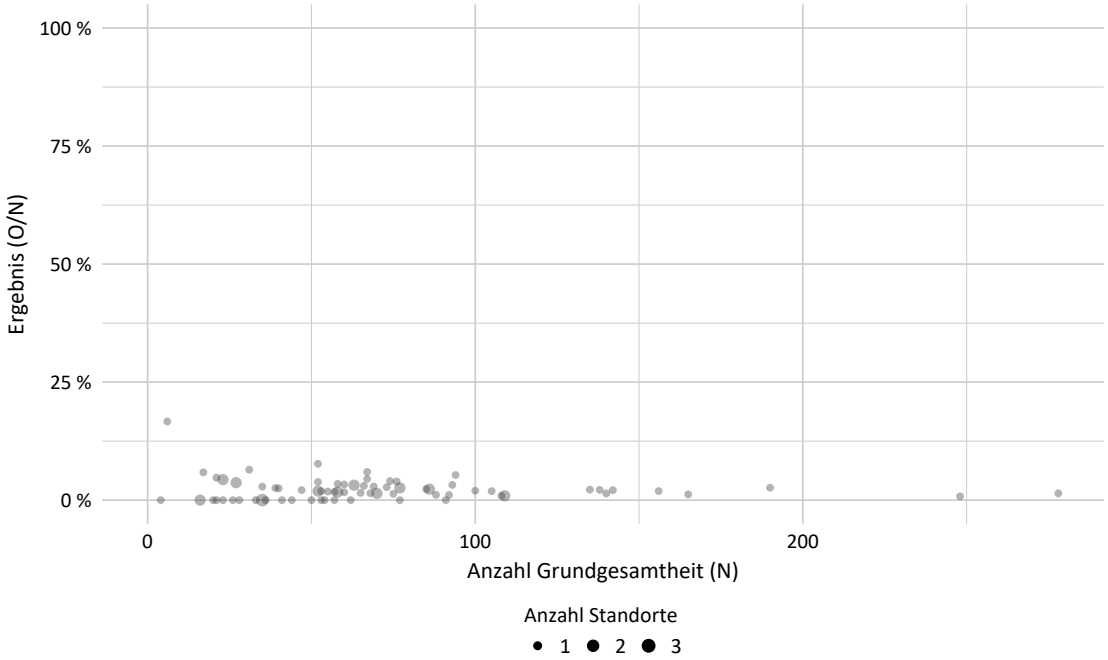
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	113 / 5.727	1,97	1,64 - 2,37

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	83	0	0,00	16,67	1,89

362401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

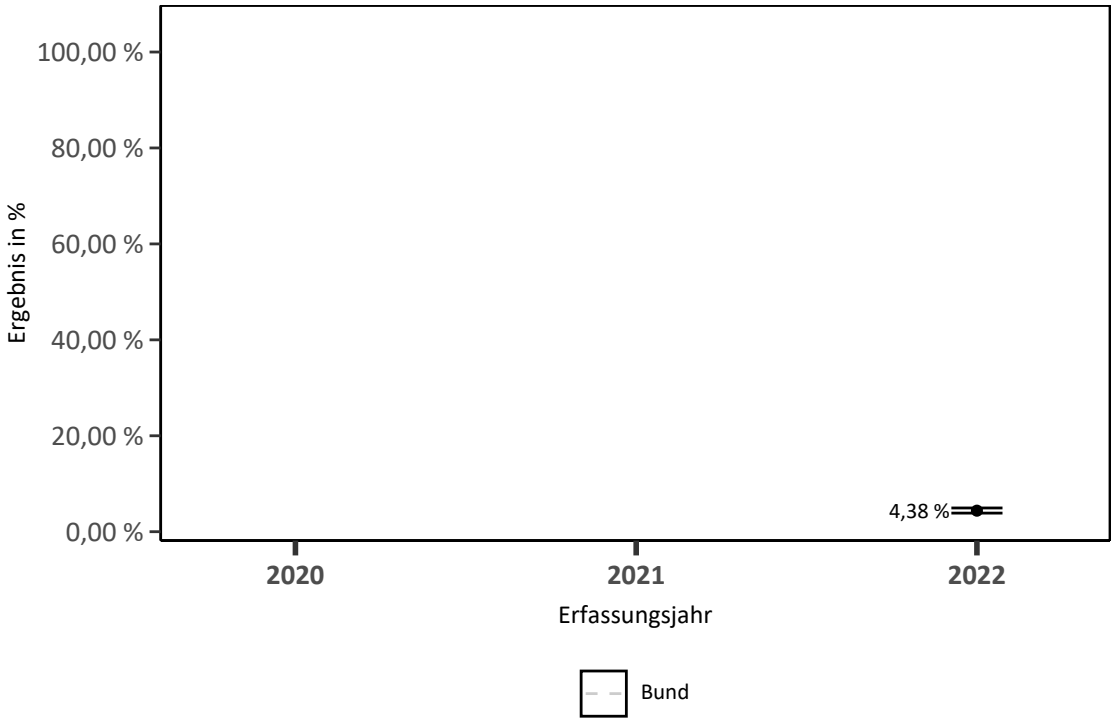
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem koronarchirurgischem Eingriff oder einer perkutanen Koronarintervention (PCI) nach koronarchirurgischem Eingriff oder einem erneuten Aortenklappeneingriff oder einer Prothesenintervention nach Aortenklappeneingriff oder einem erneuten Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

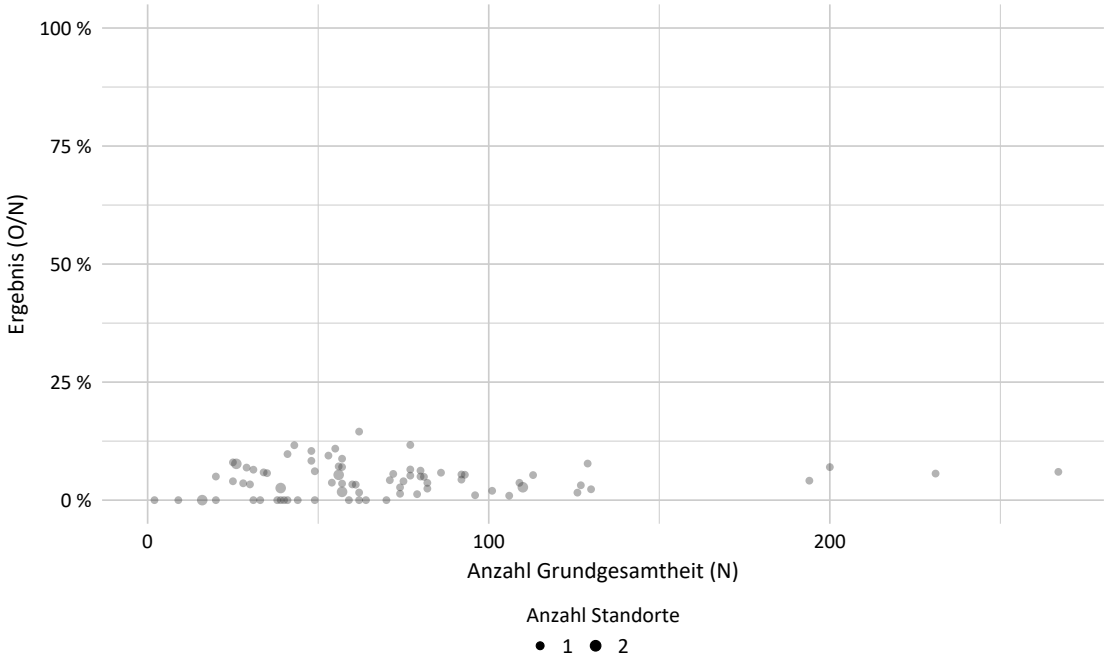
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2020**	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	250 / 5.702	4,38	3,88 - 4,95

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2022	83	0	0,00	14,52	3,70

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

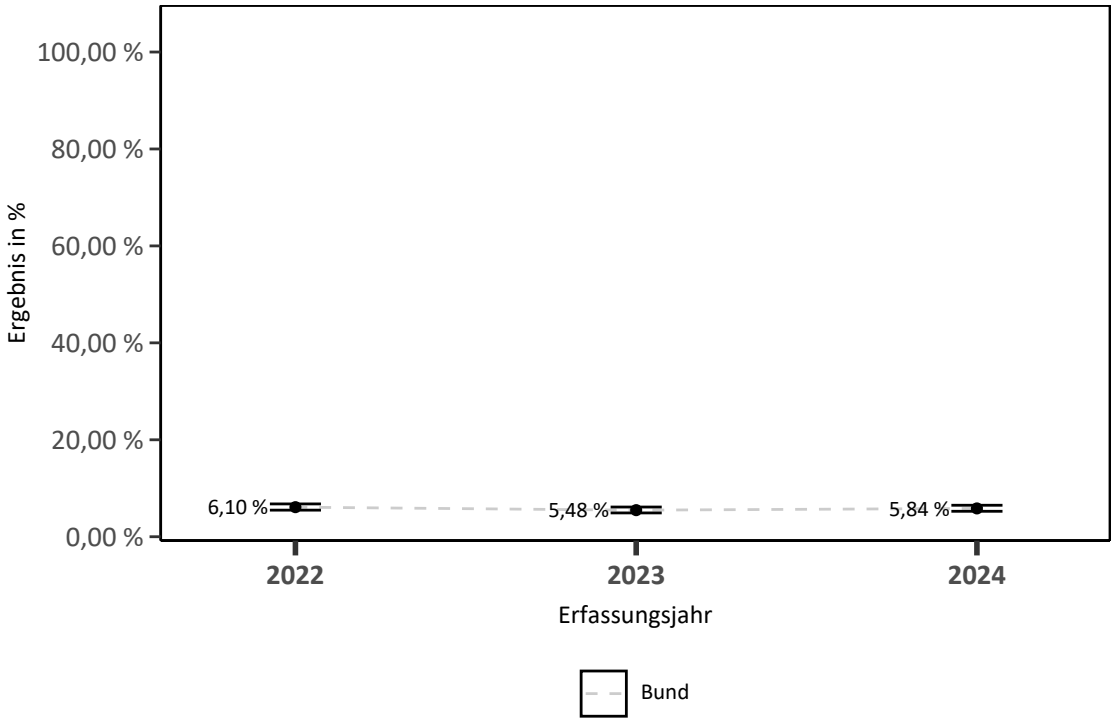
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

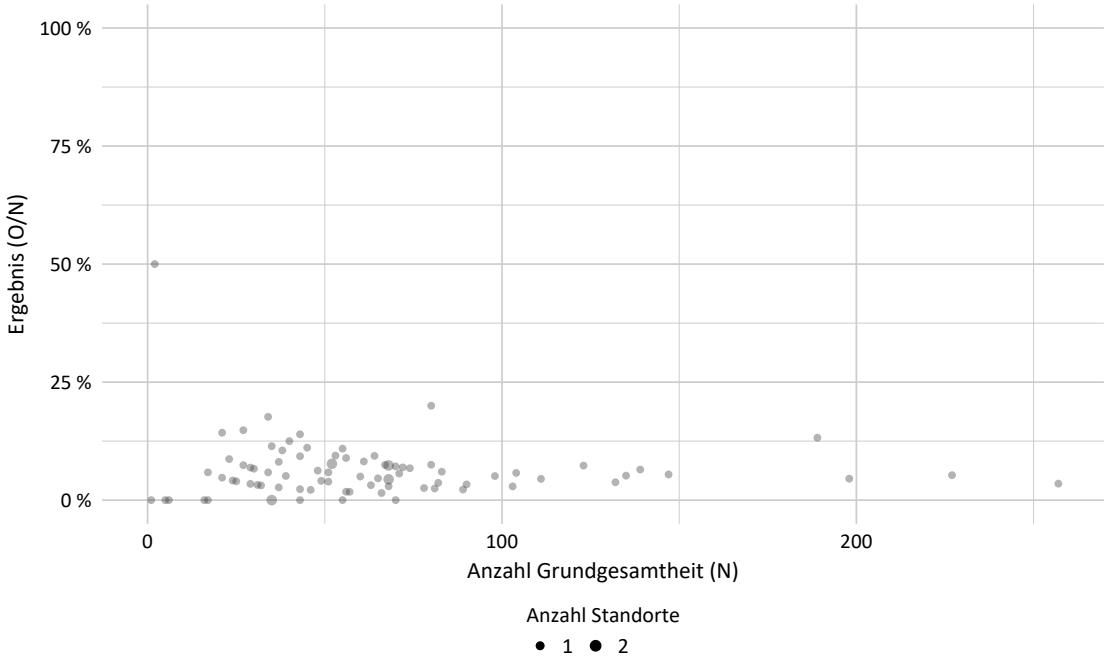
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	327 / 5.365	6,10	5,49 - 6,77
	2023	296 / 5.400	5,48	4,91 - 6,12
	2024	316 / 5.414	5,84	5,24 - 6,49

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	85	0	0,00	50,00	5,19

362019: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KBHK-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Body-Mass-Index (BMI) über 40 Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere Eingriff an der Mitralklappe Interaktion: Mitralklappeneingriff und Reoperation an Herz/Aorta
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

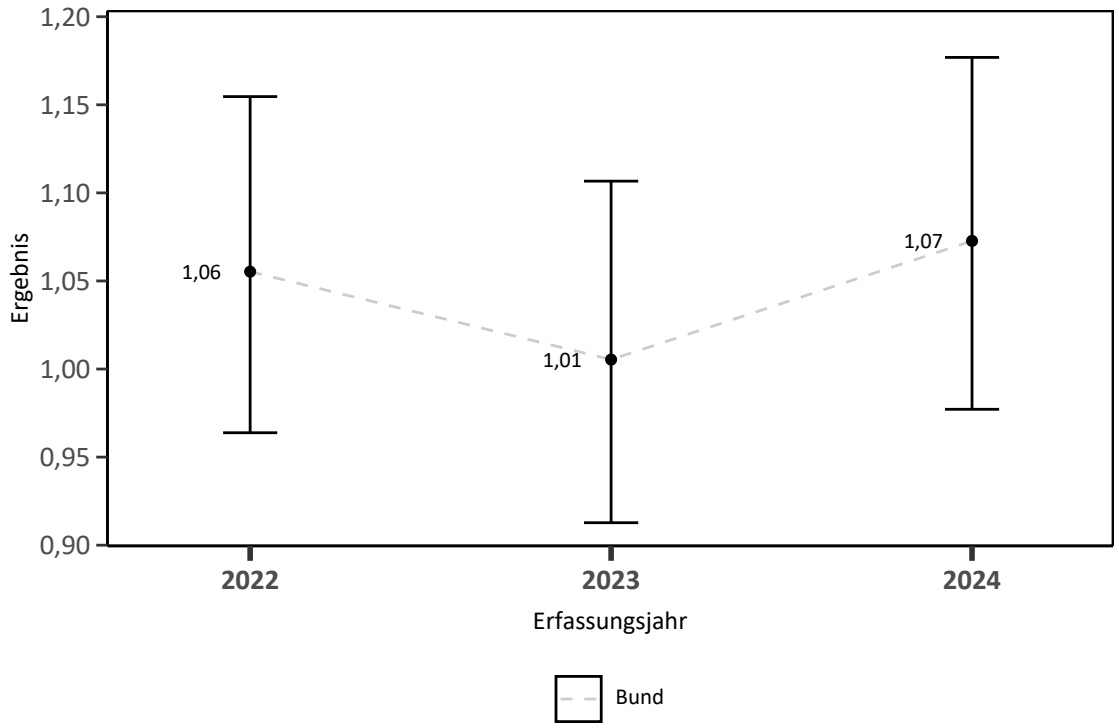
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	5.767	435 / 412,21	1,06	0,96 - 1,15
	2023	5.767	386 / 383,94	1,01	0,91 - 1,11
	2024	5.785	412 / 384,07	1,07	0,98 - 1,18

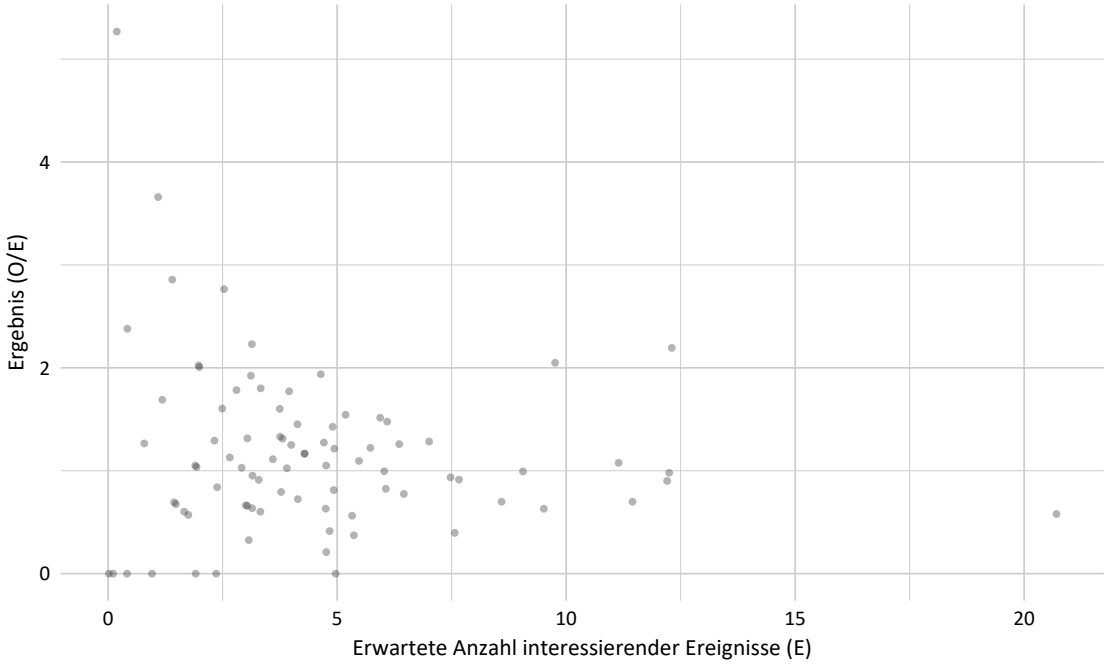
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



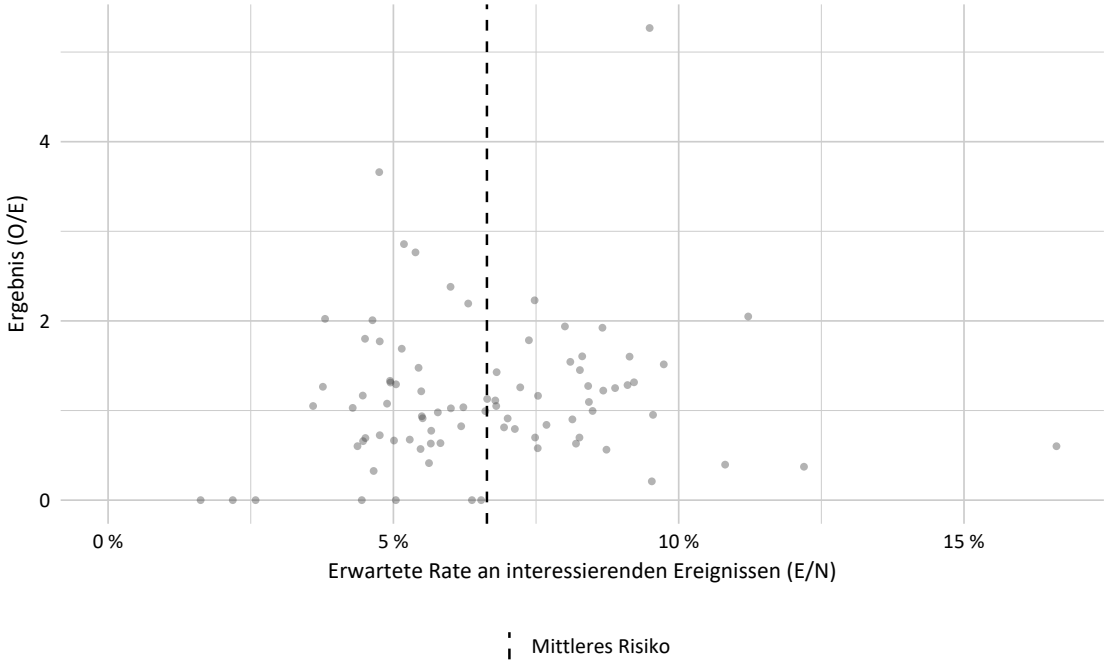
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	85	0	0,00	5,27	1,04

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KBHK-30d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Body-Mass-Index (BMI) über 40 Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere Eingriff an der Mitralklappe Interaktion: Mitralklappeneingriff und Reoperation an Herz/Aorta
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

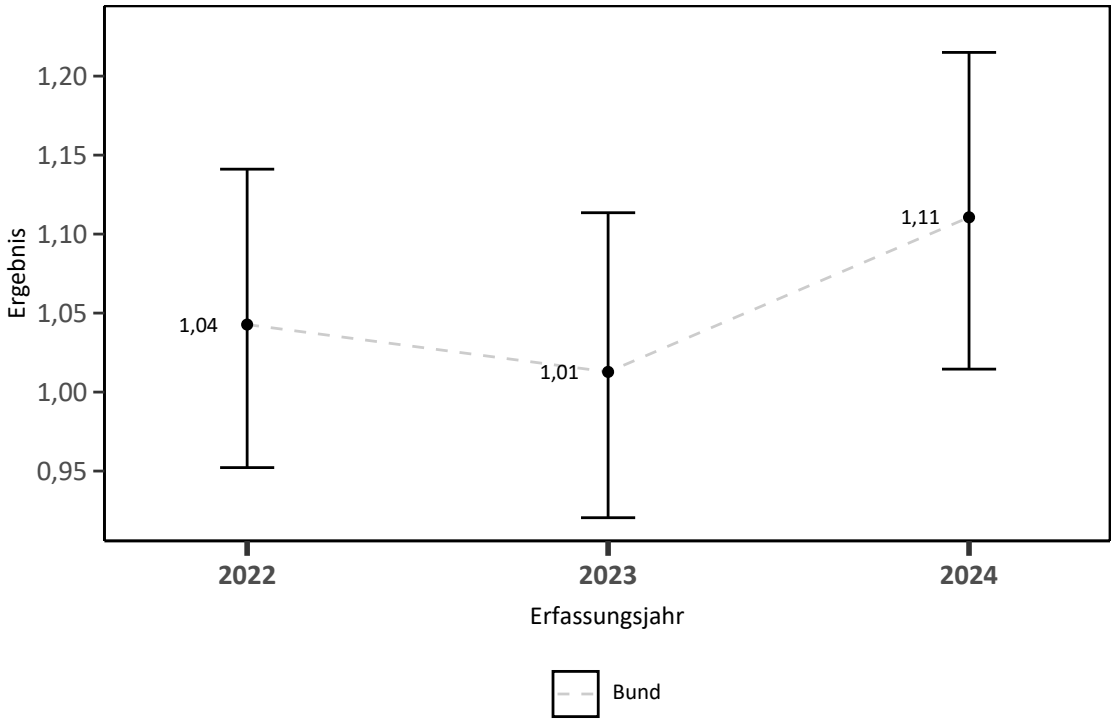
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	5.679	433 / 415,26	1,04	0,95 - 1,14
	2023	5.681	394 / 389,04	1,01	0,92 - 1,11
	2024	5.697	436 / 392,57	1,11	1,01 - 1,21

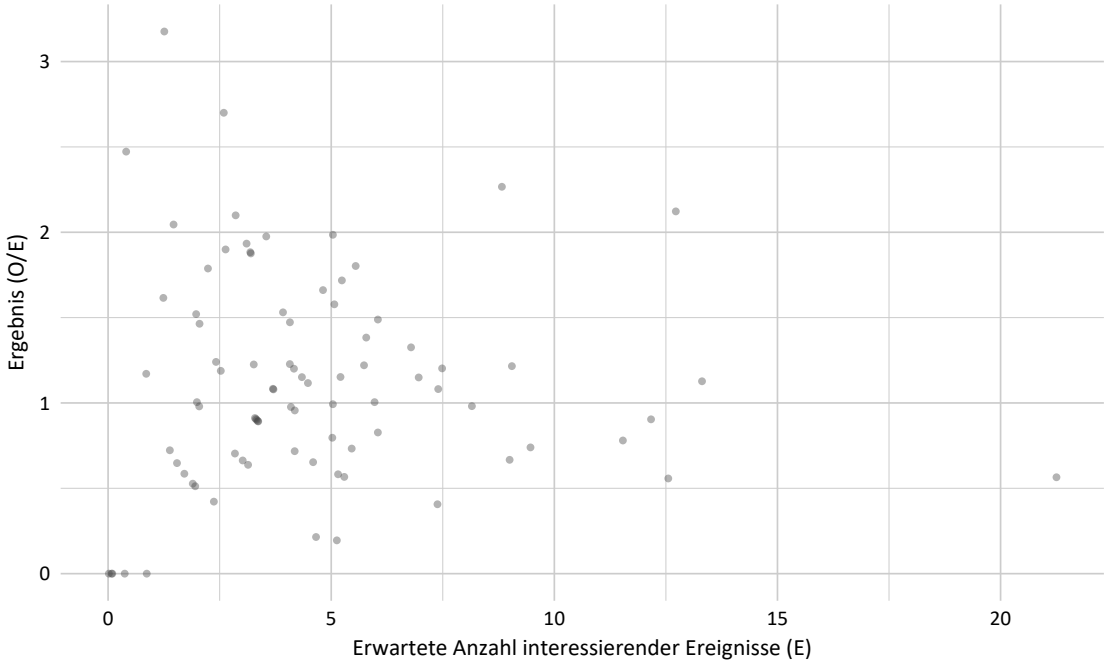
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



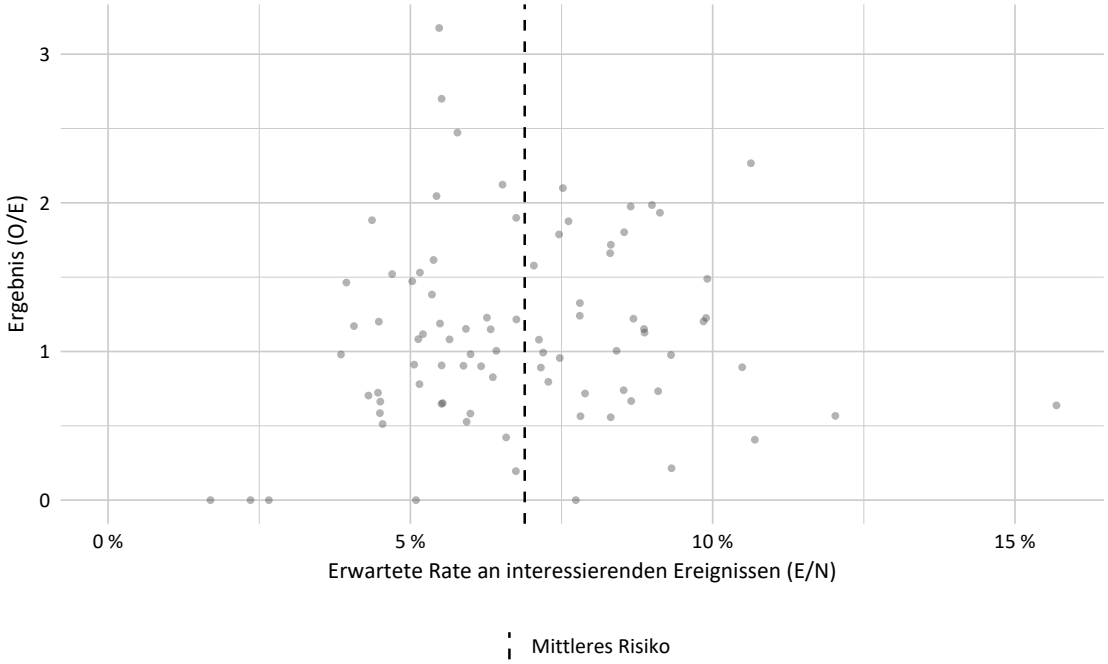
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	85	0	0,00	3,18	1,08

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KBHK-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Body-Mass-Index (BMI) über 40 Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere Eingriff an der Mitralklappe Interaktion: Mitralklappeneingriff und LVEF unter 21 % Interaktion: Mitralklappeneingriff und LVEF zwischen 21 und 30 % Interaktion: Mitralklappeneingriff und LVEF zwischen 31 und 50 %
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

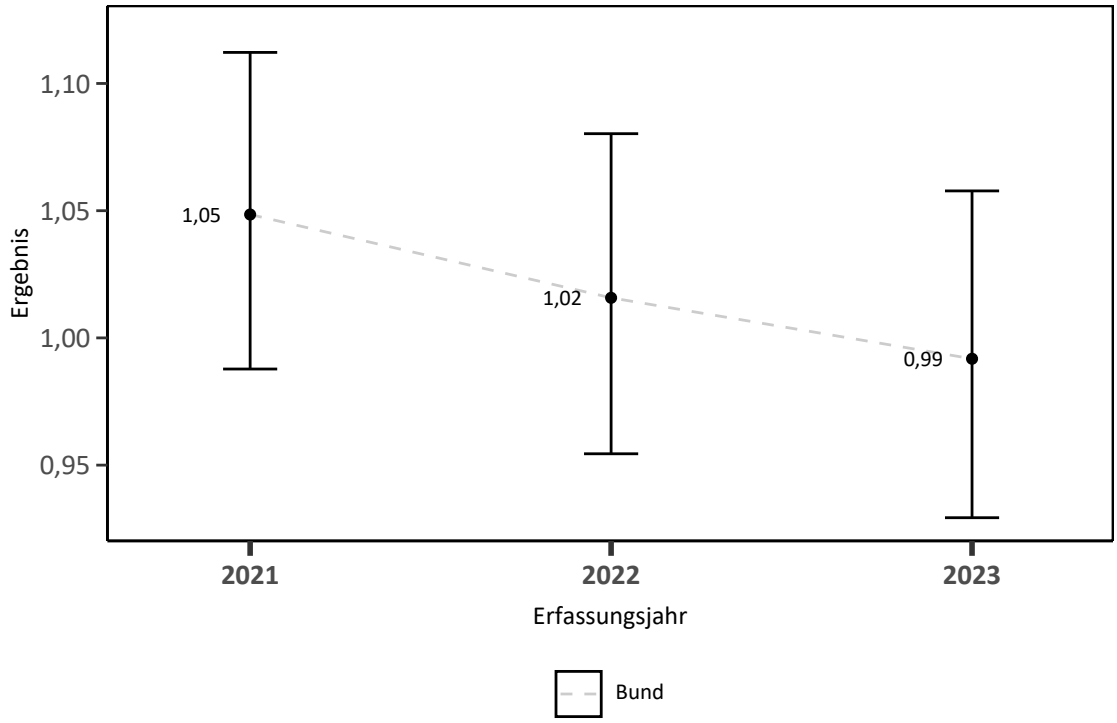
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	5.710	916 / 873,63	1,05	0,99 - 1,11
	2022	5.699	852 / 838,78	1,02	0,95 - 1,08
	2023	5.727	790 / 796,53	0,99	0,93 - 1,06

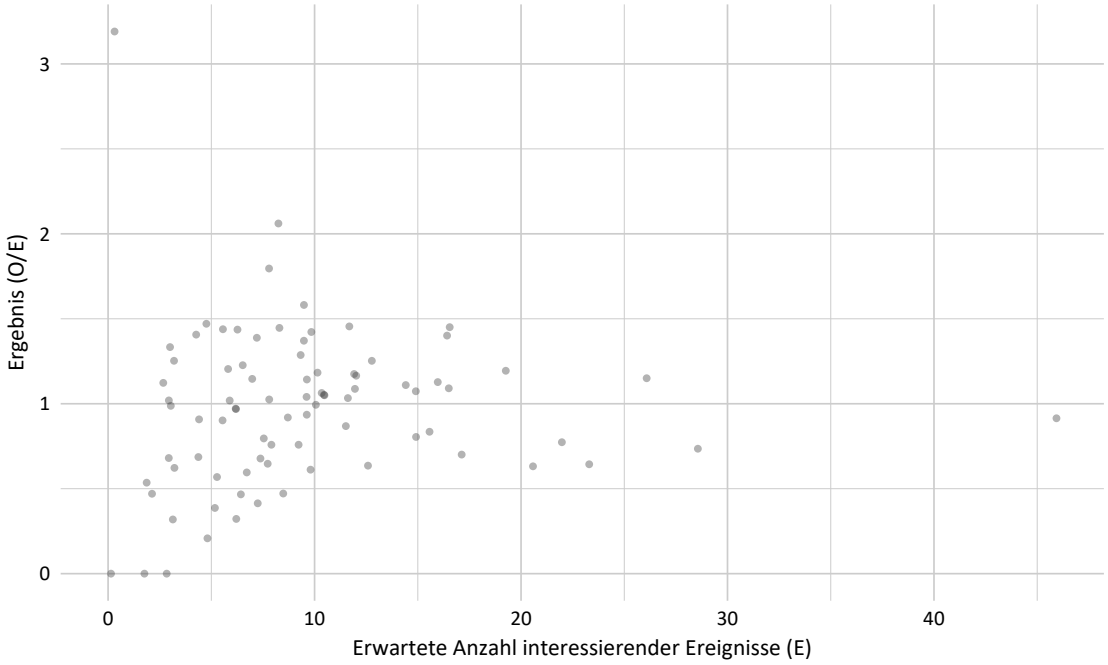
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



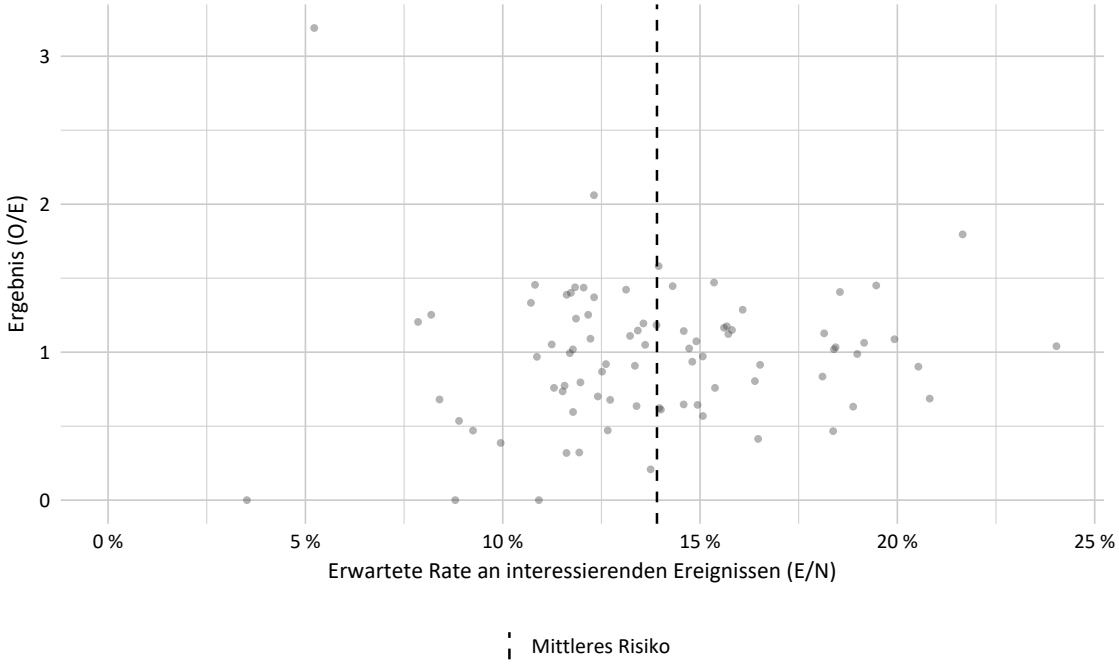
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	83	0	0,00	3,19	1,02

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 36_22051 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden	7,12 % 412/5.785
4.1.1	**ID: 362018** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	5,84 % 316/5.414
4.1.2	ID: 36_22052 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	25,88 % 96/371

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Risikoadjustierung nach logistischem KBHK-Score	
4.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in KBHK-Score Risikoklassen	
4.2.1.1	ID: 36_22053 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,93 % 49/2.541
4.2.1.2	ID: 36_22054 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,65 % 73/1.569
4.2.1.3	ID: 36_22055 Risikoklasse 6 - < 10 %	10,75 % 80/744
4.2.1.4	ID: 36_22056 Risikoklasse ≥ 10 %	22,56 % 210/931
4.2.1.4	ID: 36_22057 Summe KBHK-Score Risikoklassen	7,12 % 412/5.785
4.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in KBHK-Score Risikoklassen	
4.2.2.1	ID: 36_22058 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,86 % 47,35/2.541
4.2.2.2	ID: 36_22059 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,24 % 66,46/1.569
4.2.2.3	ID: 36_22060 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,70 % 57,32/744
4.2.2.4	ID: 36_22061 Risikoklasse ≥ 10 %	22,87 % 212,93/931
4.2.2.5	ID: 36_22062 Summe KBHK-Score Risikoklassen	6,64 % 384,07/5.785

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
4.2.3.1	ID: O_362019 O/N (observed, beobachtet)	7,12 % 412/5.785
4.2.3.2	ID: E_362019 E/N (expected, erwartet)	6,64 % 384,07/5.785
4.2.3.3	**ID: 362019** **O/E**	1,07

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Risikoadjustierung nach logistischem KBHK-30d-Score	
4.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.3.1.1	ID: O_362020 O/N (observed, beobachtet)	7,65 % 436/5.697
4.3.1.2	ID: E_362020 E/N (expected, erwartet)	6,89 % 392,57/5.697
4.3.1.3	**ID: 362020** **O/E**	1,11

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	Risikoadjustierung nach logistischem KBHK-365d-Score	
4.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.4.1.1	ID: O_362021 O/N (observed, beobachtet)	13,79 % 790/5.727
4.4.1.2	ID: E_362021 E/N (expected, erwartet)	13,91 % 796,53/5.727
4.4.1.3	**ID: 362021** **O/E**	0,99

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen / Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	83.586	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal kombiniert an der Koronar- und Herzklappe operiert wurden	5.796	6,93

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	84.128	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	25.305	30,08
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.801	6,90
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	26.832	31,89
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.350	8,74
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	10.002	11,89
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.038	7,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	190	3,28
1. Quartal	1.491	25,72
2. Quartal	1.557	26,86
3. Quartal	1.432	24,71
4. Quartal	1.126	19,43
Entlassungsquartal		
1. Quartal	1.423	24,55
2. Quartal	1.497	25,83
3. Quartal	1.496	25,81
4. Quartal	1.380	23,81

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	373	6,44
8 - 14 Tage	2.744	47,34
15 - 21 Tage	1.328	22,91
22 - 28 Tage	545	9,40
> 28 Tage	806	13,91

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten	5.796
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	3,84
Median	2,00
95. Perzentil	15,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten	5.796
5. Perzentil	5,85
Mittelwert	14,47
Median	11,00
95. Perzentil	36,00
Gesamtverweildauer (Tage)[6]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten	5.796
5. Perzentil	7,00
Mittelwert	18,31
Median	14,00
95. Perzentil	43,00

[4] Dargestellt wird der Abstand zur ersten kombinierten Operation an den Koronarien und den Herzklappen während des stationären Aufenthalts

[5] Dargestellt wird der Abstand zur ersten kombinierten Operation an den Koronarien und den Herzklappen während des stationären Aufenthalts

[6] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	97	1,67
50 – 59 Jahre	640	11,04
60 – 64 Jahre	895	15,44
65 – 69 Jahre	1.362	23,50
70 – 74 Jahre	1.531	26,41
75 – 79 Jahre	848	14,63
80 – 89 Jahre	422	7,28
≥ 90 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten	5.796
5. Perzentil	55,00
25. Perzentil	64,00
Mittelwert	68,53
Median	69,00
75. Perzentil	74,00
95. Perzentil	81,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
Geschlecht		
(1) männlich	4.516	77,92
(2) weiblich	1.280	22,08
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 5.721**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	44	0,77
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	1.563	27,32
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	2.258	39,47
Adipositas (≥ 30)	1.856	32,44

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	365	6,30
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	1.776	30,64
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	3.113	53,71
(IV) Beschwerden in Ruhe	542	9,35
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	1.792	30,92
(1) ja	4.004	69,08
Angina Pectoris		
(0) nein	2.350	40,55
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	430	7,42
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	1.477	25,48
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	1.260	21,74
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	279	4,81
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	4.348	75,02
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	392	6,76
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	461	7,95
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	158	2,73
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	396	6,83
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	25	0,43
(9) unbekannt	16	0,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	4.630	79,88
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	328	5,66
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	483	8,33
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	340	5,87
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	12	0,21
(9) unbekannt	≤3	x
Reanimation		
(0) nein	5.670	97,83
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	53	0,91
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	24	0,41
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	47	0,81
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0	0,00
(9) unbekannt	≤3	x

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	1.813
5. Perzentil	18,00
Mittelwert	37,24
Median	35,00
95. Perzentil	65,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	3.983	68,72
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	4.779	82,45
(2) Vorhofflimmern	881	15,20
(9) anderer Rhythmus	136	2,35
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	4.416	76,19
(1) paroxysmal	788	13,60
(2) persistierend	379	6,54
(3) permanent	213	3,67
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	5.542	95,62
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	173	2,98
(2) Schrittmacher mit CRT-System	25	0,43
(3) Defibrillator ohne CRT-System	36	0,62
(4) Defibrillator mit CRT-System	20	0,35

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[7]		
(1) normaler, gesunder Patient	30	0,52
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	299	5,16
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	3.517	60,68
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	1.850	31,92
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	100	1,73

[7] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
LVEF		
< 15%	12	0,21
15 - 30%	524	9,04
31 - 50%	2.110	36,40
> 50%	2.867	49,47
LVEF unbekannt	283	4,88
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	5.513
5. Perzentil	25,00
Mittelwert	50,04
Median	52,00
95. Perzentil	66,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	120	2,07
(1) 1-Gefäßerkrankung	1.179	20,34
(2) 2-Gefäßerkrankung	1.413	24,38
(3) 3-Gefäßerkrankung	3.079	53,12
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	228	4,02
(1) ja, operativ	5.426	95,68
(2) ja, interventionell	17	0,30
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	5	0,09
Hauptstammstenose		
(0) nein	4.622	79,74
(1) ja, gleich oder größer 50%	1.174	20,26

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	5.398	93,13
(1) ja	398	6,87
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	5.557	95,88
(1) eine	219	3,78
(2) zwei	17	0,29
(3) drei	≤3	x
(4) vier	0	0,00
(5) fünf oder mehr	0	0,00
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	0	0,00
(9) unbekannt	0	0,00

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
akute Infektionen[8]		
(0) keine	5.320	91,79
(1) Mediastinitis	≤3	x
(2) Sepsis	29	0,50
(3) broncho-pulmonale Infektion	104	1,79
(4) oto-laryngologische Infektion	≤3	x
(5) floride Endokarditis	303	5,23
(6) Peritonitis	≤3	x
(7) Wundinfektion Thorax	≤3	x
(8) Pleuraempym	0	0,00
(9) Venenkatheterinfektion	≤3	x
(10) Harnwegsinfektion	36	0,62
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	9	0,16
(12) HIV-Infektion	≤3	x
(13) Hepatitis B oder C	6	0,10
(18) andere Wundinfektion	5	0,09
(88) sonstige Infektion	42	0,72
Diabetes mellitus		
(0) nein	3.735	64,44
(1) ja, diätetisch behandelt	216	3,73
(2) ja, orale Medikation	1.121	19,34
(3) ja, mit Insulin behandelt	674	11,63
(4) ja, unbehandelt	25	0,43
(9) unbekannt	25	0,43

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	4.447	76,73
(1) ja	1.322	22,81
davon:[9]		
periphere AVK	626	47,35
Arteria Carotis	576	43,57
Aortenaneurysma	178	13,46
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	337	25,49
(9) unbekannt	27	0,47
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	4.760	82,13
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	366	6,31
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	288	4,97
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	365	6,30
(9) unbekannt	17	0,29

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	5.179	89,35
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	389	6,71
(2) ja, ZNS, andere	108	1,86
(3) ja, peripher	96	1,66
(4) ja, Kombination	6	0,10
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	176	44,56
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	89	22,53
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	76	19,24
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	42	10,63
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	8	2,03
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	4	1,01
(9) unbekannt	18	0,31
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	5.607	96,74
(1) akut	38	0,66
(2) chronisch	151	2,61

[8] Mehrfachnennung möglich
[9] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	5.607
5. Perzentil	0,70
Mittelwert	1,09
Median	1,00
95. Perzentil	1,80
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[11]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	5.607
5. Perzentil	61,88
Mittelwert	96,63
Median	88,40
95. Perzentil	159,12

[10] (letzter Wert vor OP)
[11] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen - davon mit koronarchirurgischem Eingriff	**N = 5.801**	
Operation[12]		
(5-361.*) Anlegen eines aortokoronaren Bypass	5.699	98,24
(5-361.*3) Anlegen eines aortokoronaren Bypass - mit Arterien	4.568	78,75
(5-361.*7 oder 5-361.*8) Anlegen eines aortokoronaren Bypass - mit Venen	3.933	67,80
(5-362.*) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik	117	2,02
(5-362.*3) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik - mit Arterien	89	1,53
(5-362.*7 oder 5-362.*8) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik - mit Venen	62	1,07
(5-363.*) Andere Revaskularisation des Herzens	114	1,97

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen - davon mit Eingriff an der Aortenklappe	**N = 4.082**	
Operation[13]		
(5-351.0*) Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe	3.898	95,49
(5-352.0*) Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe	121	2,96
(5-35a.0*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz	15	0,37
(5-35a.01 oder 5-35a.02) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz - transapikal	0	0,00
(5-35a.03 oder 5-35a.04) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz - endovaskulär	0	0,00

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen - davon mit Eingriff an der Mitralklappe	**N = 1.990**	
Operation[14]		
(5-350.2 oder 5-350.3) Valvulotomie: Mitralklappe	≤3	x
(5-351.1*) Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe	918	46,13
(5-352.1*) Wechsel von Herzklappenprothesen: Mitralklappe	27	1,36
(5-353.1 oder 5-353.2) Valvuloplastik: Mitralklappe	1.037	52,11
(5-354.1*) Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe	289	14,52
(5-35a.3*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz	0	0,00
(5-35a.30) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz - endovaskulär	0	0,00
(5-35a.31 oder 5-35a.32) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz - transapikal	0	0,00
(5-35a.4*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion	≤3	x
(5-35a.40) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transarteriell	0	0,00
(5-35a.41) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transvenös	≤3	x
(5-35a.42) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transapikal	0	0,00
(8-837.a1) Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Mitralklappe	0	0,00

[14] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.801**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	4.353	75,04
(1) ja	1.448	24,96
davon:[15]		
Eingriff an der Trikuspidalklappe	357	24,65
Eingriff an der Pulmonalklappe	5	0,35
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	165	11,40
Vorhofablation	360	24,86
Eingriff an herznahen Gefäßen	142	9,81
Herzohrverschluss/-amputation	865	59,74
interventioneller Koronareingriff (PCI)	6	0,41
sonstige	264	18,23

[15] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.801**	
Konversionseingriff		
(0) nein	5.717	98,55
(1) ja	84	1,45
Zugang (KC / AORT / MKE)		
(1) konventionelle Sternotomie	5.759	99,28
(2) minimalinvasiver operativer Zugang	48	0,83
(3) endovaskulärer Zugang, arteriell	-	-
(4) endovaskulärer Zugang, venös	-	-
(5) transapikaler Zugang	-	-

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.801**	
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	4.590	79,12
(1) ja	1.211	20,88
Dringlichkeit		
(1) elektiv	3.993	68,83
(2) dringlich	1.431	24,67
(3) Notfall	333	5,74
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	44	0,76
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	5.710	98,43
(1) ja	91	1,57
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	4.723	81,42
(1) ja	1.078	18,58
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	5.543	95,55
(1) ja	258	4,45
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	5.739	98,93
(1) ja, IABP	15	0,26
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	29	0,50
(3) ja, andere	18	0,31

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.801**	
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	5.641	97,24
(2) bedingt aseptische Eingriffe	57	0,98
(3) kontaminierte Eingriffe	6	0,10
(4) septische Eingriffe	97	1,67

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl kombinierter Operationen an den Koronarien und den Herzklappen mit Angabe von Werten > 0 und < 999	5.801
5. Perzentil	160,00
Mittelwert	270,58
Median	259,00
95. Perzentil	421,00

präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.801**	
Stenose		
(0) nein	599	10,33
(1) ja	3.483	60,04
Insuffizienz		
(0) nein	2.016	34,75
(1) ja	2.066	35,61

präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.801**	
auffällige Morphologie der Mitralklappe (inkl. Mitralklappenring oder -halteapparat)		
(0) nein	609	10,50
(1) ja	1.381	23,81
davon:[16]		
Segelprolaps	766	55,47
Verdickung	440	31,86
Verkalkung/Sklerosierung	518	37,51
Vegetationen	164	11,88
Kommissurenfusionen	65	4,71

[16] Mehrfachnennung möglich

Dosis-Flächen-Produkt

	Bund (gesamt)
Dosis-Flächen-Produkt ((cGy)* cm²)	
Anzahl kombinierter Operationen an den Koronarien und den Herzklappen mit Angabe von Werten > 0 und < 999.999	23
5. Perzentil	2,00
Mittelwert	20.376,43
Median	820,00
95. Perzentil	339.203,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.801**	
Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt)	886	15,27
dokumentierter Wert 0	456	7,86

Kontrastmittelmenge

	Bund (gesamt)
Kontrastmittelmenge (ml)	
Anzahl kombinierter Operationen an den Koronarien und den Herzklappen mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 999	16
5. Perzentil	28,00
Mittelwert	80,00
Median	60,00
95. Perzentil	207,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.801**	
kein Kontrastmittel appliziert oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (kein Kontrastmittel appliziert)	453	7,81
dokumentierter Wert 0	0	0,00

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.801**	
intraprozedurale Komplikationen		
(0) nein	5.539	95,48
(1) ja	180	3,10
davon:[17]		
Device-Fehlpositionierung	4	2,22
Koronarostienverschluss	14	7,78
Aortendissektion	≤3	x
Aortenregurgitation > = 2. Grades	4	2,22
Annulus-Ruptur	7	3,89
Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	5	2,78
davon:		
(1) ohne Therapiebedarf	≤3	x
(2) mit Therapiebedarf	≤3	x
Perikardtamponade	≤3	x
kardiale Dekompensation	45	25,00
Hirnembolie	0	0,00
Rhythmusstörungen	25	13,89
Device-Embolisation	≤3	x
vaskuläre Komplikation	21	11,67
Low Cardiac Output	106	58,89
davon: Therapie des Low Cardiac Output		
(0) keine Therapie erforderlich	≤3	x
(1) medikamentös	13	12,26
(2) IABP	7	6,60

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.801**	
(3) VAD	4	3,77
(4) ECMO	65	61,32
(9) sonstige	16	15,09
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	44	24,44
davon:		
(1) schwerwiegend	29	65,91
(2) lebensbedrohlich	15	34,09
Patient verstarb im OP/Katheterlabor	9	5,00
Konversion		
(0) nein	5.782	99,67
(1) ja, zu Sternotomie	19	0,33
(2) ja, zu transapikal	0	0,00
(3) ja, zu endovaskulär	0	0,00
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	≤3	x
(2) intraprozedurale Komplikationen	10	52,63
(9) sonstige	7	36,84

[17] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung		
(0) nein	62	1,07
(1) ja	1.906	32,88
(2) kein prothetisches Material am Herzen verwendet	26	0,45
geplantes funktionelles Ergebnis erreicht		
(0) nein	66	1,14
(1) akzeptables Ergebnis	228	3,93
(2) optimales Ergebnis	1.700	29,33
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	5.696	98,27
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	93	1,60
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	7	0,12
Reanimation		
(0) nein	5.573	96,15
(1) ja	223	3,85
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	5.335	92,05
(1) ja	461	7,95
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	5.030	86,78
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	313	5,40
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	392	6,76
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	61	1,05

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	5.771	99,57
(1) ja	25	0,43
Perikardtamponade		
(0) nein	5.548	95,72
(1) ja	248	4,28
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	5.346	92,24
(1) schwerwiegend	307	5,30
(2) lebensbedrohlich	143	2,47
Mediastinitis[18]		
(0) nein	5.769	99,53
(1) ja	27	0,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	5.560	95,93
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	179	3,09
(2) ja, ZNS, andere	57	0,98
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	42	17,80
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	29	12,29
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	44	18,64
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	38	16,10
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	27	11,44
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	32	13,56
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	24	10,17

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	5.394	93,06
(1) ja	402	6,94
davon:[19]		
Infektion(en)	106	26,37
Sternuminstabilität	73	18,16
Gefäßruptur	≤3	x
Dissektion	4	1,00
therapierelevante Blutung/Hämatom	222	55,22
Ischämie	35	8,71
AV-Fistel	0	0,00
Aneurysma spurium	≤3	x
sonstige	63	15,67
mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		
(0) nein	5.684	98,07
(1) ja	31	0,53
paravalvuläre Leckage		
(0) nein	5.686	98,10
(1) ja	29	0,50

[18] nach den KISS-Definitionen
[19] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	5.320	91,79
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	363	6,26
(2) Schrittmacher mit CRT-System	33	0,57
(3) Defibrillator ohne CRT-System	51	0,88
(4) Defibrillator mit CRT-System	29	0,50

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.796**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	2.832	48,86
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	96	1,66
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	8	0,14
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	22	0,38
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.564	26,98
(07) Tod	417	7,19
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[20]	35	0,60
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	811	13,99
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	6	0,10
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[21]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[22]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[23]		
(1) ja	0	0,00

[20] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[21] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[22] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[23] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-MK-CHIR: Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 14

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 15

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 17

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 17

402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 17

402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 20

402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 24

402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 27

Details zu den Ergebnissen 30

402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres 33

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 36

402008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 36

402009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 39

Gruppe: Sterblichkeit 42

402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 42

402011: Sterblichkeit im Krankenhaus 45

402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 49

402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 53

Details zu den Ergebnissen 57

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 59
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 59
852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 59
Basisauswertung ... 61
Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 61
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 62
Patientin / Patient ... 64
Body Mass Index (BMI) ... 65
Anamnese / präoperative Befunde ... 66
Kardiale Befunde ... 69
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 71
Weitere Begleiterkrankungen ... 72
Operation / Prozedur ... 76
OP-Basisdaten ... 76
präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung ... 79
Intraprozedurale Komplikationen ... 80
Postoperativer Verlauf ... 82
Entlassung / Verlegung ... 86

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden Daten der Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert. In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für die definierte Patientin bzw. den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die (sozialdatenbasierte) Qualitätsindikatoren-Berechnung nicht ausgewertet werden bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatendatensätzen berichtet.

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2023 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2022).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2024 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	76.161 76.125 36	75.592	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	243		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	266	268	99,25
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	229	232	98,71

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2024 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) 2024
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) 2024
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) 2024
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) 2024
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) 2024

Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.508 10.502 6	10.504	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	96	97,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	79	100,00

Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.117 10.109 8	9.988	101,29
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	91	90	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	9.561 9.554 7	10.136	94,33
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	90	90	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	75	101,33

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.586	98,71 N = 82.510

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.261	99,47 N = 80.828

Erfassungsjahr 2022	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	76.125	99,36 N = 75.635

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Im Folgenden finden sich sämtliche Qualitätsindikatoren deren Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt wurden. Dies sind Qualitätsindikatoren, deren Qualitätsmerkmale gemäß den angewandten Kriterien der Verfahrensüberprüfung (Beschluss des G-BA über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen

Qualitätssicherung vom 21. April 2022) und der daran anknüpfenden Verfahrenspflege nicht mehr zur Qualitätssicherung geeignet und zur Streichung empfohlen sind oder bei denen nach Überprüfung ein grundlegender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde:

• Sterblichkeit im Krankenhaus (382006)
• Sterblichkeit innerhalb eines Jahres (382008)

Desweiteren erfolgte für die Qualitätsindikatoren Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen (382003) und Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres (382004) ebenfalls die Aussetzung der Referenzbereiche. Diese Qualitätsindikatoren werden nach Zusammenlegung aller bisherigen Qualitätsindikatoren zu RE-Eingriffen in diesem Jahr das erste Mal in dieser Form ausgewertet, so dass für diese ein Stellungnahmeverfahren erst im nächsten Jahr vorgesehen ist.

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	≤ 21,14 % (95. Perzentil)	11,36 % O = 674 N = 5.935
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,04 (95. Perzentil)	1,12 O/E = 206 / 184,30 N = 5.402
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	0,87 % O = 51 N = 5.848
Gruppe: Sterblichkeit			
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	3,04 % O = 173 N = 5.685
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	1,05 O/E = 247 / 236,35 N = 5.935
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,29 (95. Perzentil)	1,03 O/E = 271 / 264,32 N = 5.848

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	0,63 % O = 31 N = 4.899
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	9,86 % O = 547 N = 5.549
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	5,41 % O = 300 N = 5.549
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	2,49 % O = 138 N = 5.549
Gruppe: Sterblichkeit			
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	0,96 O/E = 453 / 470,17 N = 5.549

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden hingegen auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,04 % 10.508 / 10.504	5,21 % 5 / 96

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

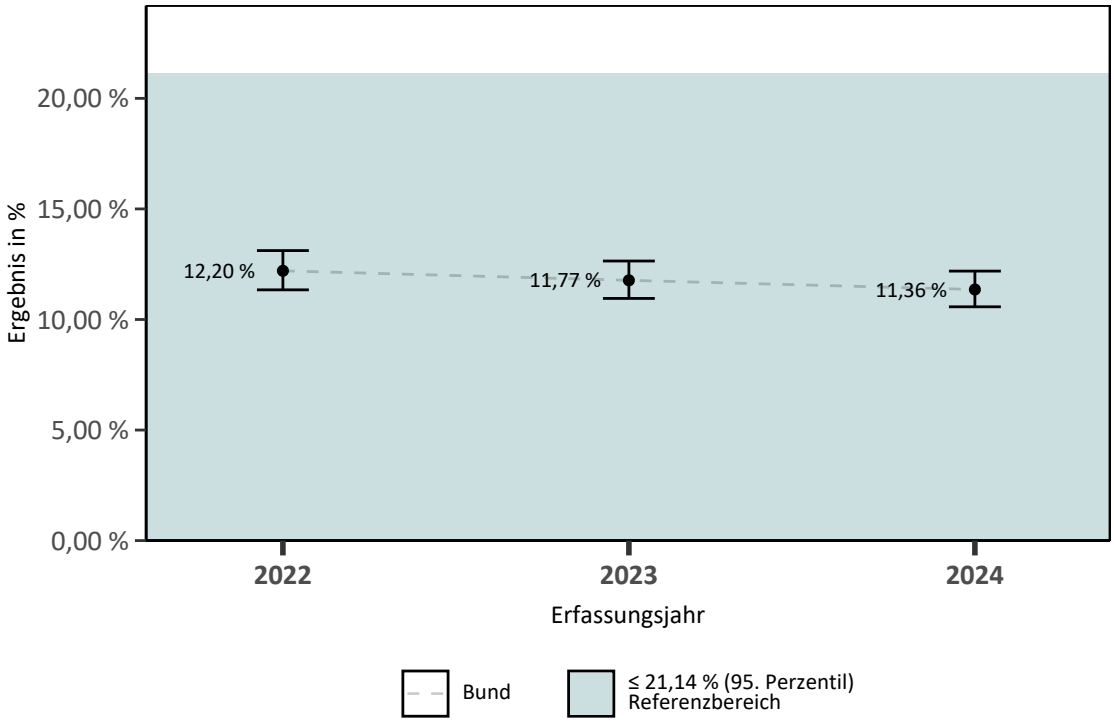
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Referenzbereich	≤ 21,14 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

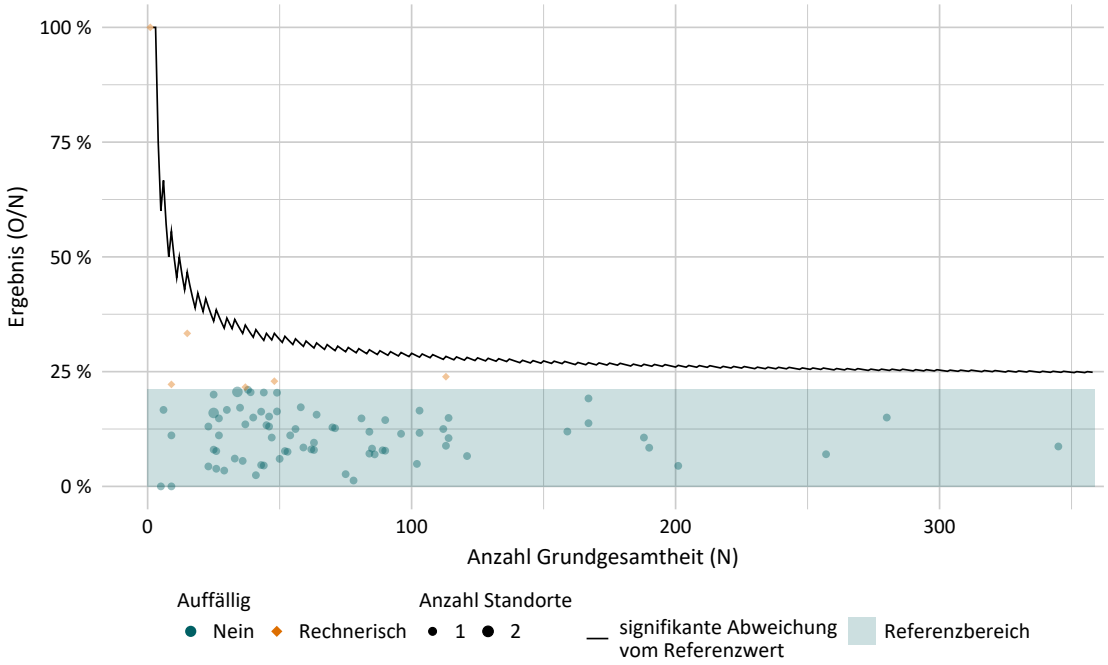
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	637 / 5.221	12,20	11,34 - 13,12
	2023	657 / 5.581	11,77	10,95 - 12,64
	2024	674 / 5.935	11,36	10,57 - 12,19

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	6	0,00	100,00	11,90

402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit präoperativ nicht nachweisbarem neurologischem Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKChirScore für ID 402003.
Referenzbereich	≤ 3,04 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Notfall Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Arterielle Gefäßerkrankung Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

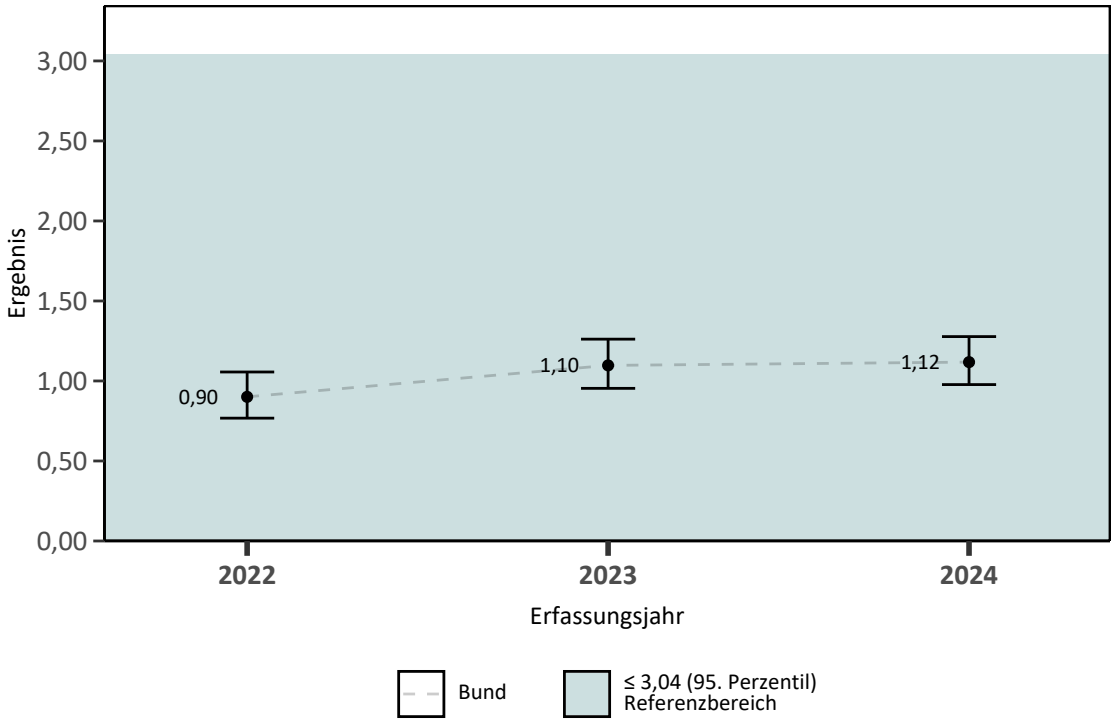
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	4.761	146 / 162,09	0,90	0,77 - 1,06
	2023	5.031	189 / 172,23	1,10	0,95 - 1,26
	2024	5.402	206 / 184,30	1,12	0,98 - 1,28

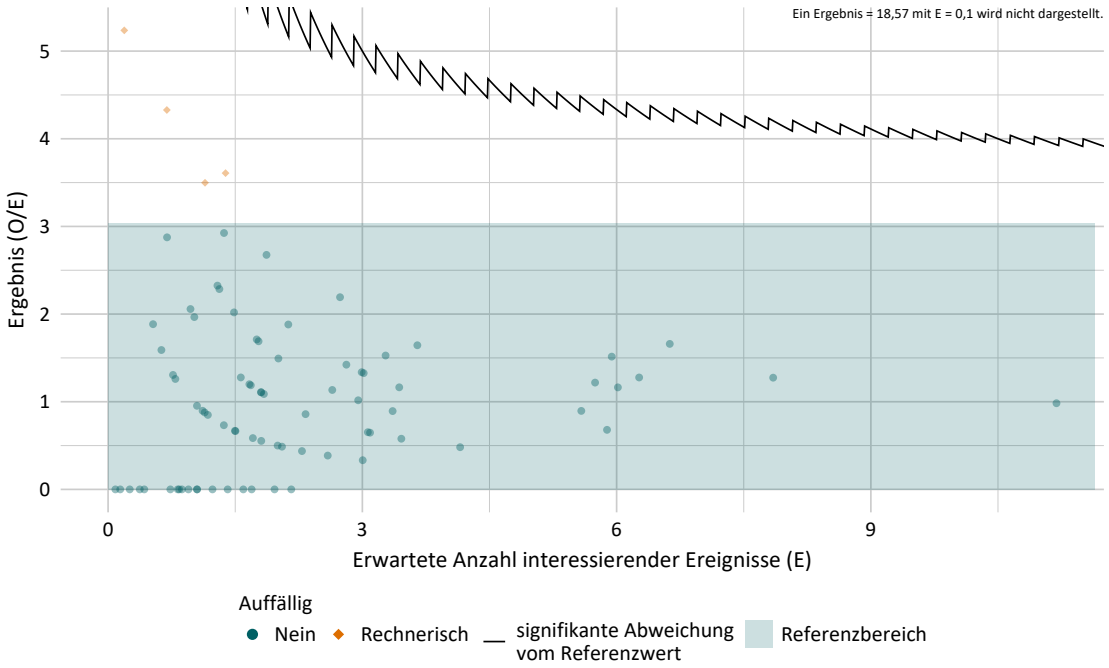
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



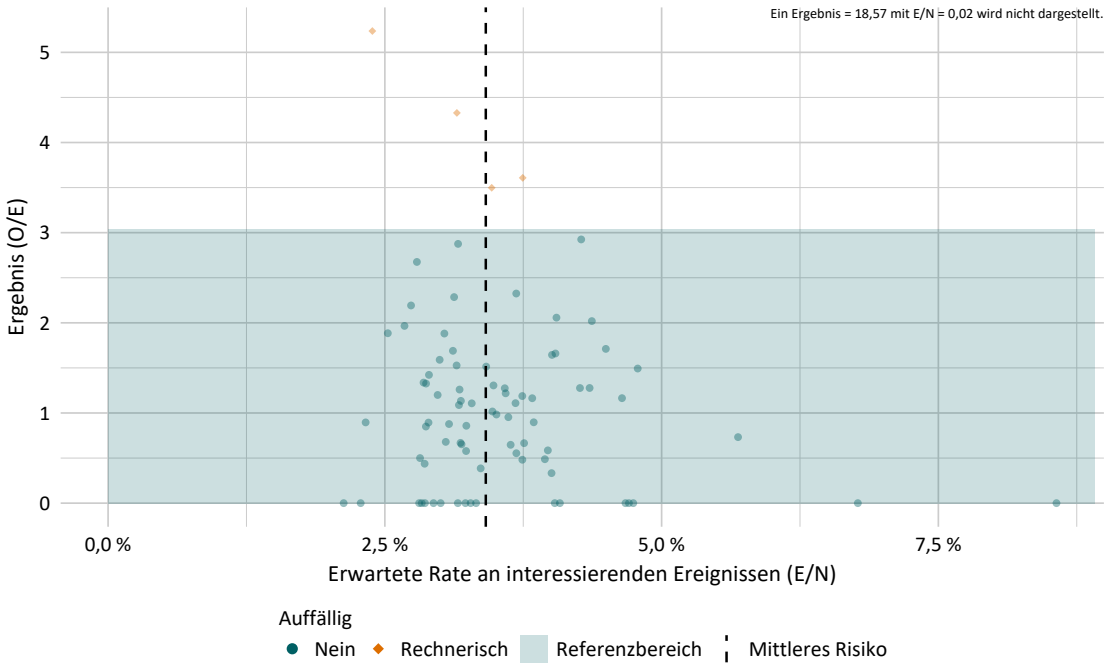
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	83	5	0,00	18,57	1,02

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

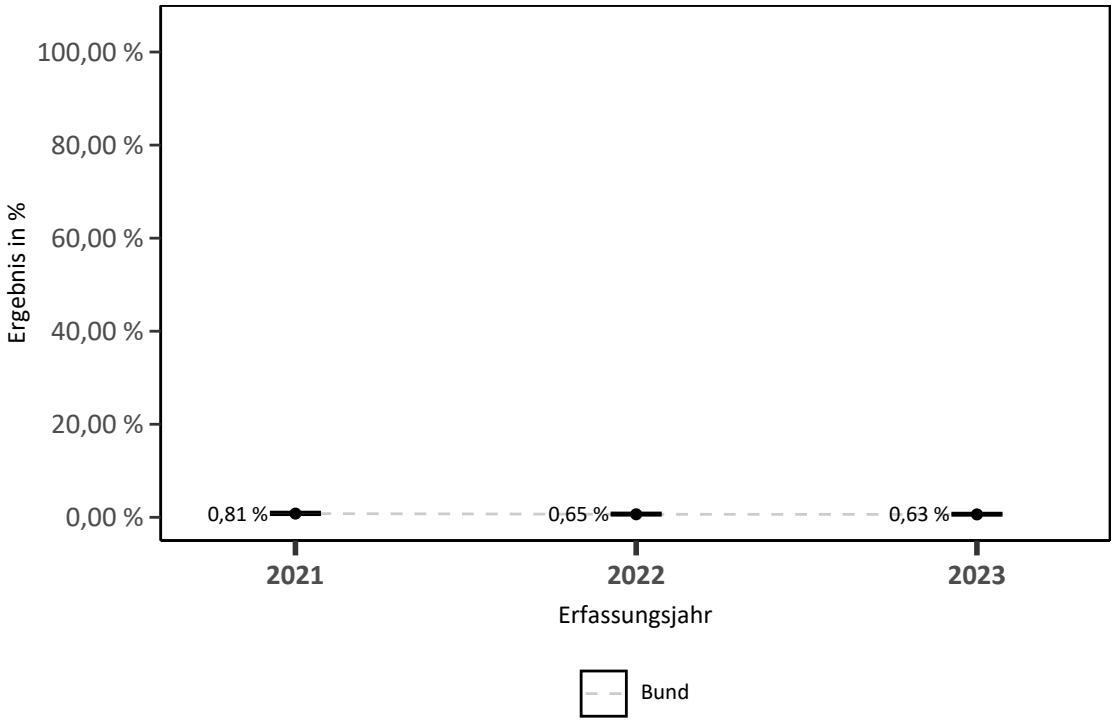
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben und ohne präoperative Endokarditis
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

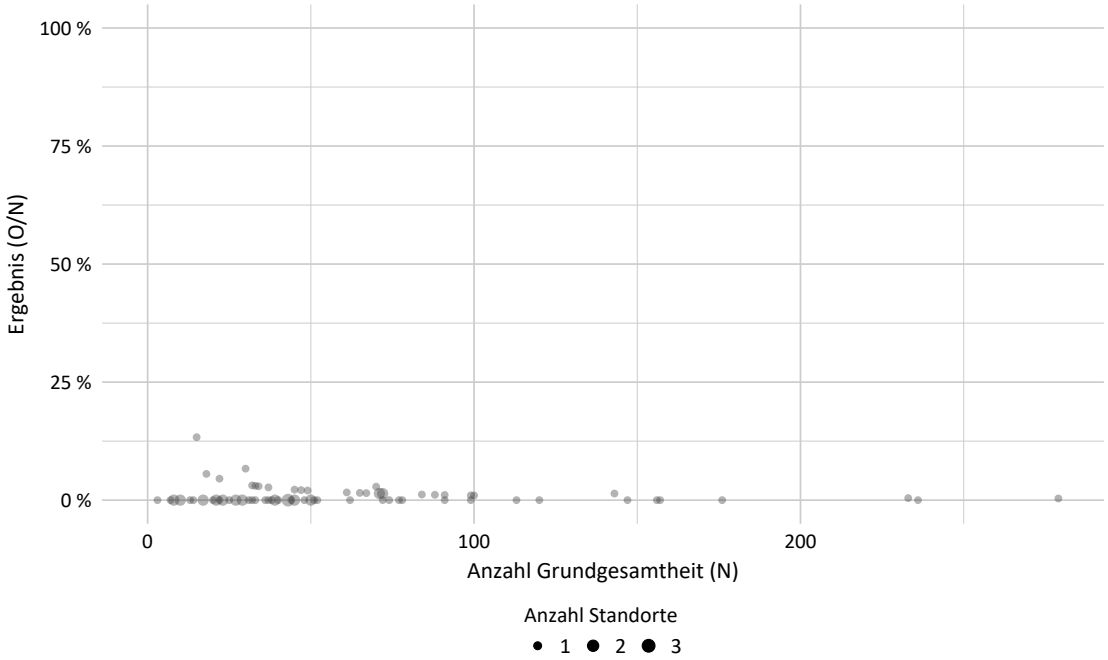
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	36 / 4.470	0,81	0,58 - 1,11
	2022	30 / 4.605	0,65	0,46 - 0,93
	2023	31 / 4.899	0,63	0,45 - 0,90

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	82	0	0,00	13,33	0,00

402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

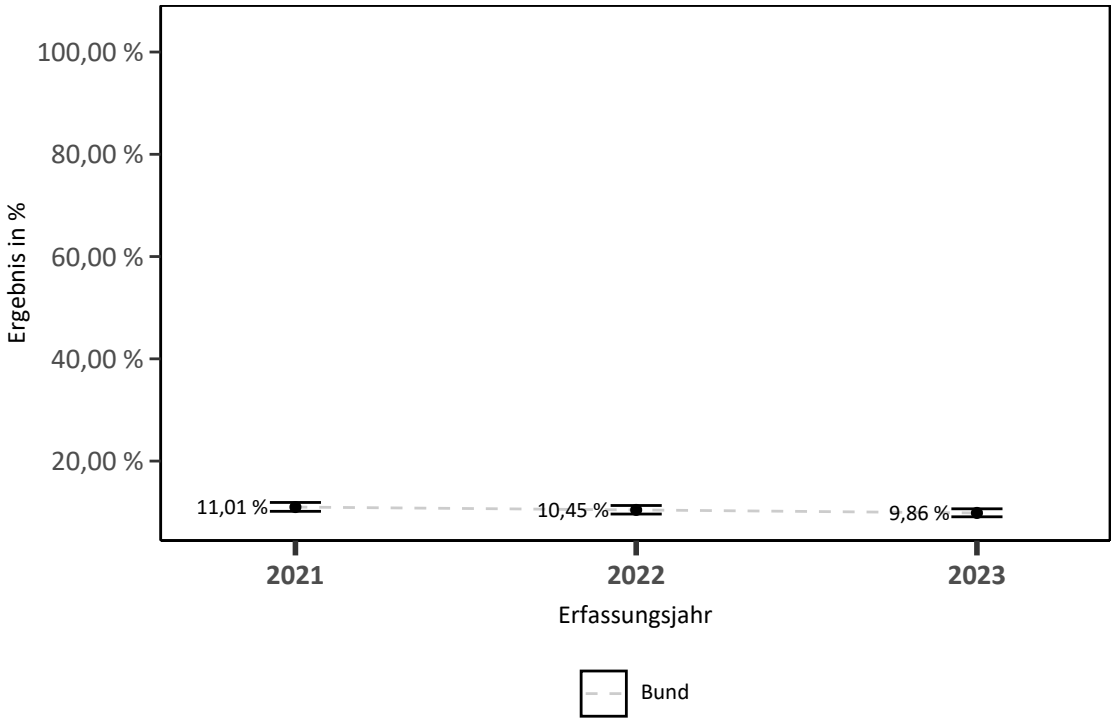
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäßkomplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage • neu aufgetretenes Vorhofflimmern/-flattern
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

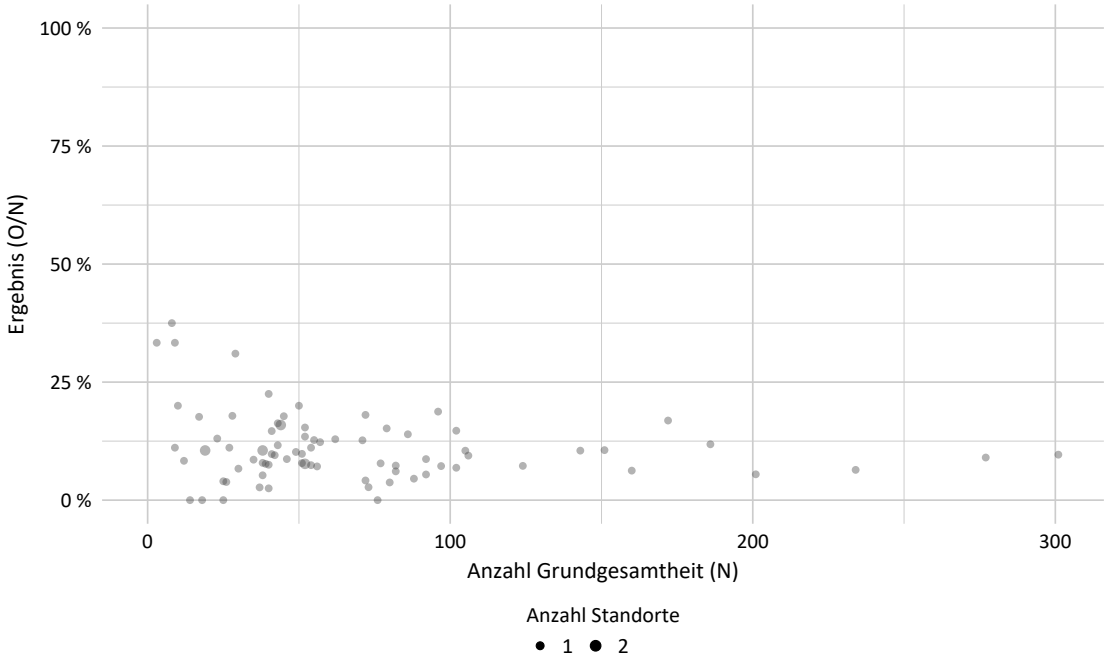
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2021**	552 / 5.014	11,01	10,17 - 11,91
	2022	543 / 5.196	10,45	9,65 - 11,31
	2023	547 / 5.549	9,86	9,10 - 10,67

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	82	0	0,00	37,50	9,78

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 402002** **Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben**	11,36 % 674/5.935
1.1.1	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte intraprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.1.1	ID: 40_22021 Device-Fehlpositionierung	0,07 % 4/5.935
1.1.1.2	ID: 40_22022 Aortendissektion	x % ≤3/5.935
1.1.1.3	ID: 40_22023 Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	0,29 % 17/5.935
1.1.1.4	ID: 40_22024 Perikardtamponade	x % ≤3/5.935
1.1.1.5	ID: 40_22025 Rhythmusstörungen	0,10 % 6/5.935
1.1.1.6	ID: 40_22026 Low Cardiac Output mit Therapie[1]	0,54 % 32/5.935
1.1.1.7	ID: 40_22027 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)	0,62 % 37/5.935
1.1.1.8	ID: 40_22028 Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation	0,40 % 24/5.935
1.1.2	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte postprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.2.1	ID: 40_22029 Komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff	5,24 % 311/5.935
1.1.2.2	ID: 40_22030 Mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial	0,37 % 22/5.935
1.1.2.3	ID: 40_22031 Paravalvuläre Leckage	0,52 % 31/5.935
1.1.2.4	ID: 40_22032 Neu aufgetretener Herzinfarkt	0,51 % 30/5.935
1.1.2.5	ID: 40_22033 Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf)	2,04 % 121/5.935

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.2.6	ID: 40_22034 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)	4,52 % 268/5.935
1.1.3	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.3.1	ID: 40_22035 Infektion(en)	0,59 % 35/5.935
1.1.3.2	ID: 40_22036 Sternuminstabilität	0,20 % 12/5.935
1.1.3.3	ID: 40_22037 Gefäßruptur	0,00 % 0/5.935
1.1.3.4	ID: 40_22038 Dissektion	x % ≤3/5.935
1.1.3.5	ID: 40_22039 Therapierelevante Blutungen/Hämatom	3,22 % 191/5.935
1.1.3.6	ID: 40_22040 Ischämie	0,15 % 9/5.935
1.1.3.7	ID: 40_22041 AV- Fistel	x % ≤3/5.935
1.1.3.8	ID: 40_22042 Sonstige	1,13 % 67/5.935

[1] IABP, VAD oder ECMO

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.2.1.1	ID: O_402003 O/N (observed, beobachtet)	3,81 % 206/5.402
1.2.1.2	ID: E_402003 E/N (expected, erwartet)	3,41 % 184,30/5.402
1.2.1.3	**ID: 402003** **O/E**	1,12
1.2.1.3.1	ID: 40_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	4,61 % 73/1.583
1.2.1.3.2	ID: 40_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[2]	4,50 % 5/111

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.1.3.3	ID: 40_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	9,24 % 11/119

[2] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 402004** **Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen**	0,63 % 31/4.899

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 402005** **Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen**	9,86 % 547/5.549

402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

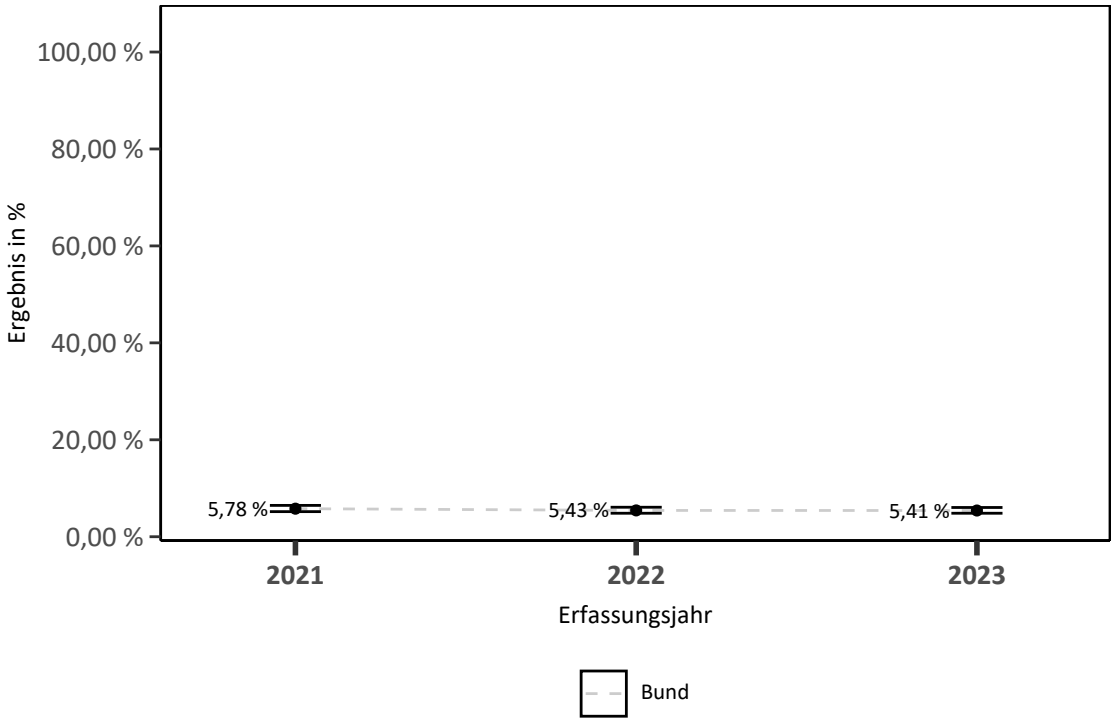
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

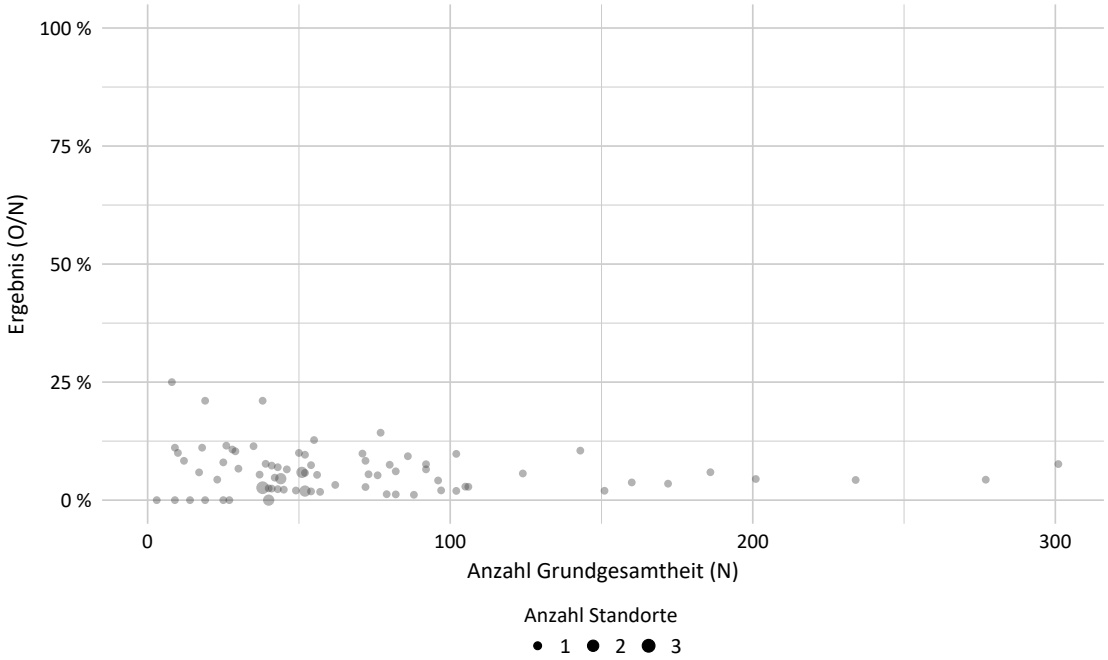
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	290 / 5.014	5,78	5,17 - 6,46
	2022	282 / 5.196	5,43	4,84 - 6,08
	2023	300 / 5.549	5,41	4,84 - 6,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	82	0	0,00	25,00	5,31

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

402008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

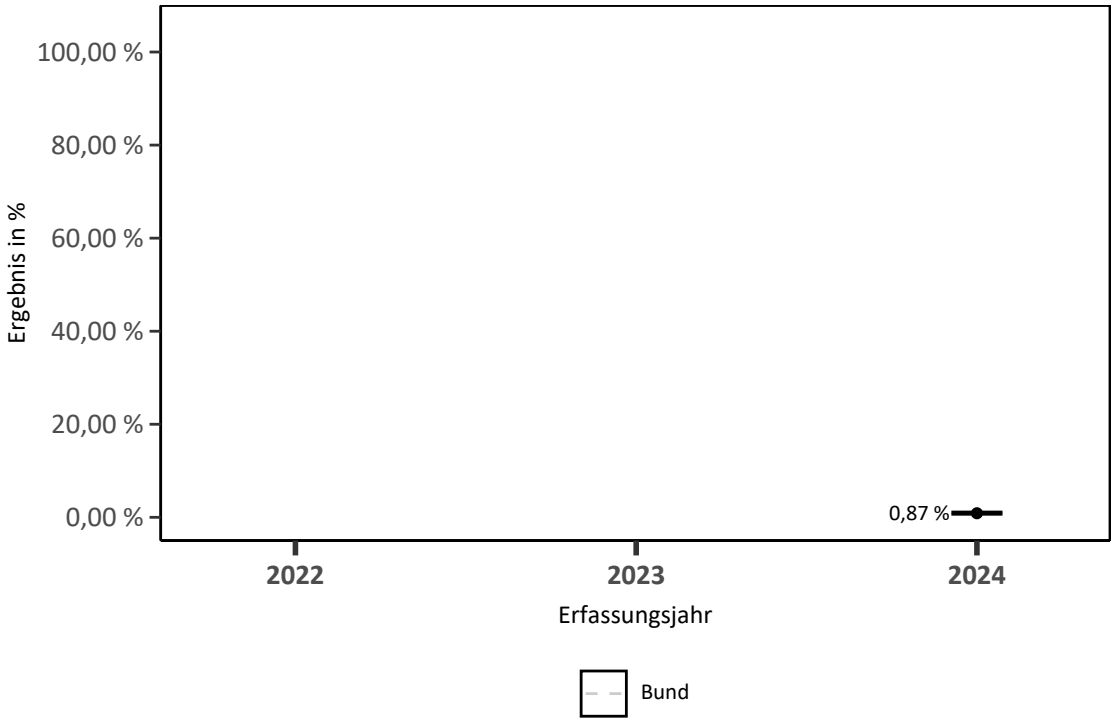
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

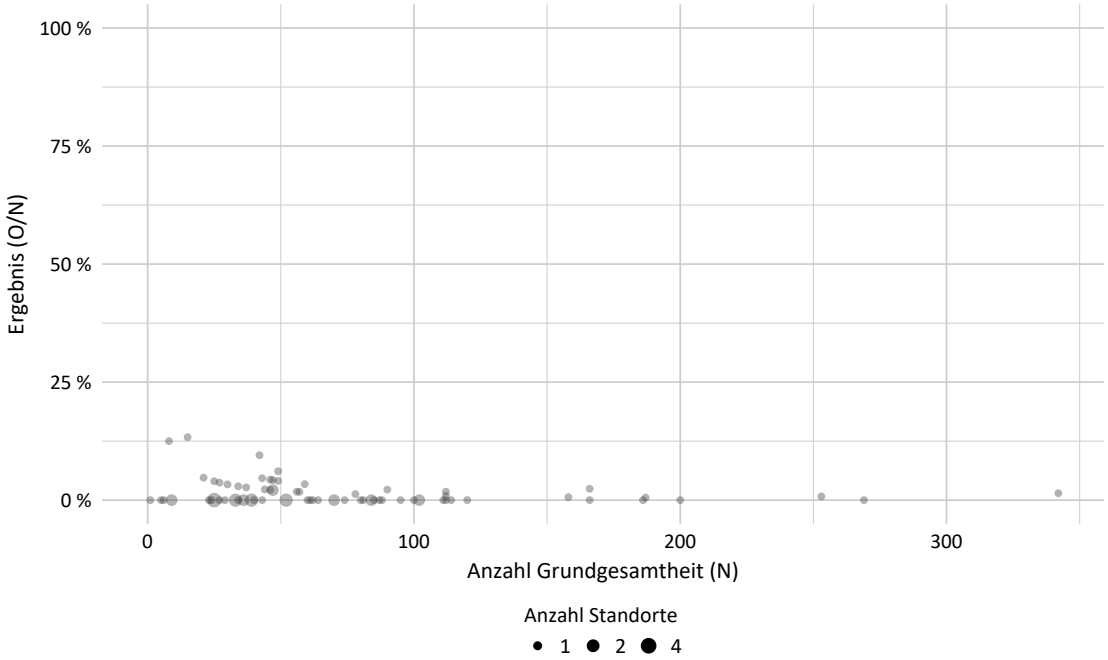
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	51 / 5.848	0,87	0,66 - 1,14

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	13,33	0,00

402009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

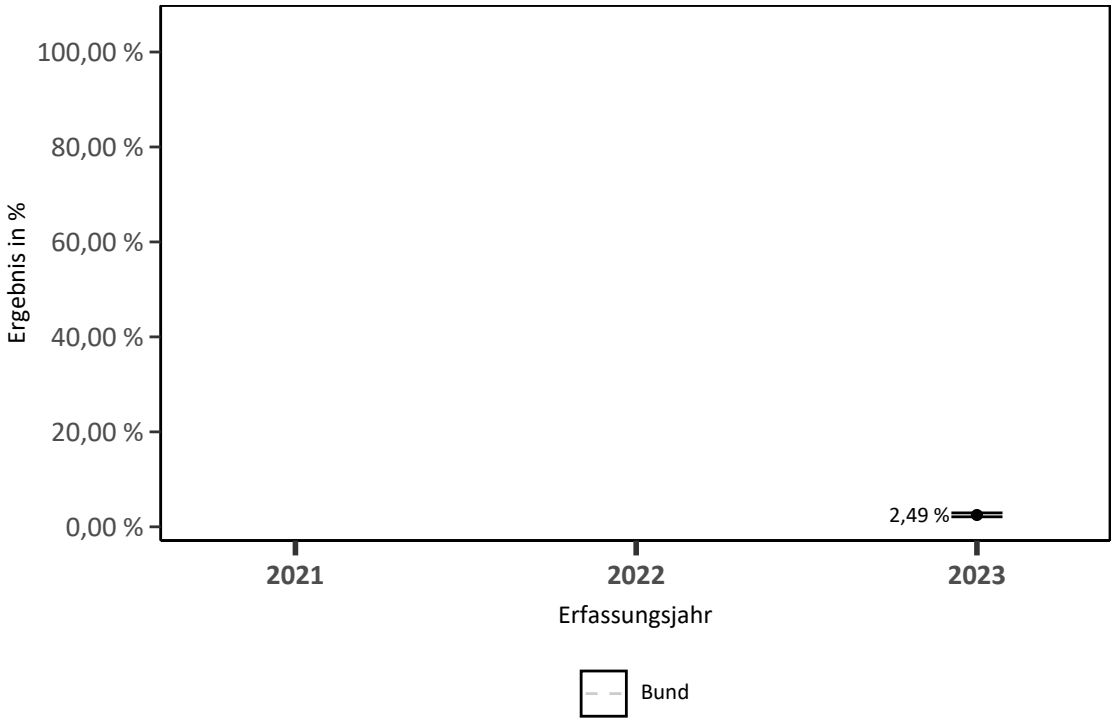
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

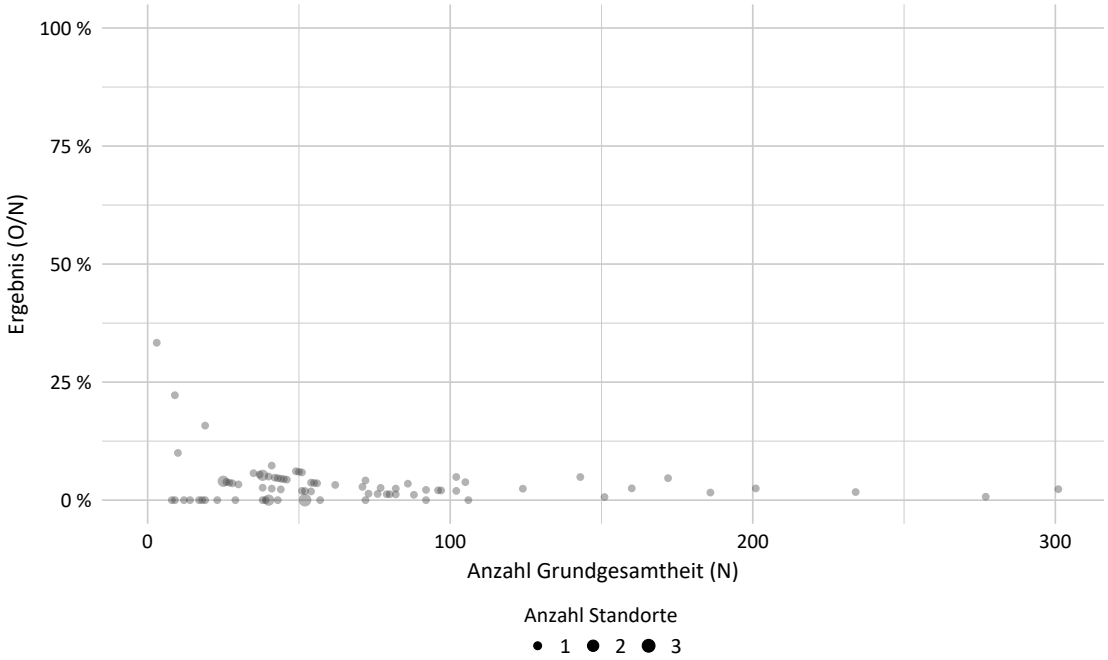
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	138 / 5.549	2,49	2,11 - 2,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	82	0	0,00	33,33	2,43

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

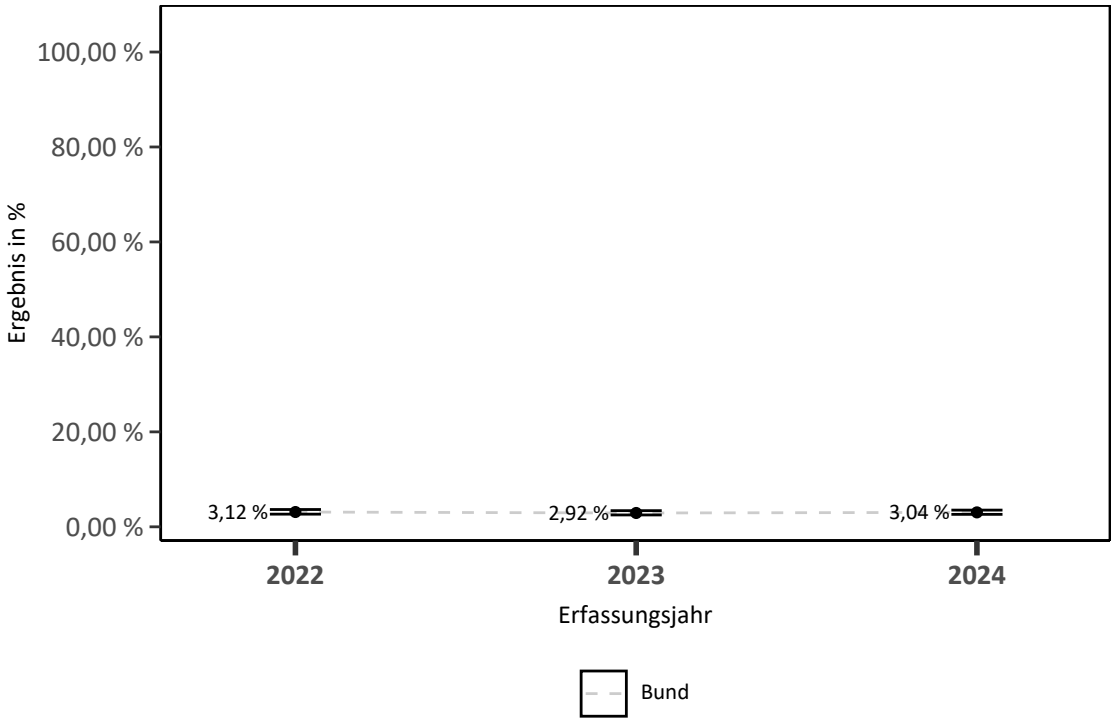
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

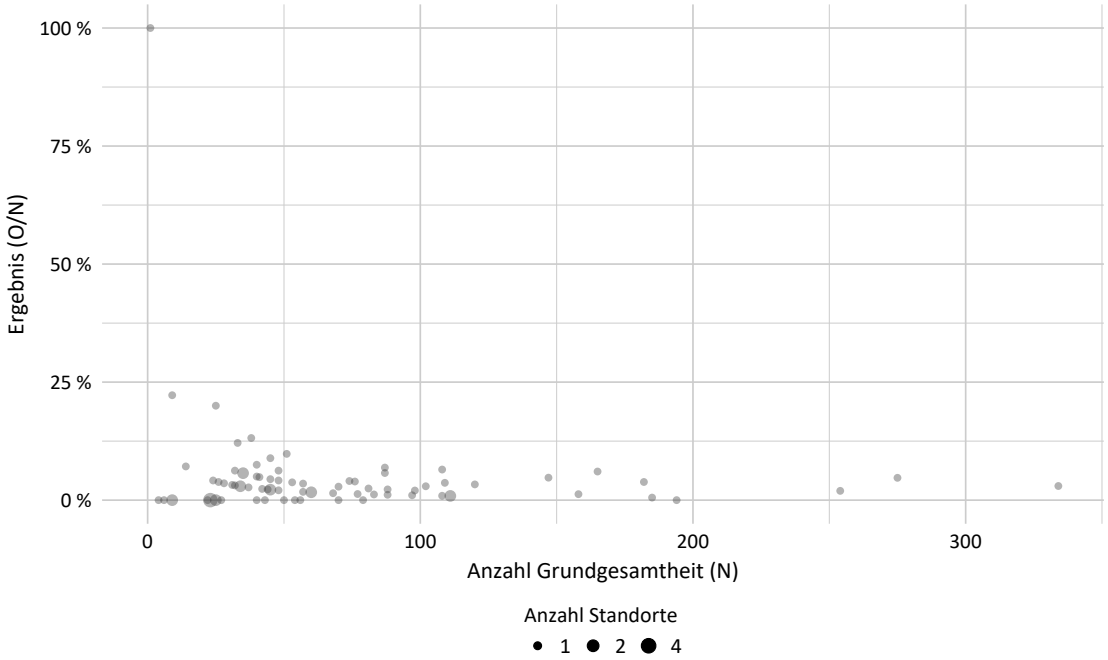
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	156 / 4.997	3,12	2,67 - 3,64
	2023	155 / 5.312	2,92	2,50 - 3,41
	2024	173 / 5.685	3,04	2,63 - 3,52

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	100,00	2,47

402011: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Chir-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression (O/E)
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) über 35 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus Periphere AVK Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

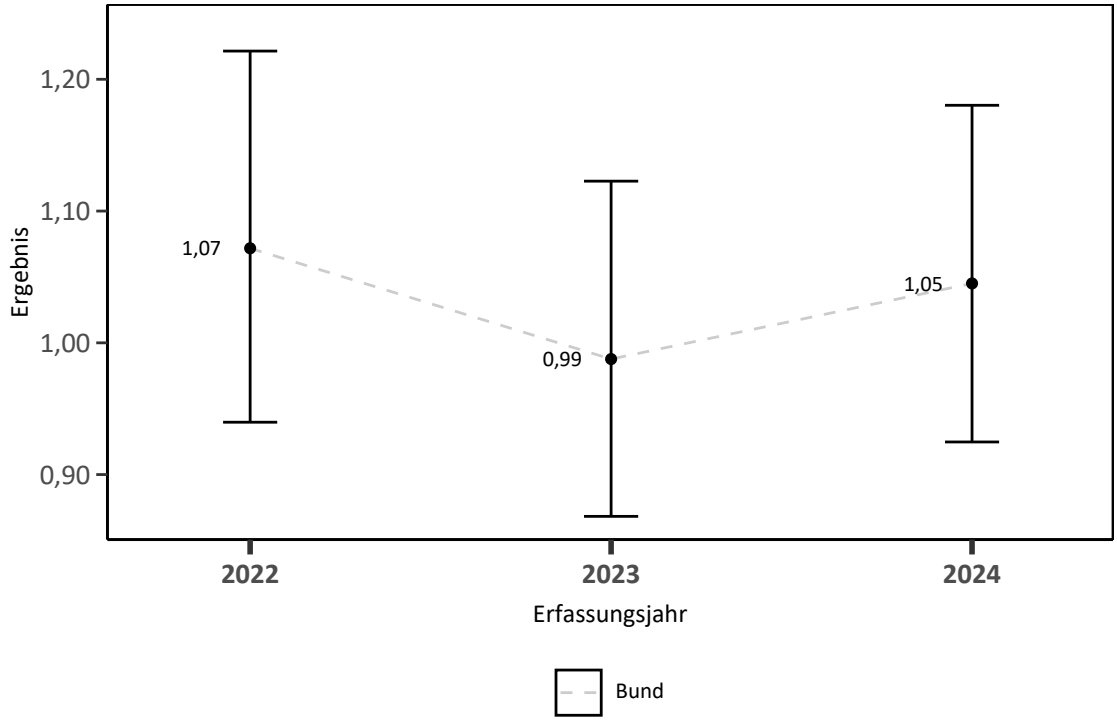
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	5.221	214 / 199,67	1,07	0,94 - 1,22
	2023	5.581	223 / 225,78	0,99	0,87 - 1,12
	2024	5.935	247 / 236,35	1,05	0,92 - 1,18

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

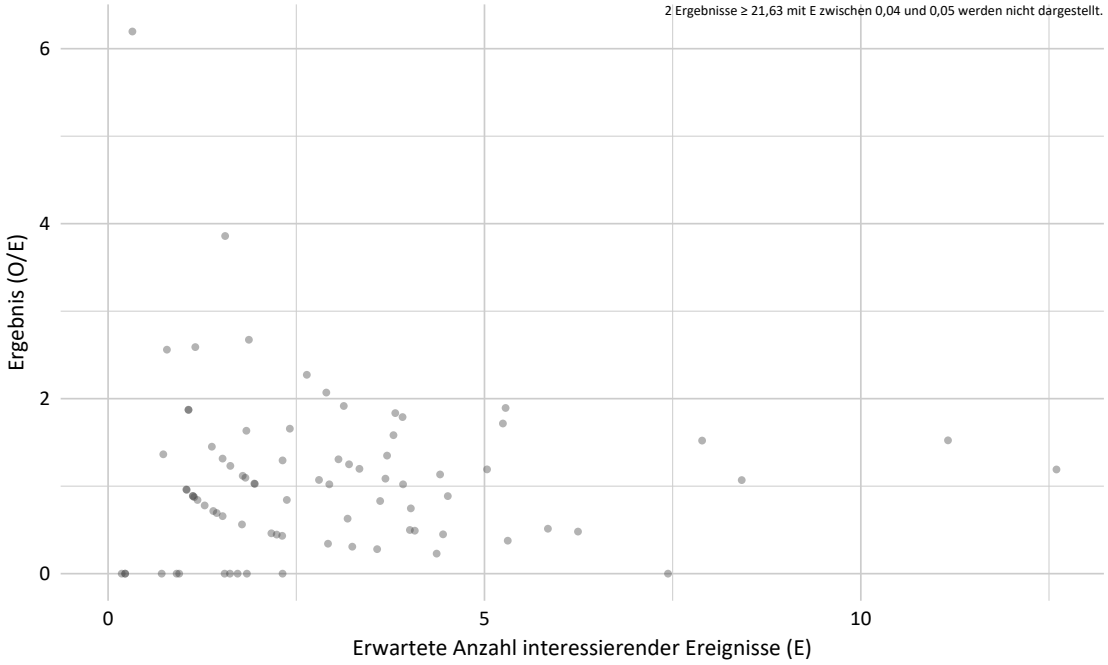
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



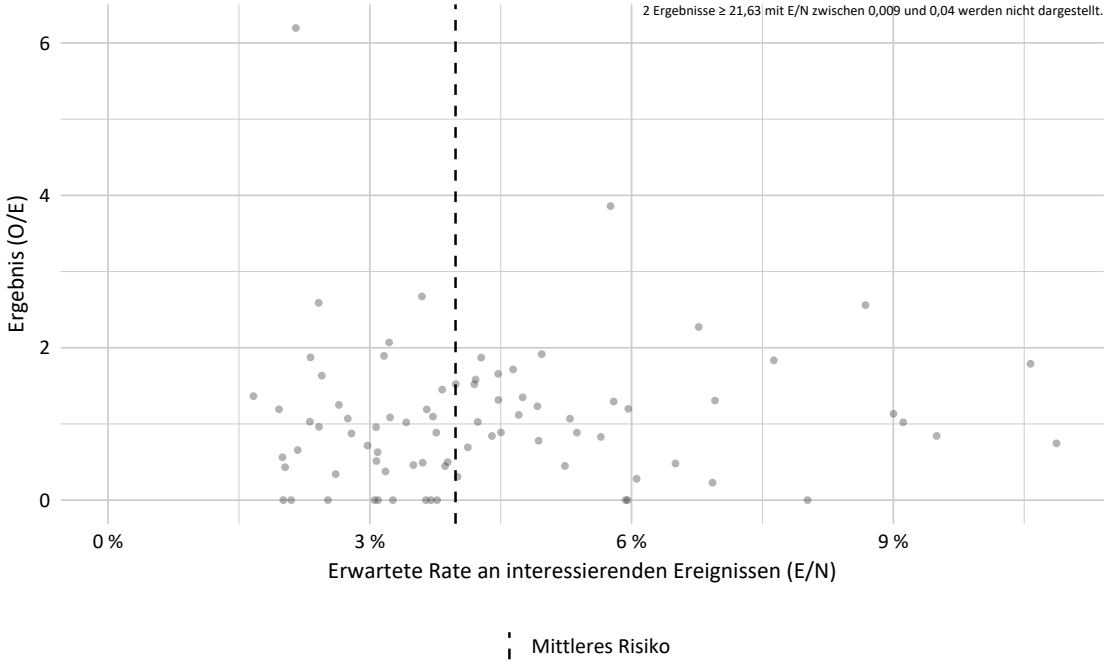
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	83	0	0,00	26,67	1,02

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Chir-30d-Score
Referenzbereich	≤ 2,29 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) über 35 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus Periphere AVK Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

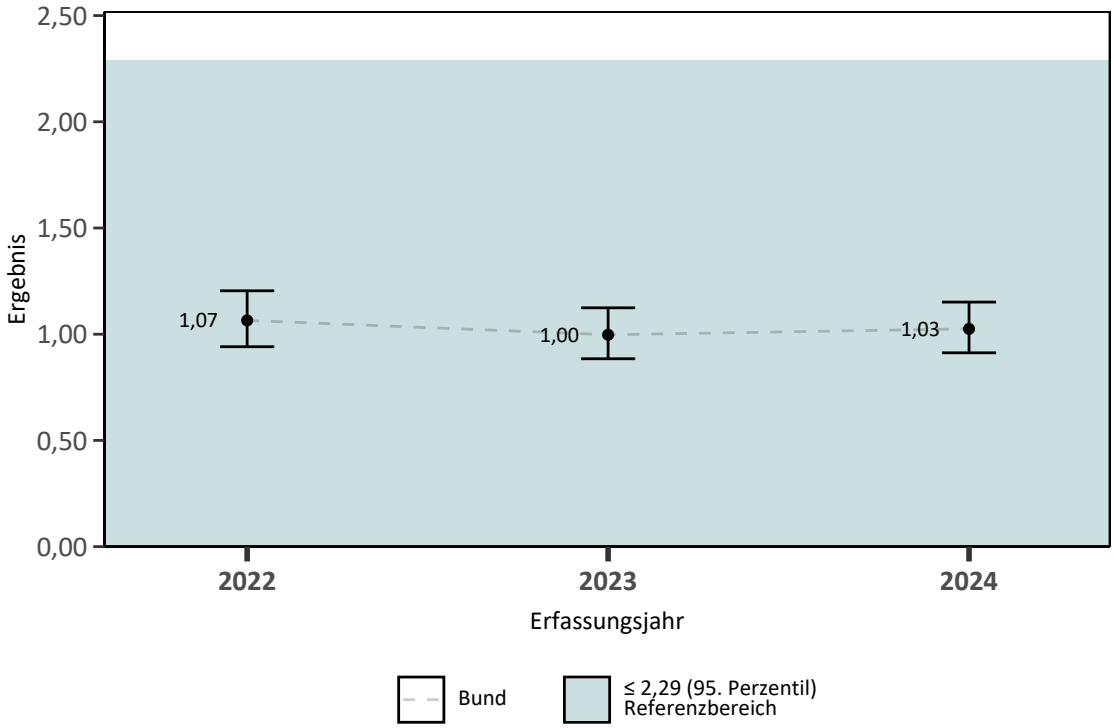
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	5.170	240 / 225,34	1,07	0,94 - 1,20
	2023	5.506	254 / 254,64	1,00	0,88 - 1,12
	2024	5.848	271 / 264,32	1,03	0,91 - 1,15

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

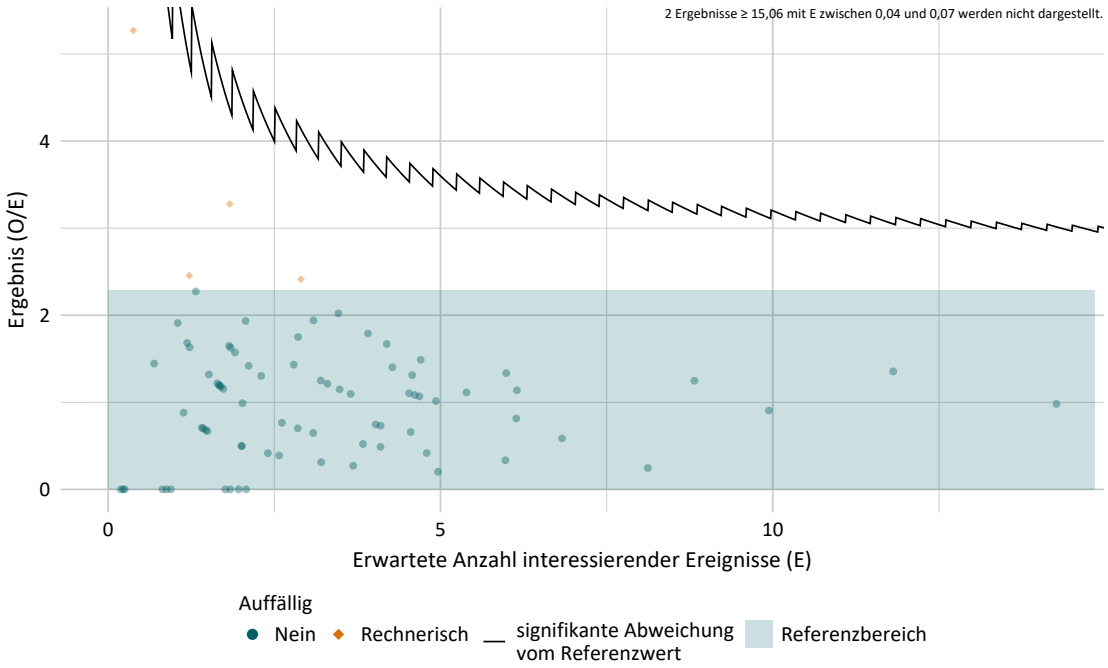
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



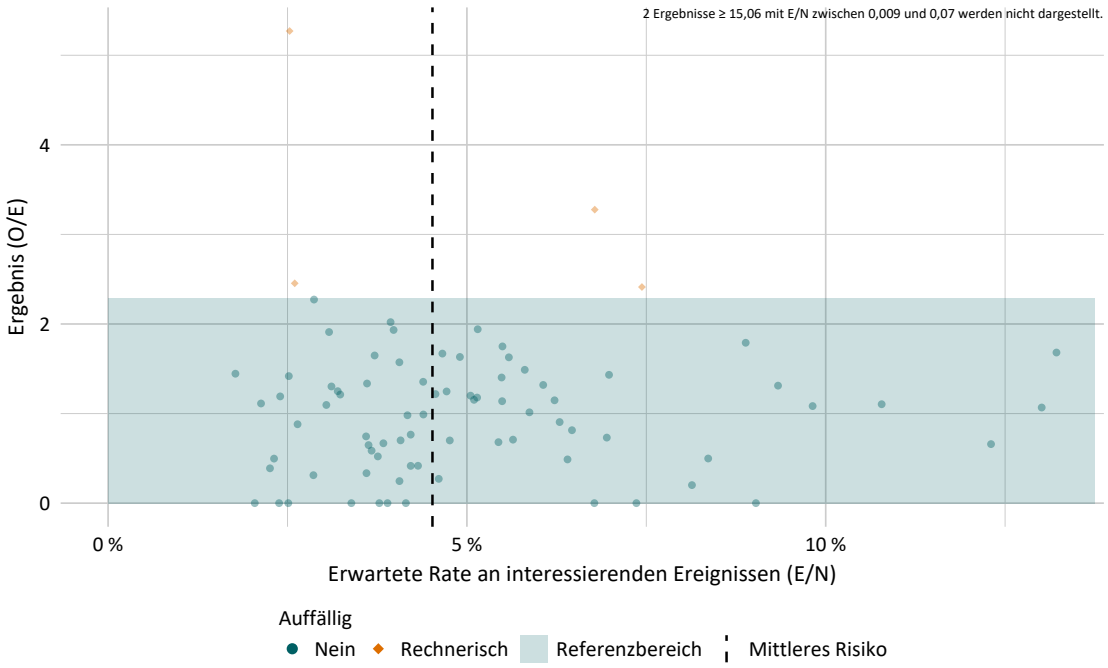
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	83	6	0,00	22,90	1,10

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Chir-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) über 35 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) LVEF unter 31 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

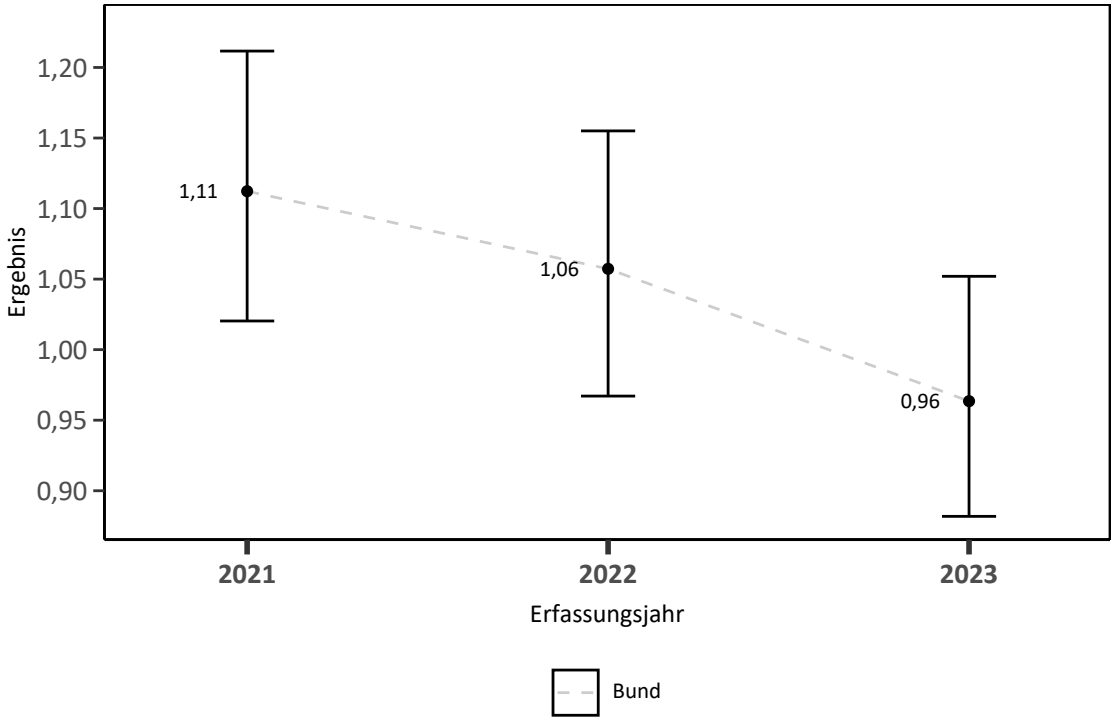
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	5.014	471 / 423,45	1,11	1,02 - 1,21
	2022	5.196	445 / 420,89	1,06	0,97 - 1,16
	2023	5.549	453 / 470,17	0,96	0,88 - 1,05

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

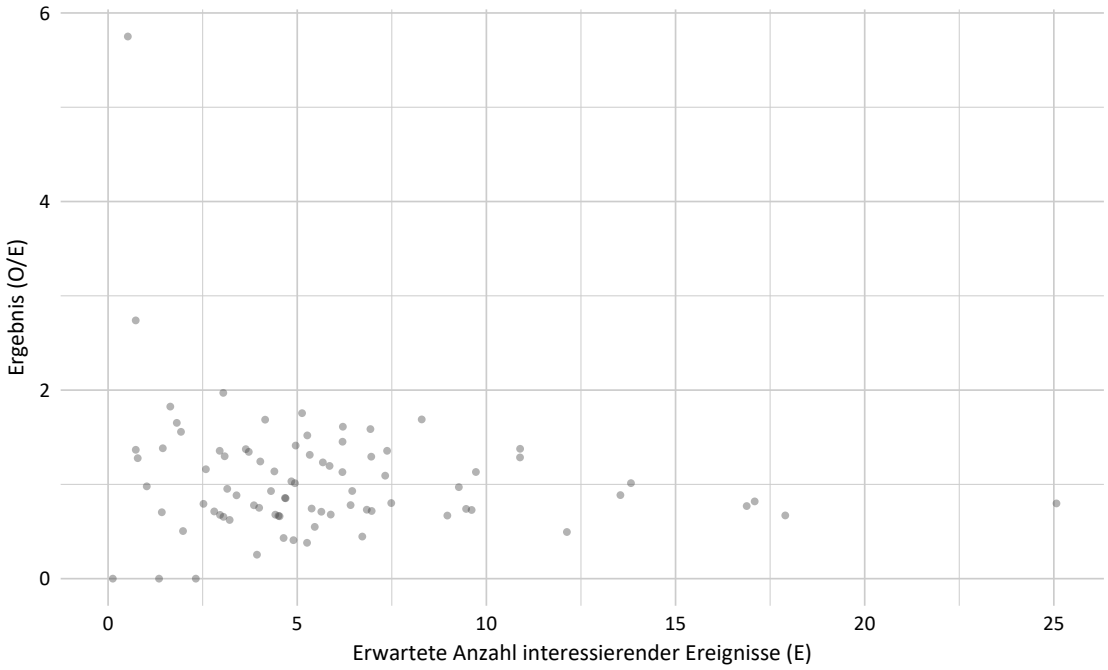
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



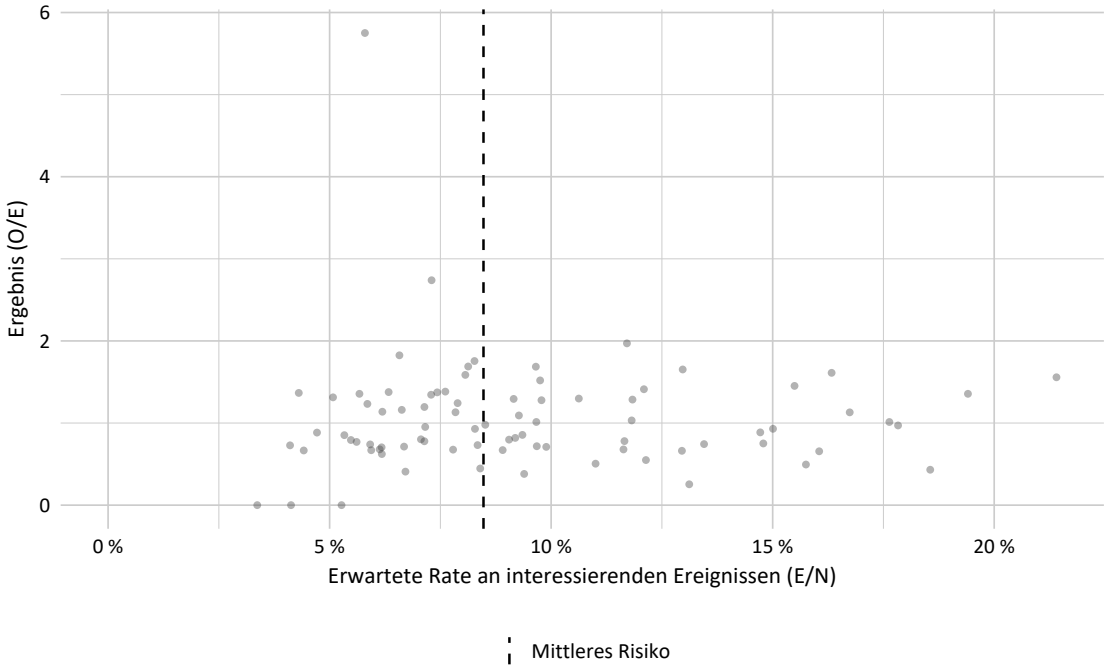
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	82	0	0,00	5,75	0,93

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 40_22049 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	4,16 % 247/5.935
4.1.1	**ID: 402010** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	3,04 % 173/5.685
4.1.2	ID: 40_22050 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	29,60 % 74/250

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Chir-Score	
4.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in MKL-Chir-Score Risikoklassen	
4.2.1.1	ID: 40_22051 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,09 % 47/4.310
4.2.1.2	ID: 40_22052 Risikoklasse 3 - < 6 %	5,13 % 46/896
4.2.1.3	ID: 40_22053 Risikoklasse 6 - < 10 %	10,85 % 32/295
4.2.1.4	ID: 40_22054 Risikoklasse ≥ 10 %	28,11 % 122/434
4.2.1.4	ID: 40_22055 Summe MKL-Chir-Score Risikoklassen	4,16 % 247/5.935
4.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in MKL-Chir-Score Risikoklassen	
4.2.2.1	ID: 40_22056 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,31 % 56,49/4.310
4.2.2.2	ID: 40_22057 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,11 % 36,78/896
4.2.2.3	ID: 40_22058 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,60 % 22,41/295
4.2.2.4	ID: 40_22059 Risikoklasse ≥ 10 %	27,80 % 120,67/434
4.2.2.5	ID: 40_22060 Summe MKL-Chir-Score Risikoklassen	3,98 % 236,35/5.935
4.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.1	ID: O_402011 O/N (observed, beobachtet)	4,16 % 247/5.935
4.2.3.2	ID: E_402011 E/N (expected, erwartet)	3,98 % 236,35/5.935
4.2.3.3	**ID: 402011** **O/E**	1,05

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Chir-30d-Score	
4.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.3.1.1	ID: O_402012 O/N (observed, beobachtet)	4,63 % 271/5.848
4.3.1.2	ID: E_402012 E/N (expected, erwartet)	4,52 % 264,32/5.848
4.3.1.3	**ID: 402012** **O/E**	1,03

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Chir-365d-Score	
4.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.4.1.1	ID: O_402013 O/N (observed, beobachtet)	8,16 % 453/5.549
4.4.1.2	ID: E_402013 E/N (expected, erwartet)	8,47 % 470,17/5.549
4.4.1.3	**ID: 402013** **O/E**	0,96

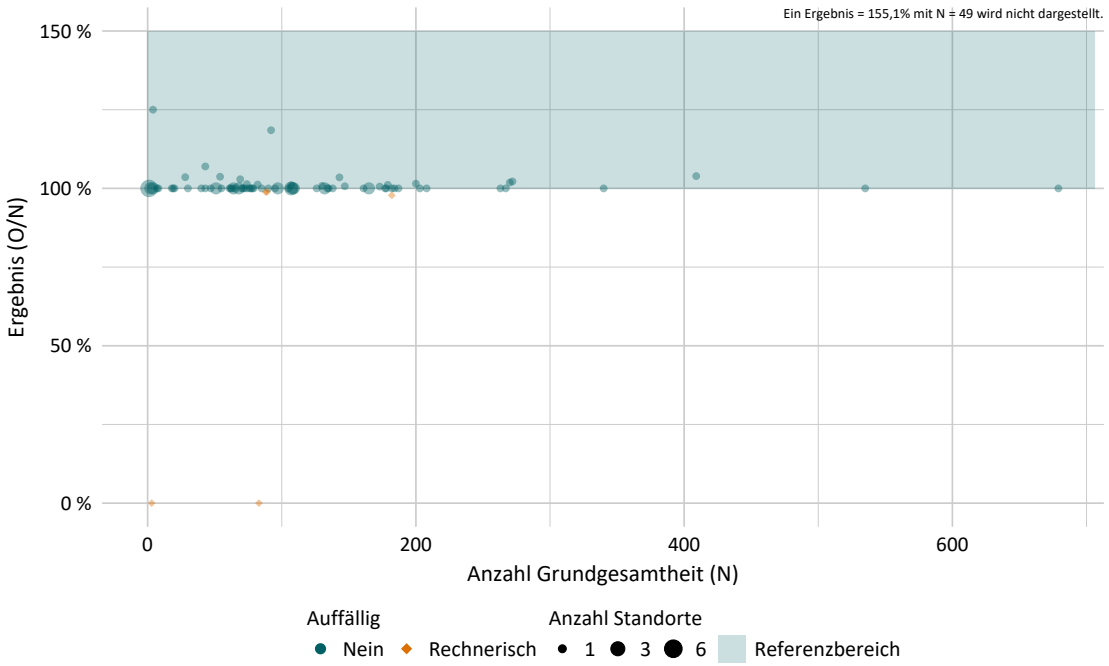
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	96	5	0,00	155,10	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	10.508 / 10.504	100,04	5,21 % 5 / 96

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	83.586	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal isoliert offen-chirurgisch an der Mitralklappe operiert wurden	5.994	7,17

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	84.128	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	25.305	30,08
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.801	6,90
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	26.832	31,89
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.350	8,74
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	10.002	11,89
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.038	7,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	142	2,37
1. Quartal	1.556	25,96
2. Quartal	1.510	25,19
3. Quartal	1.554	25,93
4. Quartal	1.232	20,55
Entlassungsquartal		
1. Quartal	1.479	24,67
2. Quartal	1.468	24,49
3. Quartal	1.535	25,61
4. Quartal	1.512	25,23

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	613	10,23
8 - 14 Tage	3.241	54,07
15 - 21 Tage	1.076	17,95
22 - 28 Tage	446	7,44
> 28 Tage	618	10,31

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	5.994
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	3,57
Median	1,00
95. Perzentil	16,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	5.994
5. Perzentil	5,00
Mittelwert	12,36
Median	9,00
95. Perzentil	30,00
Gesamtverweildauer (Tage)[6]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	5.994
5. Perzentil	7,00
Mittelwert	15,93
Median	12,00
95. Perzentil	40,00

[4] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[5] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[6] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	777	12,96
50 – 59 Jahre	1.396	23,29
60 – 64 Jahre	1.080	18,02
65 – 69 Jahre	955	15,93
70 – 74 Jahre	968	16,15
75 – 79 Jahre	558	9,31
80 – 89 Jahre	260	4,34
≥ 90 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	5.994
5. Perzentil	40,00
25. Perzentil	56,00
Mittelwert	62,31
Median	63,00
75. Perzentil	71,00
95. Perzentil	79,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
Geschlecht		
(1) männlich	3.549	59,21
(2) weiblich	2.445	40,79
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 5.911**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	152	2,57
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	2.507	42,41
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	2.096	35,46
Adipositas (≥ 30)	1.156	19,56

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	565	9,43
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	2.220	37,04
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	2.774	46,28
(IV) Beschwerden in Ruhe	435	7,26
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	2.515	41,96
(1) ja	3.479	58,04
Angina Pectoris		
(0) nein	5.037	84,03
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	317	5,29
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	361	6,02
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	210	3,50
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	69	1,15
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	5.672	94,63
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	46	0,77
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	41	0,68
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	37	0,62
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	176	2,94
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	4	0,07
(9) unbekannt	18	0,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	4.981	83,10
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	244	4,07
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	326	5,44
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	427	7,12
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	13	0,22
(9) unbekannt	≤3	x
Reanimation		
(0) nein	5.877	98,05
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	32	0,53
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	25	0,42
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	55	0,92
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	≤3	x
(9) unbekannt	≤3	x

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	2.078
5. Perzentil	20,00
Mittelwert	40,22
Median	38,00
95. Perzentil	70,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	3.916	65,33
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	4.508	75,21
(2) Vorhofflimmern	1.328	22,16
(9) anderer Rhythmus	158	2,64
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	3.989	66,55
(1) paroxysmal	1.138	18,99
(2) persistierend	594	9,91
(3) permanent	273	4,55
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	5.692	94,96
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	184	3,07
(2) Schrittmacher mit CRT-System	39	0,65
(3) Defibrillator ohne CRT-System	59	0,98
(4) Defibrillator mit CRT-System	20	0,33

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[7]		
(1) normaler, gesunder Patient	74	1,23
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	550	9,18
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	3.804	63,46
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	1.476	24,62
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	90	1,50

[7] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
LVEF		
< 15%	5	0,08
15 - 30%	135	2,25
31 - 50%	1.474	24,59
> 50%	4.099	68,39
LVEF unbekannt	281	4,69
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	5.713
5. Perzentil	40,00
Mittelwert	55,43
Median	55,00
95. Perzentil	70,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	4.864	81,15
(1) 1-Gefäßerkrankung	561	9,36
(2) 2-Gefäßerkrankung	250	4,17
(3) 3-Gefäßerkrankung	260	4,34
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	927	86,55
(1) ja, operativ	92	8,59
(2) ja, interventionell	52	4,86
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	59	0,98
Hauptstammstenose		
(0) nein	5.970	99,60
(1) ja, gleich oder größer 50%	24	0,40

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	5.737	95,71
(1) ja	257	4,29
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	5.394	89,99
(1) eine	525	8,76
(2) zwei	56	0,93
(3) drei	15	0,25
(4) vier	≤3	x
(5) fünf oder mehr	≤3	x
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	0	0,00
(9) unbekannt	0	0,00

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
akute Infektionen[8]		
(0) keine	5.204	86,82
(1) Mediastinitis	6	0,10
(2) Sepsis	58	0,97
(3) broncho-pulmonale Infektion	98	1,63
(4) oto-laryngologische Infektion	≤3	x
(5) floride Endokarditis	628	10,48
(6) Peritonitis	0	0,00
(7) Wundinfektion Thorax	≤3	x
(8) Pleuraempym	0	0,00
(9) Venenkatheterinfektion	≤3	x
(10) Harnwegsinfektion	28	0,47
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	6	0,10
(12) HIV-Infektion	7	0,12
(13) Hepatitis B oder C	16	0,27
(18) andere Wundinfektion	≤3	x
(88) sonstige Infektion	64	1,07
Diabetes mellitus		
(0) nein	5.290	88,25
(1) ja, diätetisch behandelt	103	1,72
(2) ja, orale Medikation	369	6,16
(3) ja, mit Insulin behandelt	177	2,95
(4) ja, unbehandelt	21	0,35
(9) unbekannt	34	0,57

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	5.482	91,46
(1) ja	474	7,91
davon:[9]		
periphere AVK	155	32,70
Arteria Carotis	156	32,91
Aortenaneurysma	74	15,61
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	170	35,86
(9) unbekannt	38	0,63
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	5.120	85,42
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	294	4,90
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	140	2,34
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	412	6,87
(9) unbekannt	28	0,47

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	5.314	88,66
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	419	6,99
(2) ja, ZNS, andere	146	2,44
(3) ja, peripher	73	1,22
(4) ja, Kombination	13	0,22
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	172	39,81
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	64	14,81
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	101	23,38
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	67	15,51
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	20	4,63
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	8	1,85
(9) unbekannt	29	0,48
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	5.836	97,36
(1) akut	47	0,78
(2) chronisch	111	1,85

[8] Mehrfachnennung möglich
[9] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	5.836
5. Perzentil	0,60
Mittelwert	1,03
Median	0,94
95. Perzentil	1,70
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[11]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	5.836
5. Perzentil	53,04
Mittelwert	91,09
Median	83,00
95. Perzentil	150,28

[10] (letzter Wert vor OP)
[11] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.038**	
Operation[12]		
(5-350.2 oder 5-350.3) Valvulotomie: Mitralklappe	4	0,07
(5-351.1*) Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe	1.815	30,06
(5-352.1*) Wechsel von Herzklappenprothesen: Mitralklappe	203	3,36
(5-353.1 oder 5-353.2) Valvuloplastik: Mitralklappe	3.734	61,84
(5-354.1*) Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe	2.250	37,26

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.038**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	4.494	74,43
(1) ja	1.544	25,57
davon:[13]		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	492	31,87
Vorhofablation	674	43,65
Eingriff an herznahen Gefäßen	72	4,66
Herzohrverschluss/-amputation	906	58,68
interventioneller Koronareingriff (PCI)	5	0,32
sonstige	229	14,83

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.038**	
Konversionseingriff		
(0) nein	5.921	98,06
(1) ja	117	1,94
Zugang (MKE)[14]		
(1) konventionelle Sternotomie	2.087	34,56
(2) minimalinvasiver operativer Zugang	3.951	65,44
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	4.501	74,54
(1) ja	1.537	25,46
Dringlichkeit		
(1) elektiv	4.831	80,01
(2) dringlich	934	15,47
(3) Notfall	217	3,59
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	56	0,93
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	6.017	99,65
(1) ja	21	0,35
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	5.660	93,74
(1) ja	378	6,26
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	5.830	96,56
(1) ja	208	3,44

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.038**	
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	5.980	99,04
(1) ja, IABP	13	0,22
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	38	0,63
(3) ja, andere	7	0,12
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	5.747	95,18
(2) bedingt aseptische Eingriffe	60	0,99
(3) kontaminierte Eingriffe	18	0,30
(4) septische Eingriffe	213	3,53

[14] offen chirurgisch

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl isolierter offen-chirurgischer Eingriffe an der Mitralklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999	6.038
5. Perzentil	115,00
Mittelwert	205,44
Median	194,00
95. Perzentil	337,00

präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.038**	
auffällige Morphologie der Mitralklappe (inkl. Mitralklappenring oder -halteapparat)		
(0) nein	944	15,63
(1) ja	5.094	84,37
davon:[15]		
Segelprolaps	3.713	72,89
Verdickung	1.477	28,99
Verkalkung/Sklerosierung	1.046	20,53
Vegetationen	659	12,94
Kommissurenfusionen	216	4,24

[15] Mehrfachnennung möglich

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.038**	
intraprozedurale Komplikationen		
(0) nein	5.940	98,38
(1) ja	98	1,62
davon:[16]		
Device-Fehlpositionierung	4	4,08
Koronarostienverschluss	0	0,00
Aortendissektion	≤3	x
Aortenregurgitation > = 2. Grades	≤3	x

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.038**	
Annulus-Ruptur	6	6,12
Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	18	18,37
davon:		
(1) ohne Therapiebedarf	0	0,00
(2) mit Therapiebedarf	18	100,00
Perikardtamponade	4	4,08
kardiale Dekompensation	13	13,27
Hirnembolie	≤3	x
Rhythmusstörungen	6	6,12
Device-Embolisation	0	0,00
vaskuläre Komplikation	7	7,14
Low Cardiac Output	37	37,76
davon: Therapie des Low Cardiac Output		
(0) keine Therapie erforderlich	0	0,00
(1) medikamentös	≤3	x
(2) IABP	≤3	x
(3) VAD	≤3	x
(4) ECMO	26	70,27
(9) sonstige	≤3	x
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	39	39,80
davon:		
(1) schwerwiegend	28	71,79
(2) lebensbedrohlich	11	28,21
Patient verstarb im OP/Katheterlabor	8	8,16

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.038**	
Konversion		
(0) nein	5.971	98,89
(1) ja, zu Sternotomie	66	1,09
(2) ja, zu transapikal	0	0,00
(3) ja, zu endovaskulär	≤3	x
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	12	17,91
(2) intraprozedurale Komplikationen	25	37,31
(9) sonstige	30	44,78

[16] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung		
(0) nein	172	2,87
(1) ja	5.733	95,65
(2) kein prothetisches Material am Herzen verwendet	89	1,48
geplantes funktionelles Ergebnis erreicht		
(0) nein	170	2,84
(1) akzeptables Ergebnis	574	9,58
(2) optimales Ergebnis	5.250	87,59
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	5.962	99,47
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	31	0,52
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	≤3	x
Reanimation		
(0) nein	5.865	97,85
(1) ja	129	2,15
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	5.662	94,46
(1) ja	332	5,54
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	5.512	91,96
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	166	2,77
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	275	4,59
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	41	0,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	5.962	99,47
(1) ja	32	0,53
Perikardtamponade		
(0) nein	5.865	97,85
(1) ja	129	2,15
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	5.712	95,30
(1) schwerwiegend	186	3,10
(2) lebensbedrohlich	96	1,60
Mediastinitis[17]		
(0) nein	5.988	99,90
(1) ja	6	0,10

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	5.818	97,06
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	128	2,14
(2) ja, ZNS, andere	48	0,80
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	51	28,98
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	7	3,98
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	31	17,61
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	25	14,20
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	15	8,52
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	20	11,36
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	27	15,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	5.690	94,93
(1) ja	304	5,07
davon:[18]		
Infektion(en)	38	12,50
Sternuminstabilität	12	3,95
Gefäßruptur	0	0,00
Dissektion	4	1,32
therapierelevante Blutung/Hämatom	197	64,80
Ischämie	10	3,29
AV-Fistel	≤3	x
Aneurysma spurium	5	1,64
sonstige	71	23,36
mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		
(0) nein	5.965	99,52
(1) ja	29	0,48
paravalvuläre Leckage		
(0) nein	5.959	99,42
(1) ja	35	0,58

[17] nach den KISS-Definitionen
[18] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	5.543	92,48
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	323	5,39
(2) Schrittmacher mit CRT-System	40	0,67
(3) Defibrillator ohne CRT-System	61	1,02
(4) Defibrillator mit CRT-System	27	0,45

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 5.994**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	3.515	58,64
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	131	2,19
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	18	0,30
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.225	20,44
(07) Tod	266	4,44
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[19]	20	0,33
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	805	13,43
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	7	0,12
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[20]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[21]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[22]		
(1) ja	0	0,00

[19] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[20] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[21] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[22] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-MK-KATH: Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 14

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 15

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 17

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 17

392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 17

392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 20

392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 24

392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 27

Details zu den Ergebnissen 30

392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres 33

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 36

392008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 36

392009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 39

Gruppe: Sterblichkeit 42

392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 42

392011: Sterblichkeit im Krankenhaus 45

392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 49

392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 53

Details zu den Ergebnissen 57

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 59
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 59
852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 59
Basisauswertung ... 61
Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 61
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 62
Patientin und Patient ... 64
Body Mass Index (BMI) ... 65
Anamnese / präoperative Befunde ... 66
Kardiale Befunde ... 69
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 71
Weitere Begleiterkrankungen ... 72
Operation / Prozedur ... 76
OP-Basisdaten ... 76
präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung ... 79
Dosis-Flächen-Produkt ... 80
Kontrastmittelmenge ... 80
Intraprozedurale Komplikationen ... 82
Postoperativer Verlauf ... 84
Entlassung / Verlegung ... 88

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden Daten der Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert. In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für die definierte Patientin bzw. den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die (sozialdatenbasierte) Qualitätsindikatoren-Berechnung nicht ausgewertet werden bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatendatensätzen berichtet.

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2023 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2022).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2024 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik
• eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	76.161 76.125 36	75.592	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	243		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	266	268	99,25
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	229	232	98,71

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2024 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) 2024
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) 2024
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) 2024
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) 2024
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) 2024

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.109 10.092 17	10.108	100,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	279		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	287	290	98,97
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	269	270	99,63

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.592 8.567 25	8.545	100,55
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	256		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	264	263	100,38
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2022		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.596 7.575 21	7.638	99,45
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	235		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	247	246	100,41
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	226	226	100,00

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.586	98,71 N = 82.510

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.261	99,47 N = 80.828

Erfassungsjahr 2022	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	76.125	99,36 N = 75.635

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Im Folgenden finden sich sämtliche Qualitätsindikatoren deren Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt wurden. Dies sind Qualitätsindikatoren, deren Qualitätsmerkmale gemäß den angewandten Kriterien der Verfahrensüberprüfung (Beschluss des G-BA über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen

Qualitätssicherung vom 21. April 2022) und der daran anknüpfenden Verfahrenspflege nicht mehr zur Qualitätssicherung geeignet und zur Streichung empfohlen sind oder bei denen nach Überprüfung ein grundlegender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde:

• Sterblichkeit im Krankenhaus (382006)
• Sterblichkeit innerhalb eines Jahres (382008)

Desweiteren erfolgte für die Qualitätsindikatoren Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen (382003) und Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres (382004) ebenfalls die Aussetzung der Referenzbereiche. Diese Qualitätsindikatoren werden nach Zusammenlegung aller bisherigen Qualitätsindikatoren zu RE-Eingriffen in diesem Jahr das erste Mal in dieser Form ausgewertet, so dass für diese ein Stellungnahmeverfahren erst im nächsten Jahr vorgesehen ist.

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	≤ 8,82 % (95. Perzentil)	2,89 % O = 287 N = 9.940
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,79 (95. Perzentil)	0,90 O/E = 102 / 112,79 N = 9.136
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	3,34 % O = 328 N = 9.821
Gruppe: Sterblichkeit			
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	1,88 % O = 185 N = 9.847
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	0,95 O/E = 215 / 226,98 N = 9.940
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,14 (95. Perzentil)	1,02 O/E = 327 / 321,79 N = 9.821

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	0,44 % O = 37 N = 8.389
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	9,27 % O = 778 N = 8.391
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	24,10 % O = 2.022 N = 8.391
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	6,07 % O = 509 N = 8.391
Gruppe: Sterblichkeit			
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	0,96 O/E = 1.564 / 1.637,50 N = 8.391

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden hingegen auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,01 % 10.109 / 10.108	6,55 % 19 / 290

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

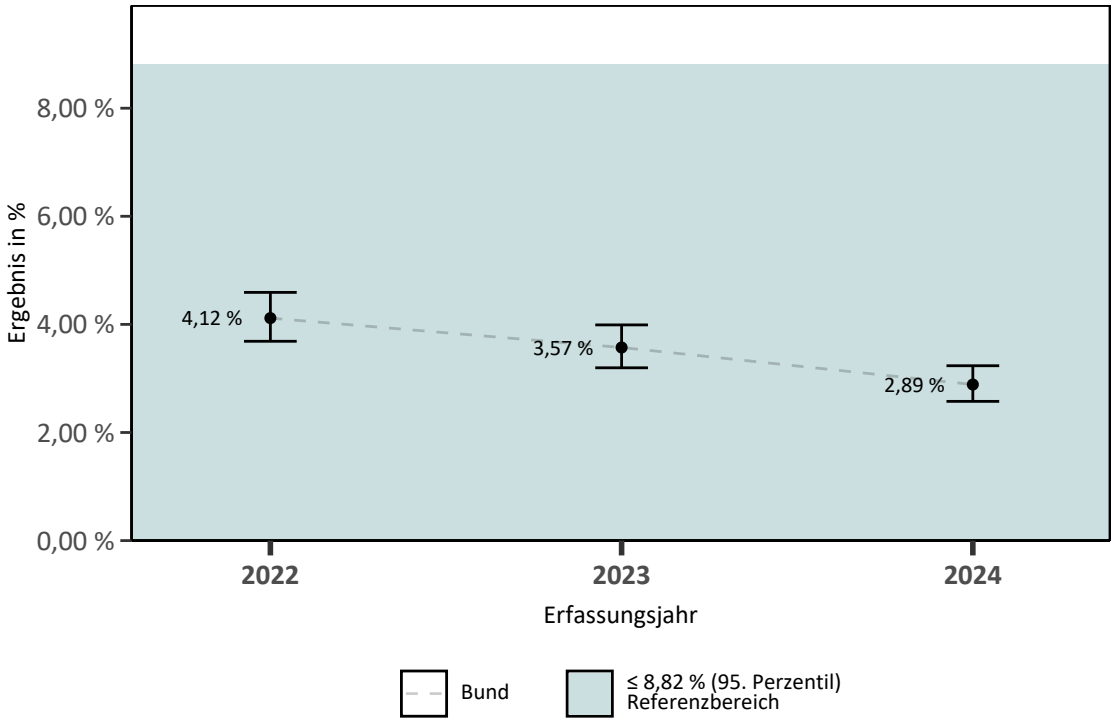
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten, kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Referenzbereich	≤ 8,82 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

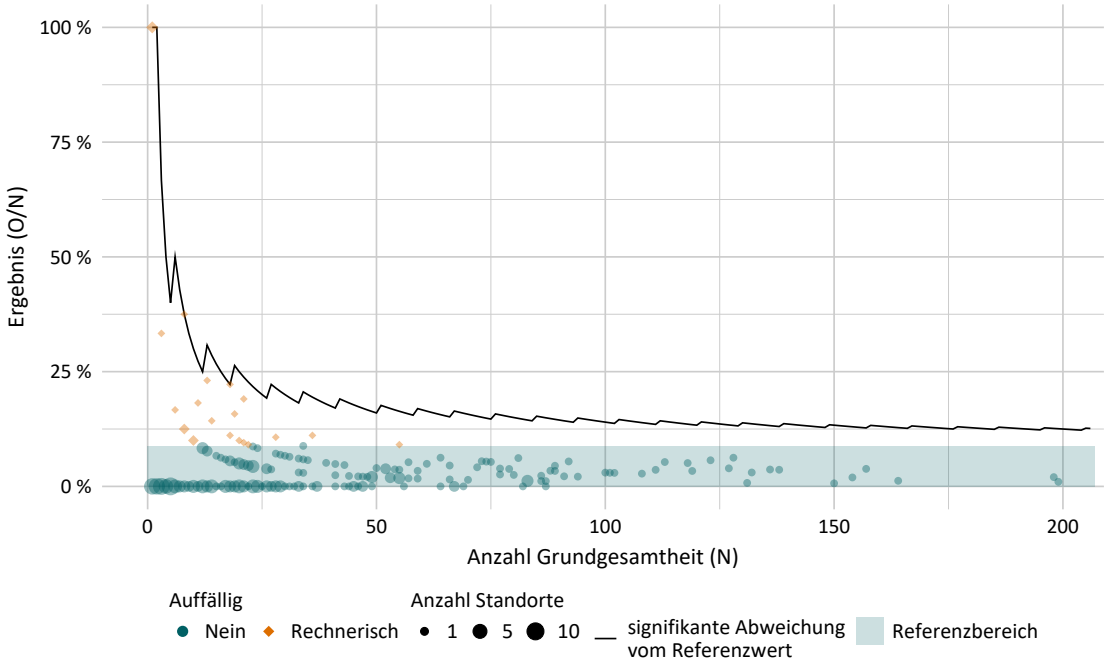
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	306 / 7.434	4,12	3,69 - 4,59
	2023	301 / 8.425	3,57	3,20 - 3,99
	2024	287 / 9.940	2,89	2,58 - 3,24

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	277	23	0,00	100,00	0,00

392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKKathScore für ID 392003.
Referenzbereich	≤ 3,79 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung: Arteria Carotis Inotrope i.v. (präoperativ) Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

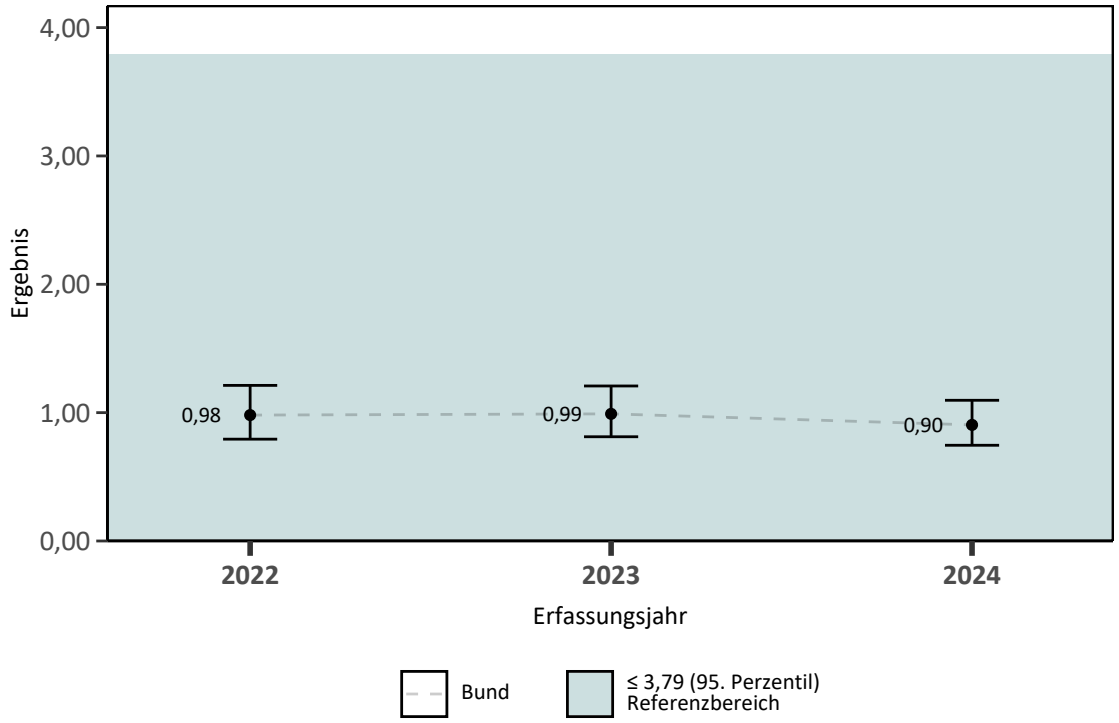
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	6.773	84 / 85,64	0,98	0,79 - 1,21
	2023	7.727	96 / 96,93	0,99	0,81 - 1,21
	2024	9.136	102 / 112,79	0,90	0,75 - 1,10

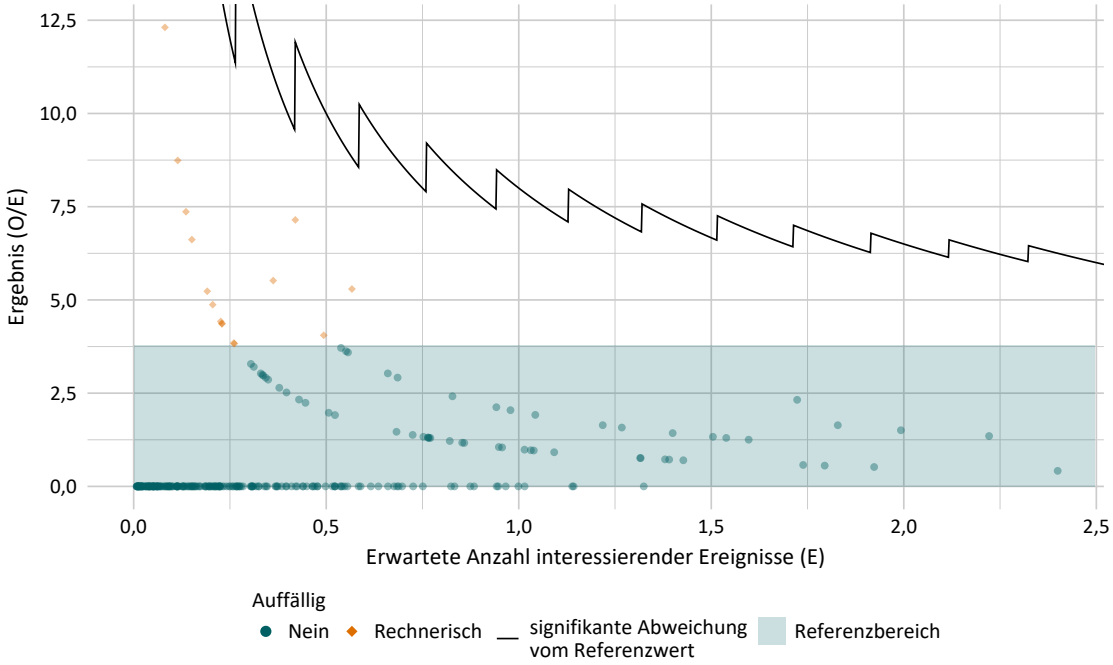
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



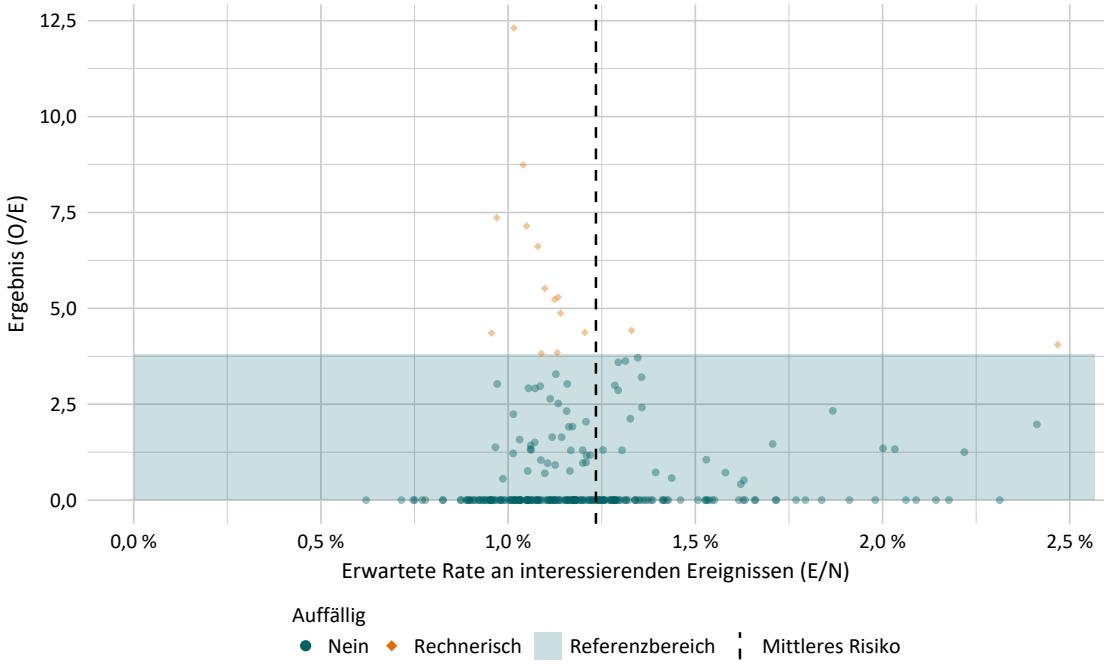
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	276	15	0,00	12,31	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

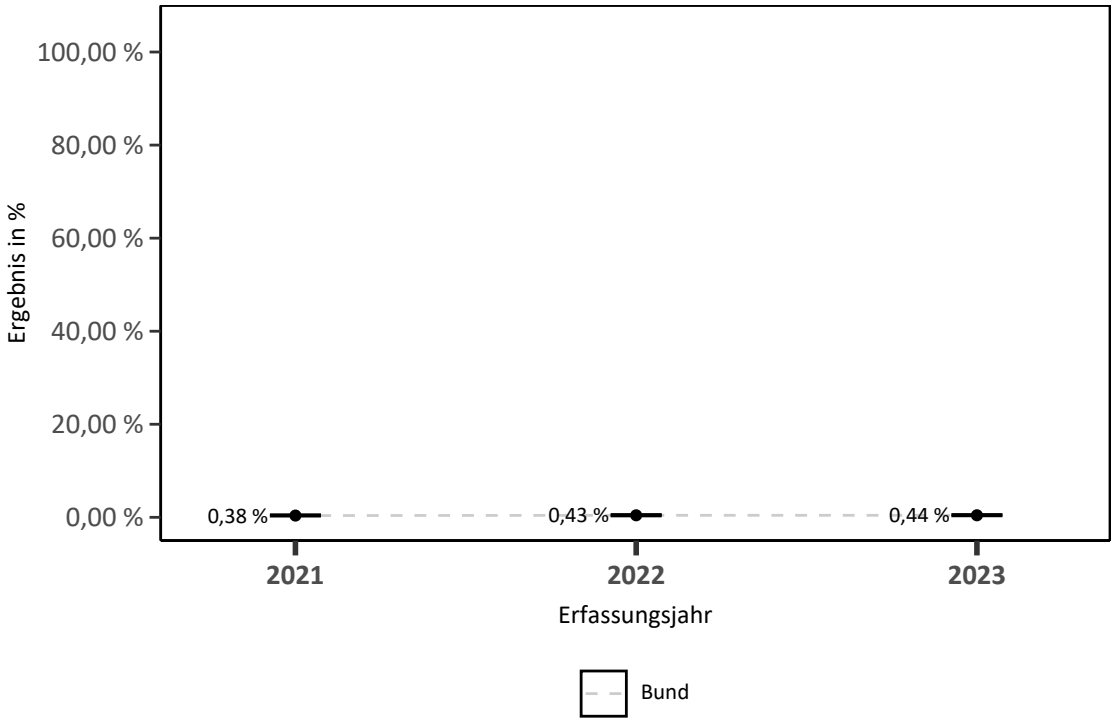
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben und ohne präoperative Endokarditis
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

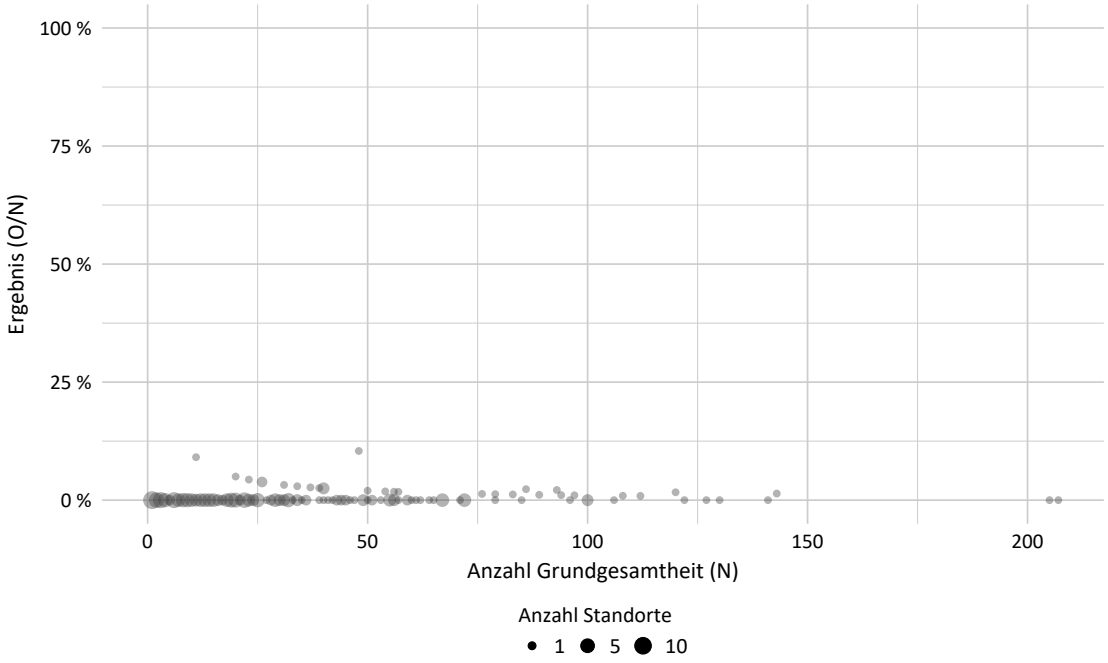
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	27 / 7.139	0,38	0,26 - 0,55
	2022	32 / 7.391	0,43	0,31 - 0,61
	2023	37 / 8.389	0,44	0,32 - 0,61

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	254	0	0,00	10,42	0,00

392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

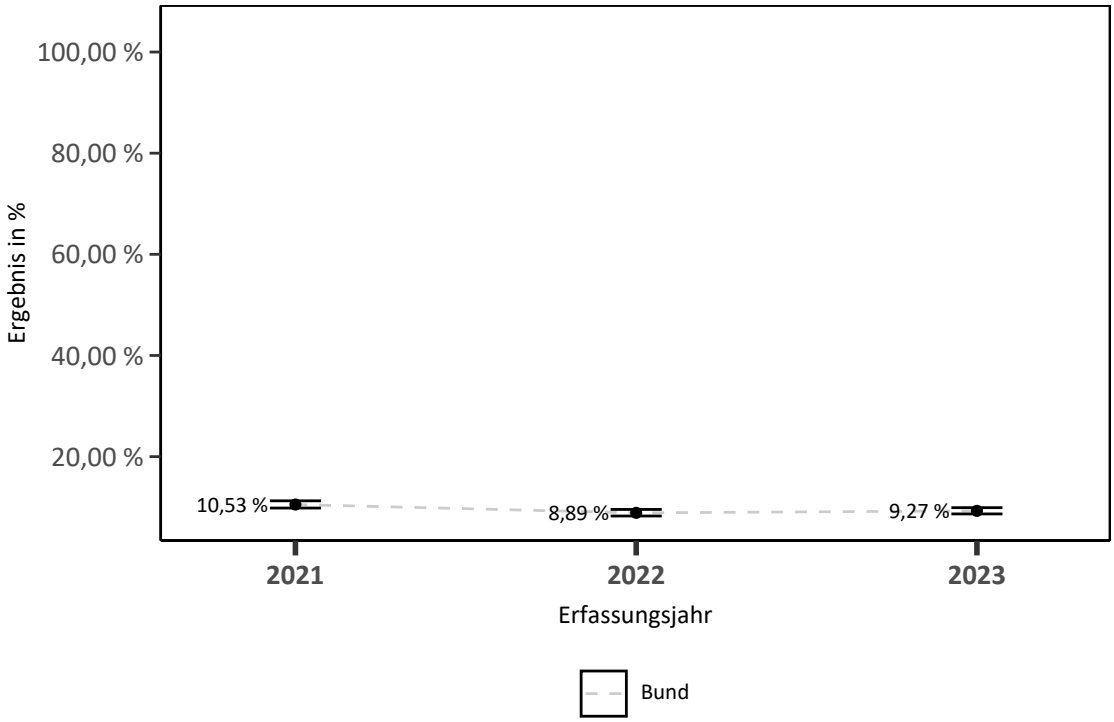
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäßkomplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage • neu aufgetretenes Vorhofflimmern/-flattern
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 1/2024

Detailergebnisse

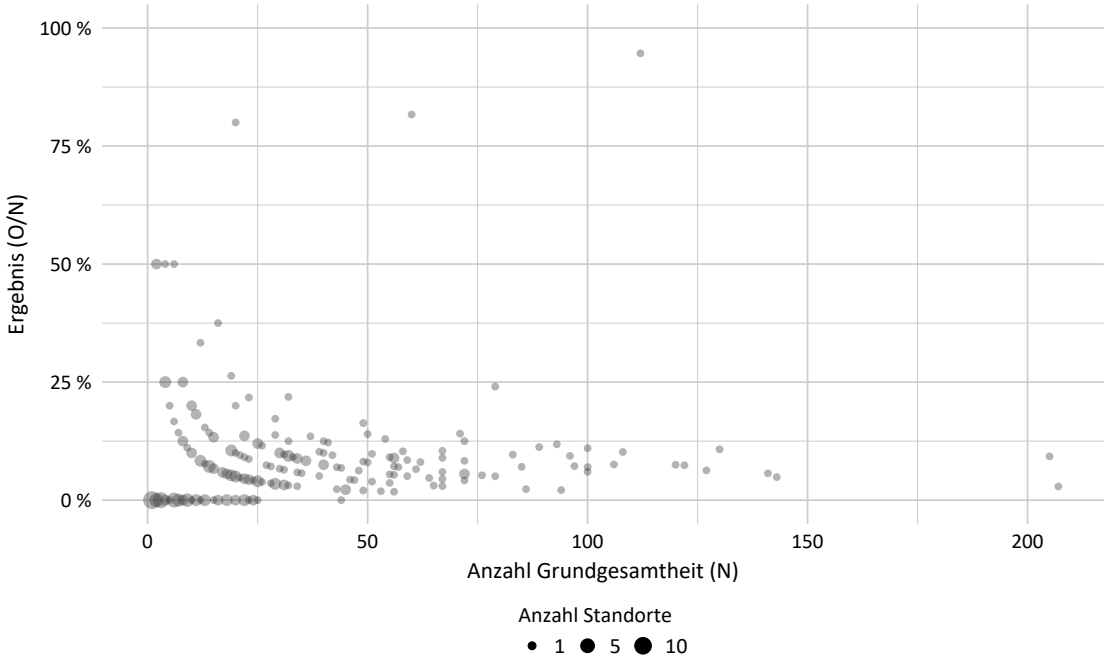
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	752 / 7.141	10,53	9,84 - 11,26
	2022	657 / 7.394	8,89	8,26 - 9,56
	2023	778 / 8.391	9,27	8,67 - 9,91

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	254	0	0,00	94,64	5,69

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 392002** **Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben**	2,89 % 287/9.940
1.1.1	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte intraprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.1.1	ID: 39_22018 Device-Fehlpositionierung	0,32 % 32/9.940
1.1.1.2	ID: 39_22019 Aortendissektion	0,00 % 0/9.940
1.1.1.3	ID: 39_22020 Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	0,08 % 8/9.940
1.1.1.4	ID: 39_22021 Perikardtamponade	0,23 % 23/9.940
1.1.1.5	ID: 39_22022 Rhythmusstörungen	0,21 % 21/9.940
1.1.1.6	ID: 39_22023 Low Cardiac Output mit Therapie[1]	x % ≤3/9.940
1.1.1.7	ID: 39_22024 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)	0,23 % 23/9.940
1.1.1.8	ID: 39_22025 Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation	0,11 % 11/9.940
1.1.2	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte postprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.2.1	ID: 39_22026 Komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff	0,31 % 31/9.940
1.1.2.2	ID: 39_22027 Mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial	0,34 % 34/9.940
1.1.2.3	ID: 39_22028 Paravalvuläre Leckage	0,20 % 20/9.940
1.1.2.4	ID: 39_22029 Neu aufgetretener Herzinfarkt	0,09 % 9/9.940
1.1.2.5	ID: 39_22030 Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf)	0,41 % 41/9.940

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.2.6	ID: 39_22031 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)	0,89 % 88/9.940
1.1.3	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.3.1	ID: 39_22032 Infektion(en)	0,08 % 8/9.940
1.1.3.2	ID: 39_22033 Sternuminstabilität	x % ≤3/9.940
1.1.3.3	ID: 39_22034 Gefäßruptur	x % ≤3/9.940
1.1.3.4	ID: 39_22035 Dissektion	0,00 % 0/9.940
1.1.3.5	ID: 39_22036 Therapierelevante Blutungen/Hämatom	0,59 % 59/9.940
1.1.3.6	ID: 39_22037 Ischämie	x % ≤3/9.940
1.1.3.7	ID: 39_22038 AV- Fistel	0,16 % 16/9.940
1.1.3.8	ID: 39_22039 Sonstige	0,15 % 15/9.940

[1] IABP, VAD oder ECMO

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.2.1.1	ID: O_392003 O/N (observed, beobachtet)	1,12 % 102/9.136
1.2.1.2	ID: E_392003 E/N (expected, erwartet)	1,23 % 112,79/9.136
1.2.1.3	**ID: 392003** **O/E**	0,90
1.2.1.3.1	ID: 39_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	1,19 % 96/8.074
1.2.1.3.2	ID: 39_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[2]	0,63 % 8/1.273

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.1.3.3	ID: 39_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	x % ≤3/428

[2] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 392004** **Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen**	0,44 % 37/8.389

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 392005** **Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen**	9,27 % 778/8.391

392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

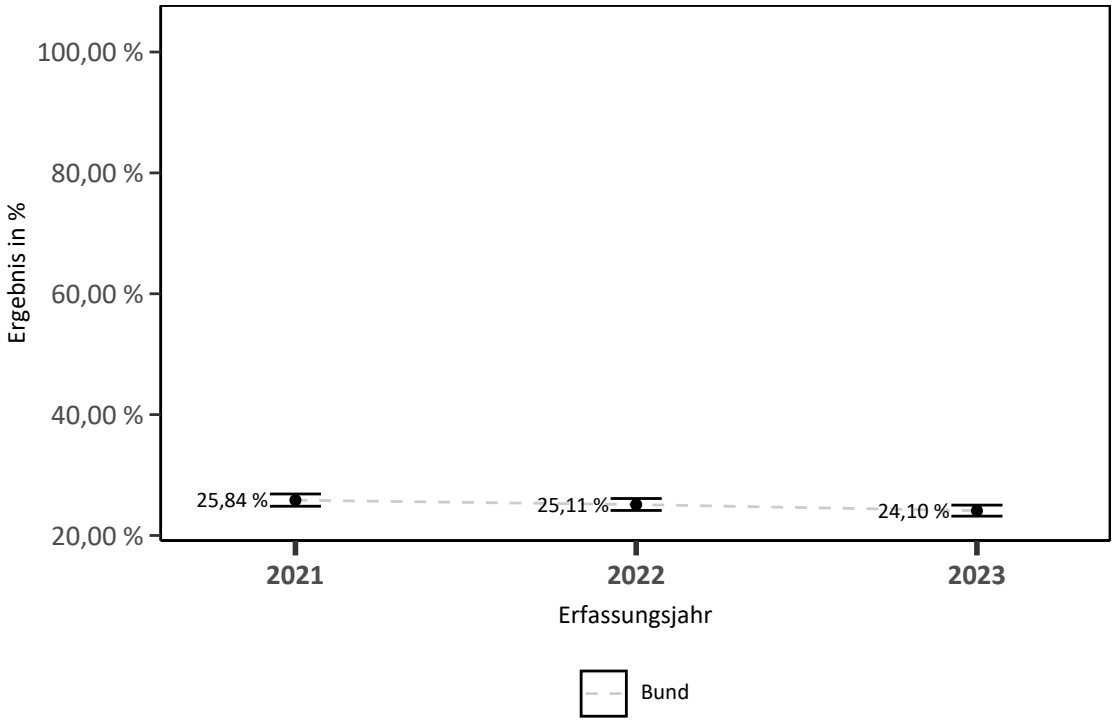
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

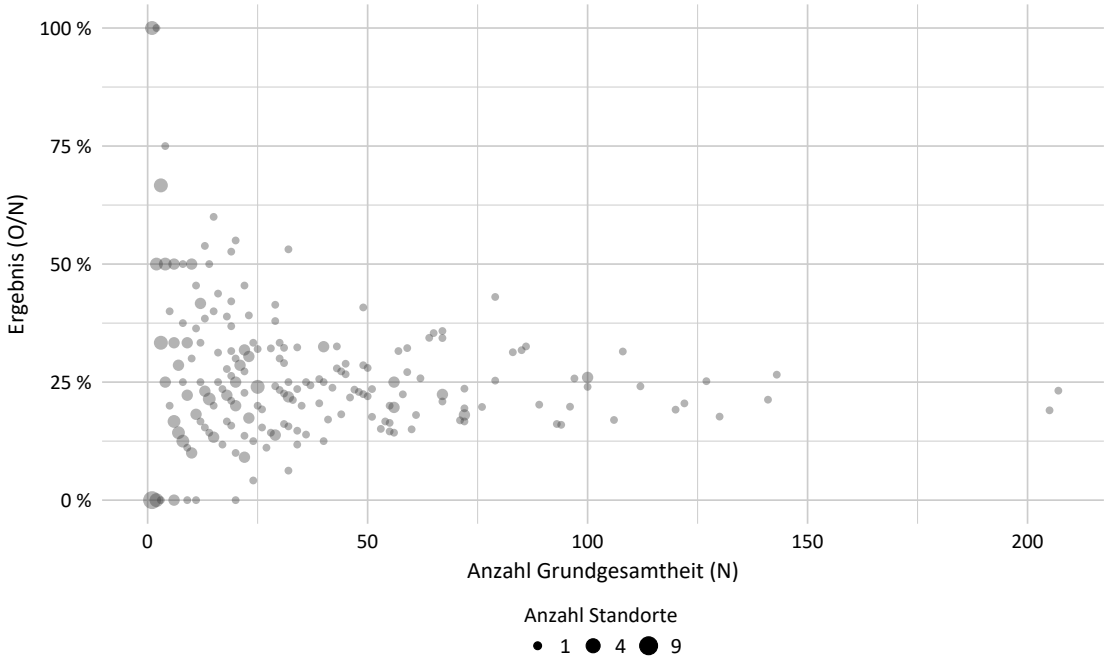
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	1.845 / 7.141	25,84	24,83 - 26,86
	2022	1.857 / 7.394	25,11	24,14 - 26,12
	2023	2.022 / 8.391	24,10	23,19 - 25,02

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	254	0	0,00	100,00	23,57

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

392008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

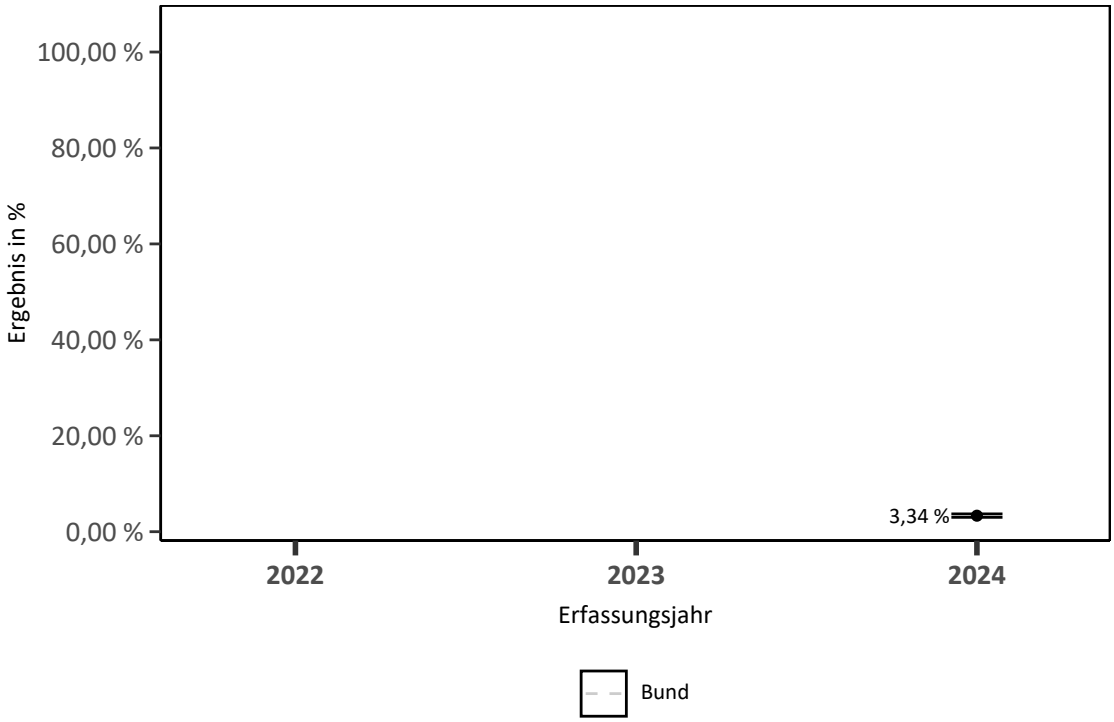
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

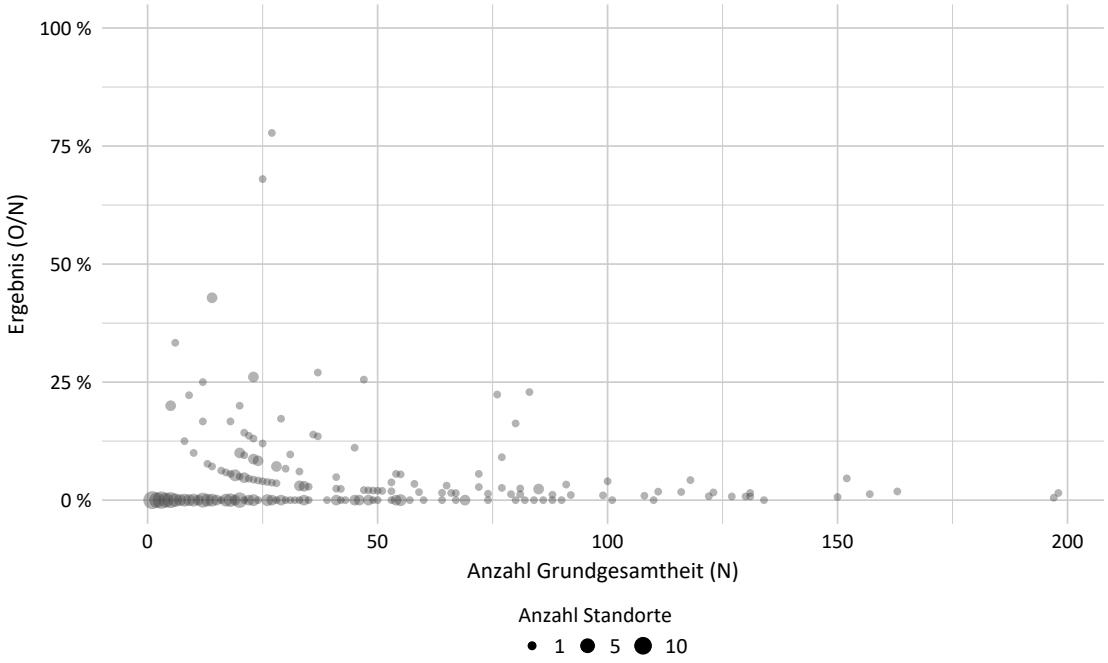
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	328 / 9.821	3,34	3,00 - 3,71

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	277	0	0,00	77,78	0,00

392009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

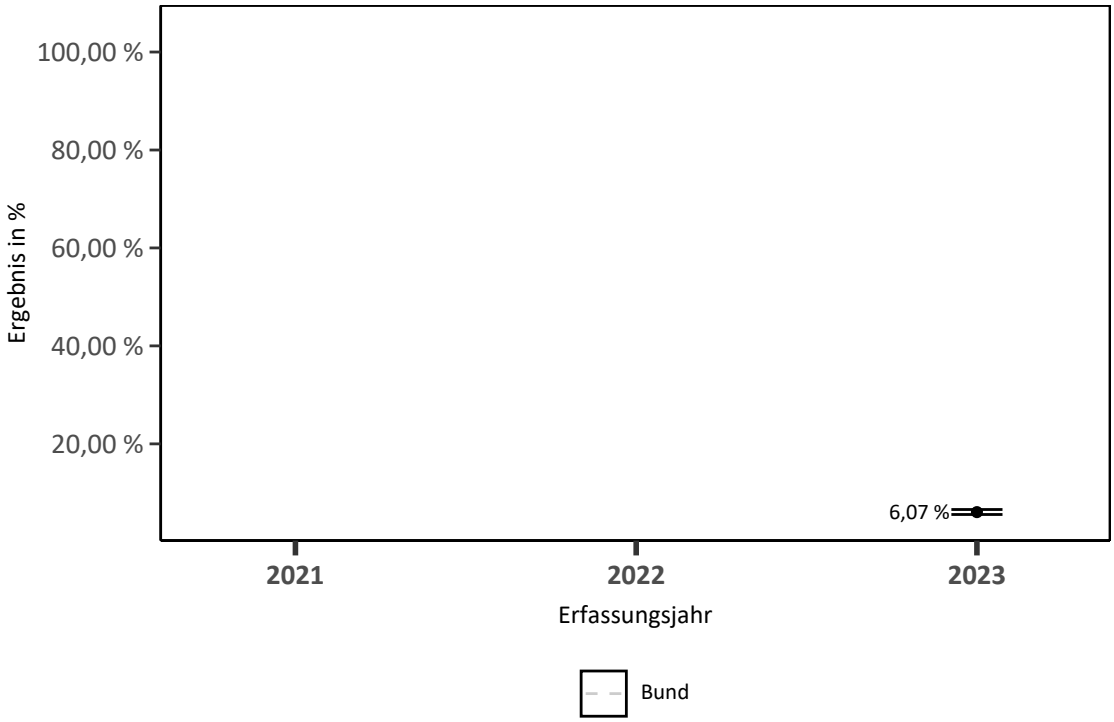
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

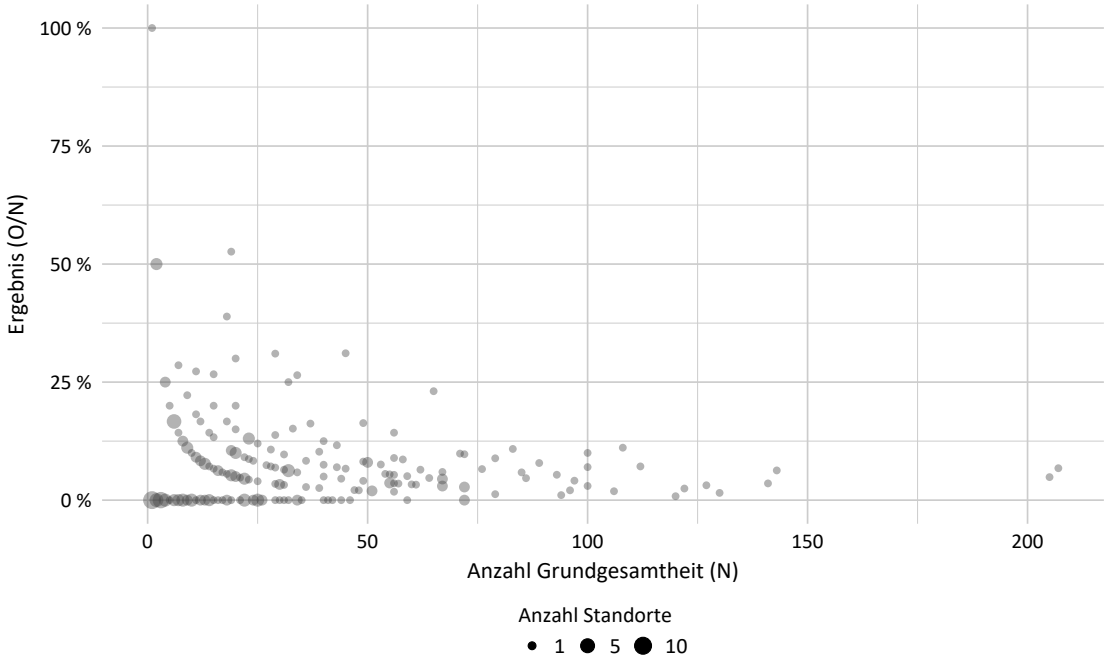
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	509 / 8.391	6,07	5,58 - 6,60

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	254	0	0,00	100,00	4,55

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

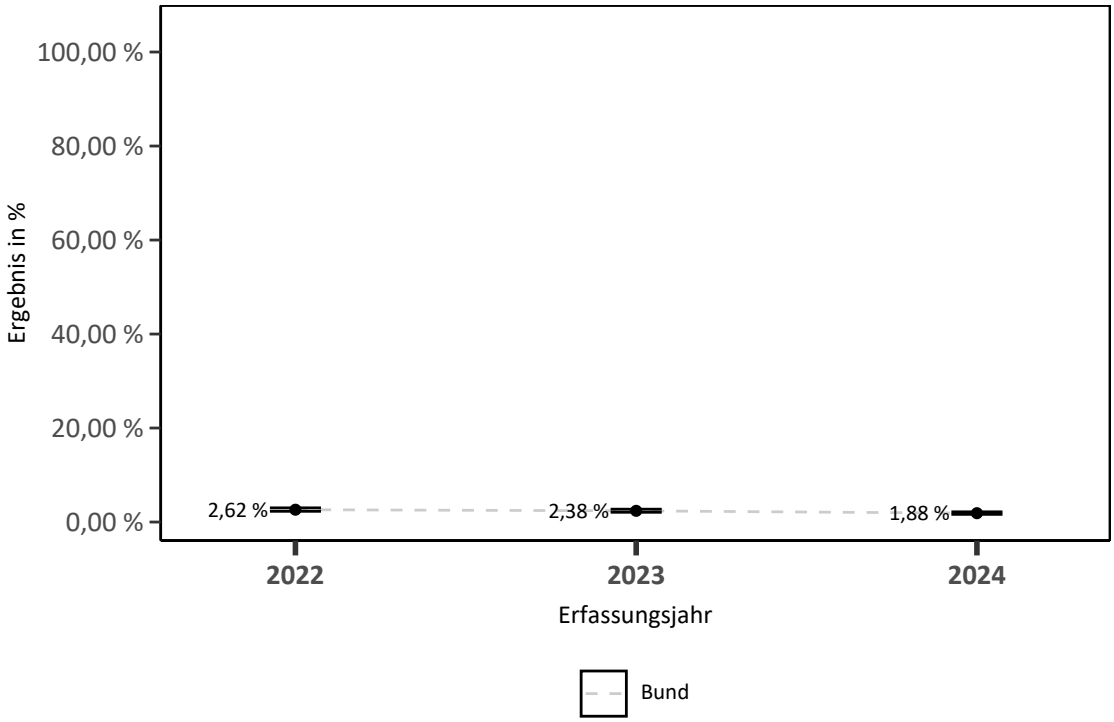
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

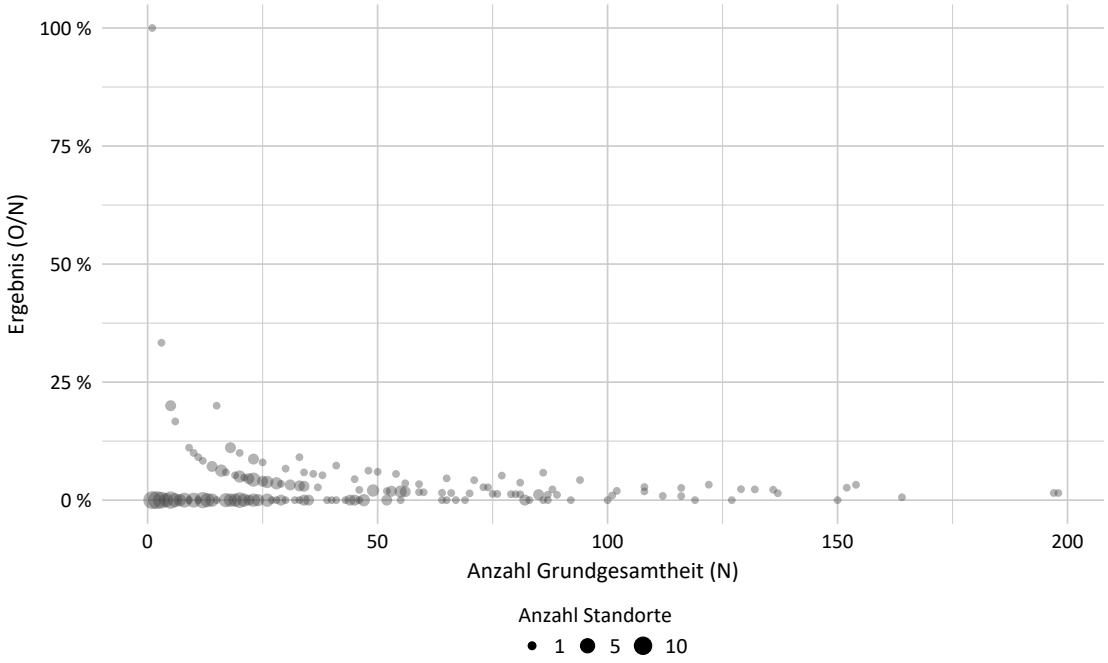
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	193 / 7.360	2,62	2,28 - 3,01
	2023	199 / 8.354	2,38	2,08 - 2,73
	2024	185 / 9.847	1,88	1,63 - 2,17

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	277	0	0,00	100,00	0,00

392011: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Kath-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression (O/E)
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

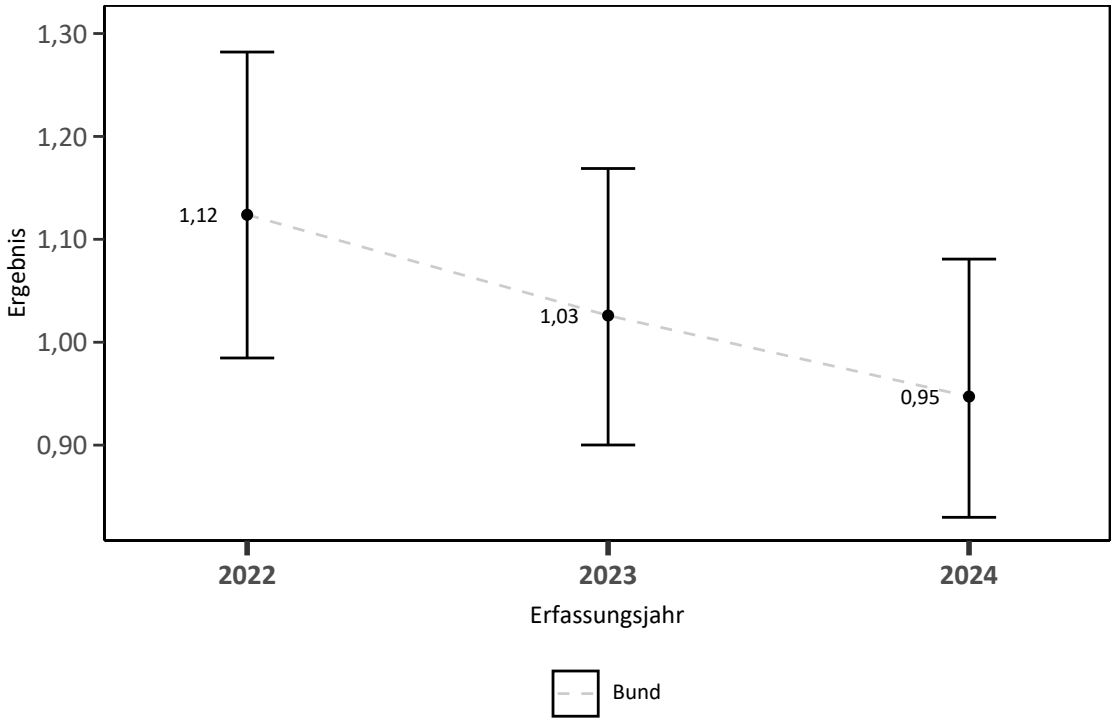
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	7.434	214 / 190,42	1,12	0,98 - 1,28
	2023	8.425	219 / 213,46	1,03	0,90 - 1,17
	2024	9.940	215 / 226,98	0,95	0,83 - 1,08

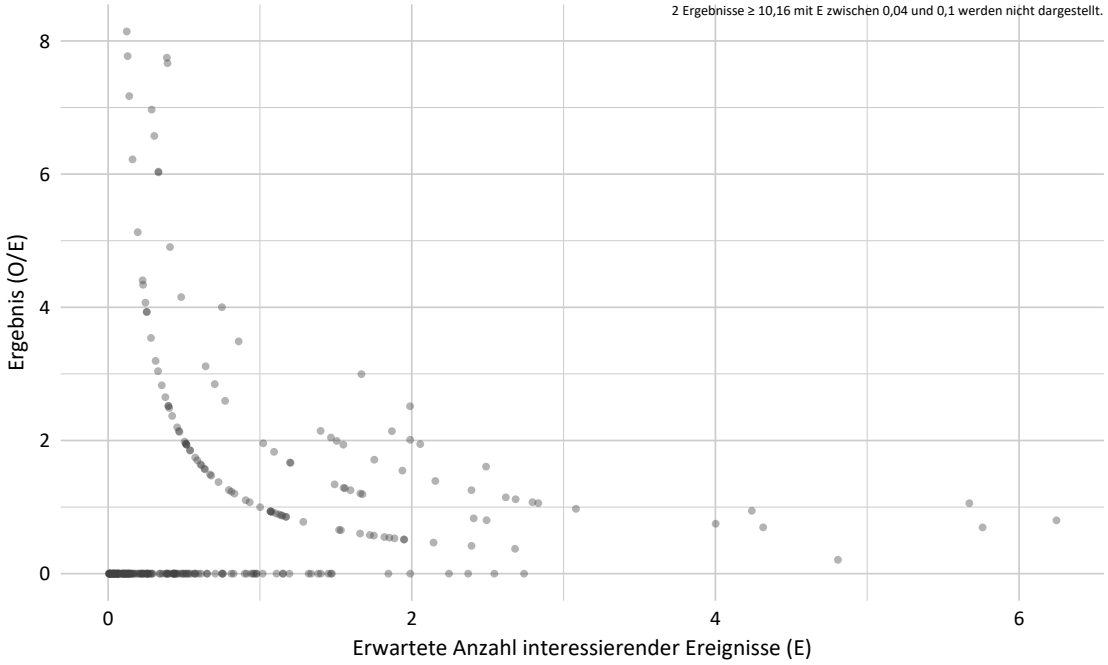
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



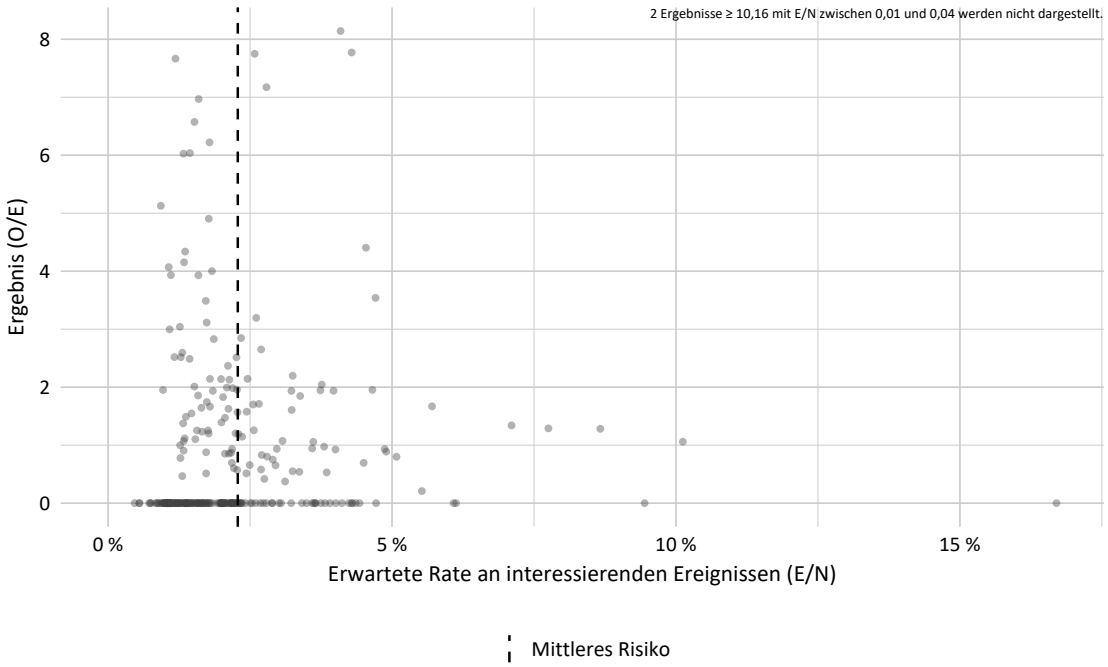
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	277	0	0,00	22,42	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Kath-30d-Score
Referenzbereich	≤ 3,14 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

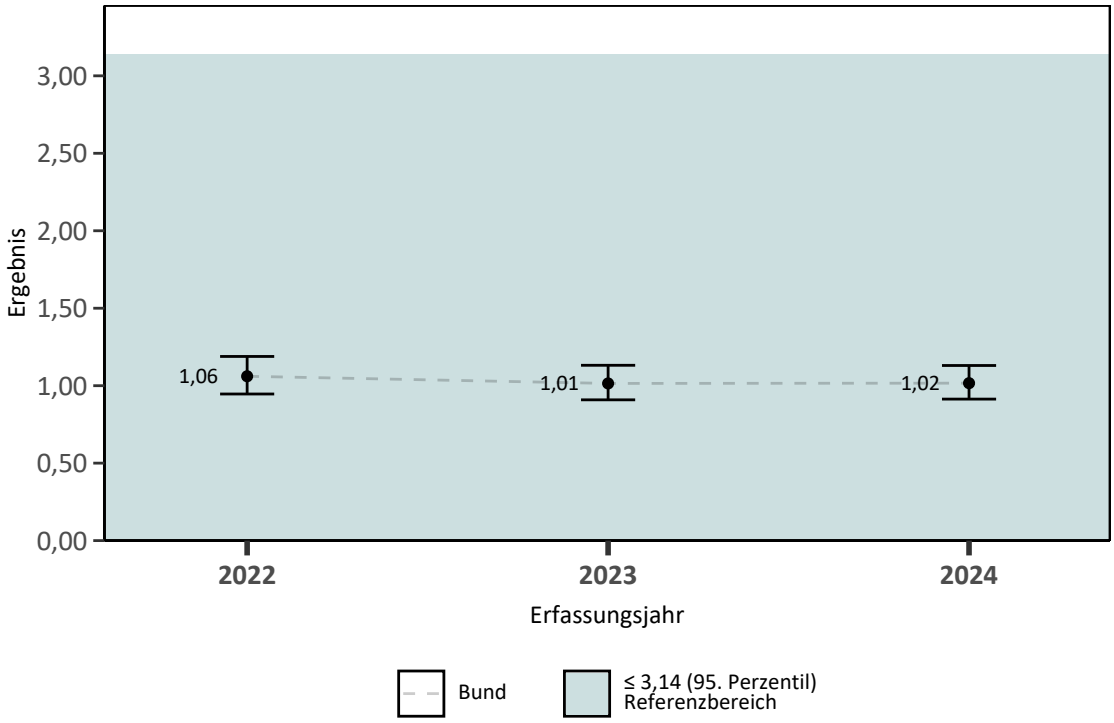
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	7.344	284 / 267,73	1,06	0,95 - 1,19
	2023	8.378	307 / 302,63	1,01	0,91 - 1,13
	2024	9.821	327 / 321,79	1,02	0,91 - 1,13

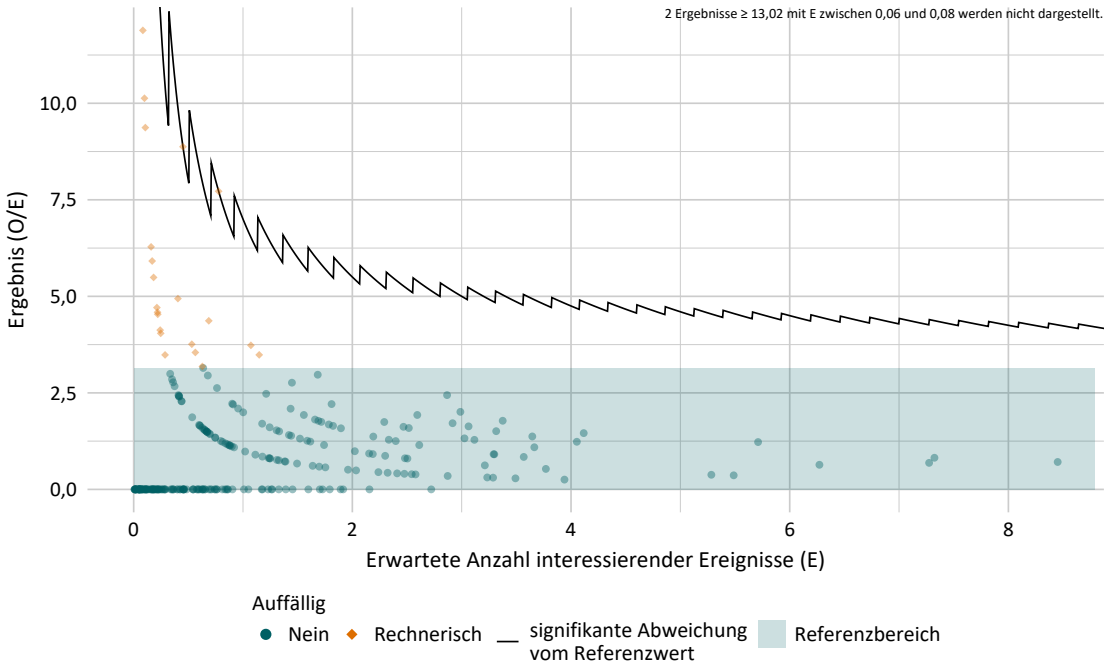
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



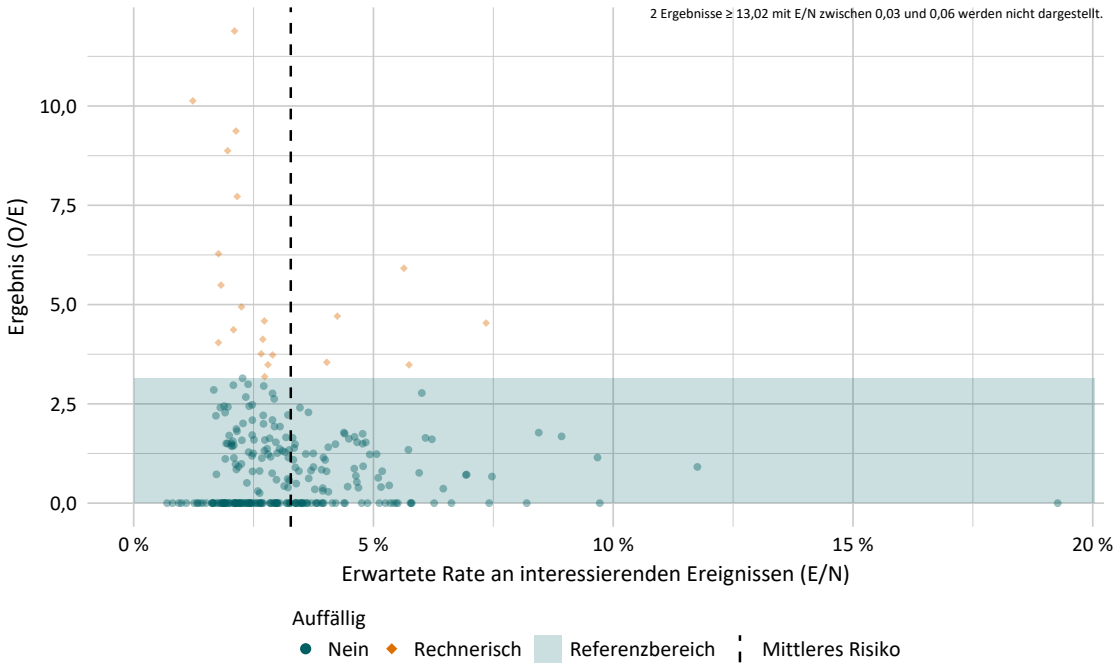
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	277	23	0,00	16,93	0,49

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Kath-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Herzinsuffizienz NYHA IV Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Diabetes mellitus Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

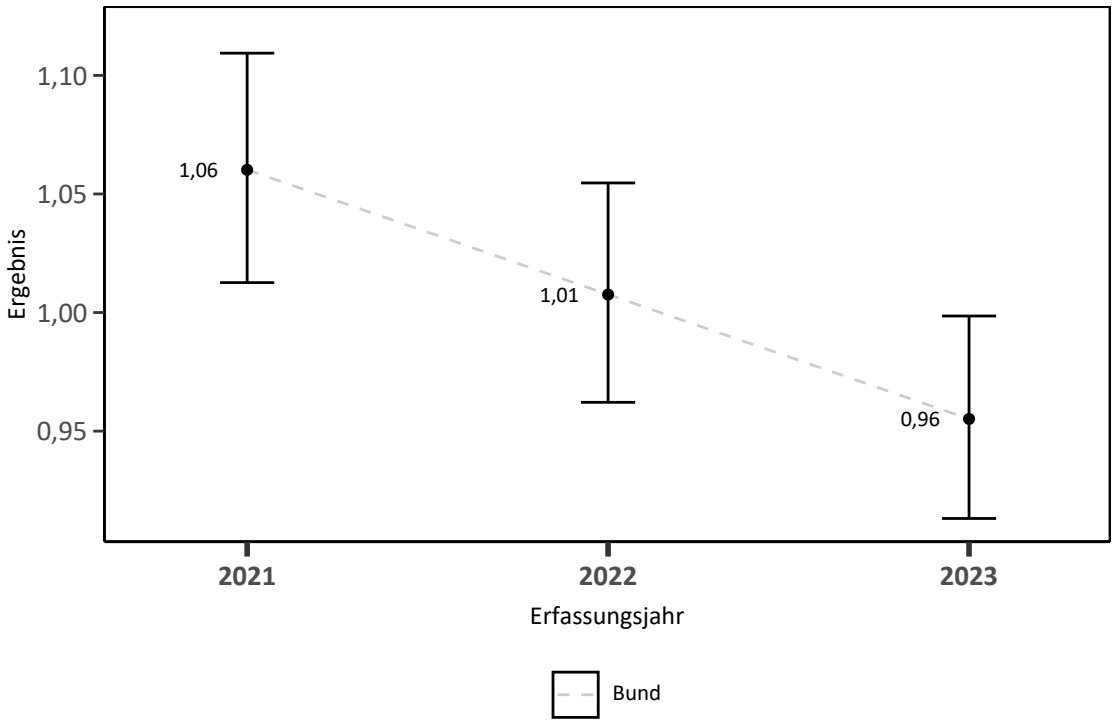
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	7.141	1.466 / 1.382,79	1,06	1,01 - 1,11
	2022	7.394	1.462 / 1.450,98	1,01	0,96 - 1,05
	2023	8.391	1.564 / 1.637,50	0,96	0,91 - 1,00

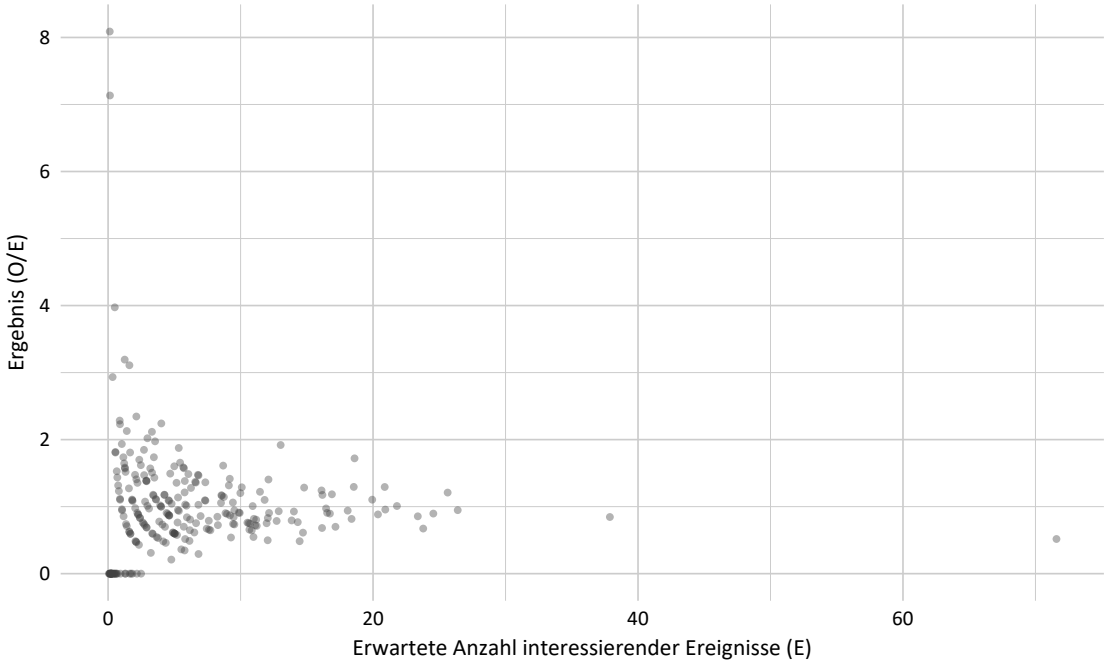
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



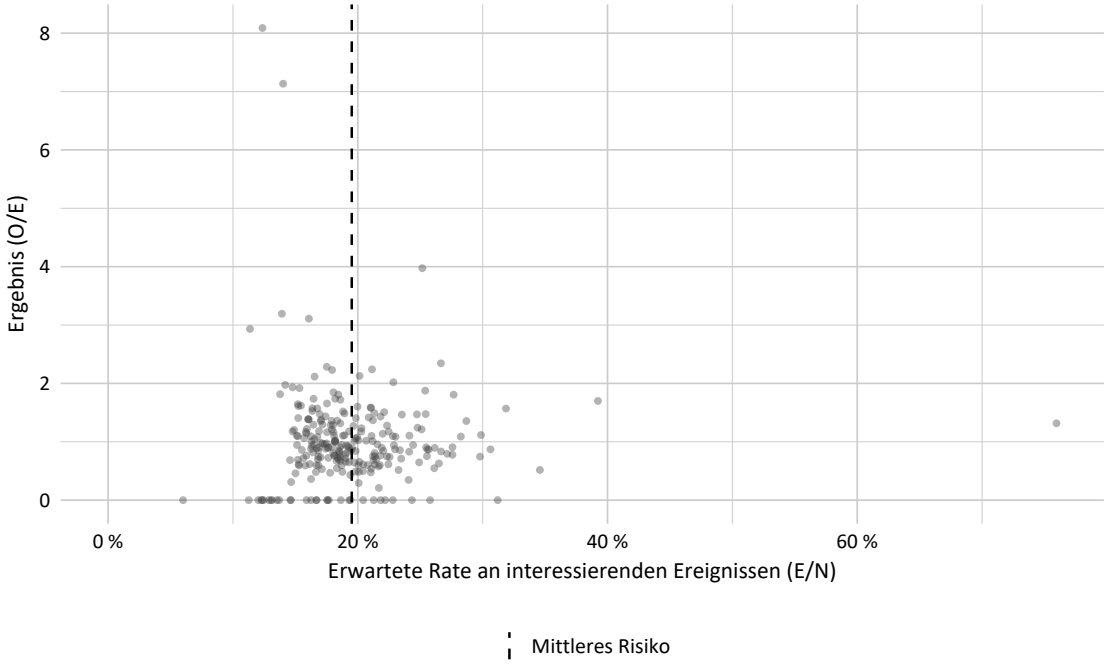
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	254	0	0,00	8,09	0,90

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 39_22046 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	2,16 % 215/9.940
4.1.1	**ID: 392010** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	1,88 % 185/9.847
4.1.2	ID: 39_22047 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	32,26 % 30/93

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Kath-Score	
4.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in MKL-Kath-Score Risikoklassen	
4.2.1.1	ID: 39_22048 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,22 % 103/8.457
4.2.1.2	ID: 39_22049 Risikoklasse 3 - < 6 %	3,71 % 32/863
4.2.1.3	ID: 39_22050 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,51 % 25/333
4.2.1.4	ID: 39_22051 Risikoklasse ≥ 10 %	19,16 % 55/287
4.2.1.4	ID: 39_22052 Summe MKL-Kath-Score Risikoklassen	2,16 % 215/9.940
4.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in MKL-Kath-Score Risikoklassen	
4.2.2.1	ID: 39_22053 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,18 % 99,87/8.457
4.2.2.2	ID: 39_22054 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,08 % 35,17/863
4.2.2.3	ID: 39_22055 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,46 % 24,83/333
4.2.2.4	ID: 39_22056 Risikoklasse ≥ 10 %	23,38 % 67,10/287
4.2.2.5	ID: 39_22057 Summe MKL-Kath-Score Risikoklassen	2,28 % 226,98/9.940
4.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.1	ID: O_392011 O/N (observed, beobachtet)	2,16 % 215/9.940
4.2.3.2	ID: E_392011 E/N (expected, erwartet)	2,28 % 226,98/9.940
4.2.3.3	**ID: 392011** **O/E**	0,95

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Kath-30d-Score	
4.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.3.1.1	ID: O_392012 O/N (observed, beobachtet)	3,33 % 327/9.821
4.3.1.2	ID: E_392012 E/N (expected, erwartet)	3,28 % 321,79/9.821
4.3.1.3	**ID: 392012** **O/E**	1,02

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Kath-365d-Score	
4.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.4.1.1	ID: O_392013 O/N (observed, beobachtet)	18,64 % 1.564/8.391
4.4.1.2	ID: E_392013 E/N (expected, erwartet)	19,51 % 1.637,50/8.391
4.4.1.3	**ID: 392013** **O/E**	0,96

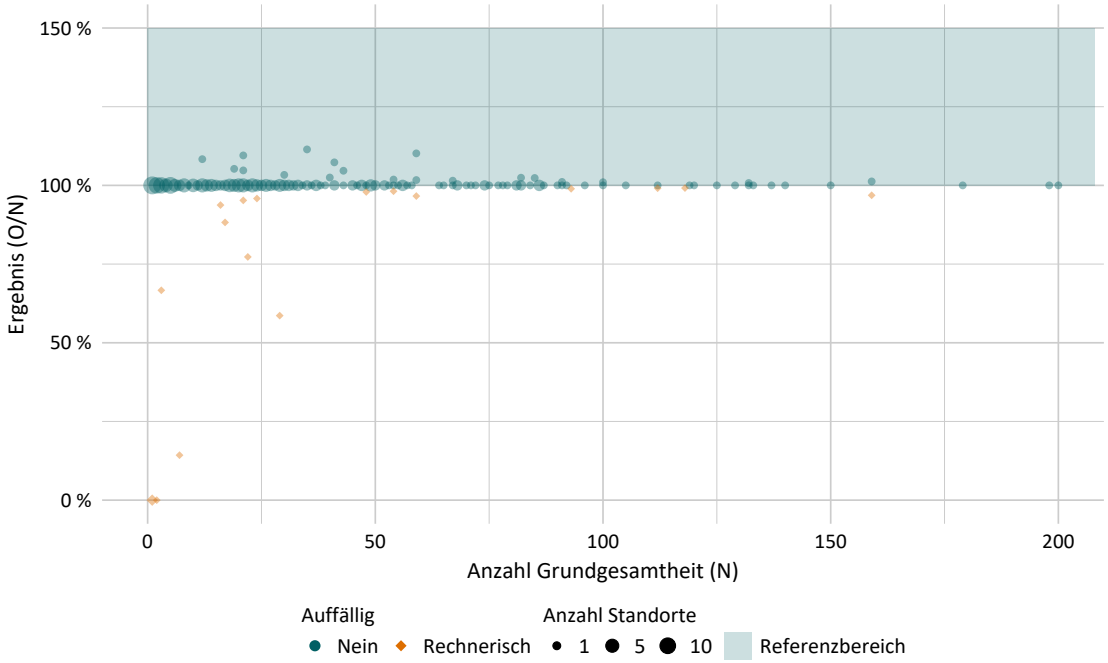
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	290	19	0,00	111,43	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	10.109 / 10.108	100,01	6,55 % 19 / 290

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	83.586	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal isoliert kathetergestützt an der Mitralklappe operiert wurden	9.966	11,92

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	84.128	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	25.305	30,08
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.801	6,90
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	26.832	31,89
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.350	8,74
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	10.002	11,89
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.038	7,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	110	1,10
1. Quartal	2.492	25,01
2. Quartal	2.606	26,15
3. Quartal	2.526	25,35
4. Quartal	2.232	22,40
Entlassungsquartal		
1. Quartal	2.380	23,88
2. Quartal	2.526	25,35
3. Quartal	2.508	25,17
4. Quartal	2.552	25,61

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	5.576	55,95
8 - 14 Tage	1.932	19,39
15 - 21 Tage	936	9,39
22 - 28 Tage	635	6,37
> 28 Tage	887	8,90

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	9.966
5. Perzentil	0,00
Mittelwert	5,82
Median	2,00
95. Perzentil	26,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	9.966
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	5,53
Median	4,00
95. Perzentil	16,00
Gesamtverweildauer (Tage)[6]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	9.966
5. Perzentil	3,00
Mittelwert	11,35
Median	7,00
95. Perzentil	34,00

[4] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten kathetergestützten Mitralklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[5] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten kathetergestützten Mitralklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[6] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	83	0,83
50 – 59 Jahre	246	2,47
60 – 64 Jahre	307	3,08
65 – 69 Jahre	557	5,59
70 – 74 Jahre	1.105	11,09
75 – 79 Jahre	1.946	19,53
80 – 89 Jahre	5.479	54,98
≥ 90 Jahre	243	2,44

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	9.966
5. Perzentil	63,00
25. Perzentil	75,00
Mittelwert	78,76
Median	81,00
75. Perzentil	84,00
95. Perzentil	88,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
Geschlecht		
(1) männlich	4.805	48,21
(2) weiblich	5.161	51,79
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 9.790**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	273	2,79
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	4.364	44,58
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	3.232	33,01
Adipositas (≥ 30)	1.921	19,62

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	145	1,45
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	1.048	10,52
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	7.342	73,67
(IV) Beschwerden in Ruhe	1.431	14,36
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	1.164	11,68
(1) ja	8.802	88,32
Angina Pectoris		
(0) nein	8.766	87,96
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	444	4,46
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	540	5,42
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	173	1,74
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	43	0,43
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	8.835	88,65
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	42	0,42
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	117	1,17
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	174	1,75
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	780	7,83
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	13	0,13
(9) unbekannt	5	0,05

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	5.889	59,09
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	450	4,52
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	1.396	14,01
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	2.205	22,13
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	22	0,22
(9) unbekannt	4	0,04
Reanimation		
(0) nein	9.752	97,85
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	43	0,43
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	44	0,44
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	123	1,23
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	≤3	x
(9) unbekannt	≤3	x

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	8.390
5. Perzentil	25,00
Mittelwert	45,25
Median	45,00
95. Perzentil	70,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	1.576	15,81
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	3.953	39,66
(2) Vorhofflimmern	5.601	56,20
(9) anderer Rhythmus	412	4,13
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	2.753	27,62
(1) paroxysmal	2.048	20,55
(2) persistierend	2.371	23,79
(3) permanent	2.794	28,04
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	7.715	77,41
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	1.136	11,40
(2) Schrittmacher mit CRT-System	229	2,30
(3) Defibrillator ohne CRT-System	465	4,67
(4) Defibrillator mit CRT-System	421	4,22

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[7]		
(1) normaler, gesunder Patient	55	0,55
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	772	7,75
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	6.181	62,02
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	2.890	29,00
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	68	0,68

[7] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
LVEF		
< 15%	29	0,29
15 - 30%	1.372	13,77
31 - 50%	3.837	38,50
> 50%	4.687	47,03
LVEF unbekannt	41	0,41
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	9.925
5. Perzentil	24,00
Mittelwert	47,84
Median	50,00
95. Perzentil	65,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	4.735	47,51
(1) 1-Gefäßerkrankung	1.598	16,03
(2) 2-Gefäßerkrankung	1.223	12,27
(3) 3-Gefäßerkrankung	2.276	22,84
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	4.520	88,68
(1) ja, operativ	67	1,31
(2) ja, interventionell	510	10,01
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	134	1,34
Hauptstammstenose		
(0) nein	9.618	96,51
(1) ja, gleich oder größer 50%	348	3,49

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	8.409	84,38
(1) ja	1.557	15,62
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	8.238	82,66
(1) eine	1.439	14,44
(2) zwei	132	1,32
(3) drei	26	0,26
(4) vier	4	0,04
(5) fünf oder mehr	≤3	x
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	121	1,21
(9) unbekannt	5	0,05

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
akute Infektionen[8]		
(0) keine	9.727	97,60
(1) Mediastinitis	12	0,12
(2) Sepsis	18	0,18
(3) broncho-pulmonale Infektion	81	0,81
(4) oto-laryngologische Infektion	≤3	x
(5) floride Endokarditis	≤3	x
(6) Peritonitis	≤3	x
(7) Wundinfektion Thorax	0	0,00
(8) Pleuraempym	≤3	x
(9) Venenkatheterinfektion	4	0,04
(10) Harnwegsinfektion	55	0,55
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	9	0,09
(12) HIV-Infektion	≤3	x
(13) Hepatitis B oder C	5	0,05
(18) andere Wundinfektion	8	0,08
(88) sonstige Infektion	52	0,52
Diabetes mellitus		
(0) nein	7.631	76,57
(1) ja, diätetisch behandelt	393	3,94
(2) ja, orale Medikation	1.271	12,75
(3) ja, mit Insulin behandelt	631	6,33
(4) ja, unbehandelt	14	0,14
(9) unbekannt	26	0,26

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	8.459	84,88
(1) ja	1.492	14,97
davon:[9]		
periphere AVK	910	60,99
Arteria Carotis	516	34,58
Aortenaneurysma	210	14,08
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	279	18,70
(9) unbekannt	15	0,15
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	7.918	79,45
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	1.045	10,49
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	240	2,41
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	753	7,56
(9) unbekannt	10	0,10

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	8.862	88,92
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	572	5,74
(2) ja, ZNS, andere	249	2,50
(3) ja, peripher	251	2,52
(4) ja, Kombination	24	0,24
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	207	34,73
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	172	28,86
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	164	27,52
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	42	7,05
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	9	1,51
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	≤3	x
(9) unbekannt	8	0,08
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	9.553	95,86
(1) akut	75	0,75
(2) chronisch	338	3,39

[8] Mehrfachnennung möglich
[9] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	9.553
5. Perzentil	0,70
Mittelwert	1,33
Median	1,20
95. Perzentil	2,40
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[11]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	9.553
5. Perzentil	61,88
Mittelwert	117,59
Median	106,08
95. Perzentil	212,16

[10] (letzter Wert vor OP)
[11] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 10.002**	
Operation[12]		
(5-35a.3*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz	366	3,66
(5-35a.30) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz - endovaskulär	228	2,28
(5-35a.31 oder 5-35a.32) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz - transapikal	0	0,00
(5-35a.4*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion	9.555	95,53
(5-35a.40) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transarteriell	17	0,17
(5-35a.41) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transvenös	9.000	89,98
(5-35a.42) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transapikal	40	0,40
(8-837.a1) Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Mitralklappe	131	1,31

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 10.002**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	9.909	99,07
(1) ja	93	0,93
davon:[13]		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	33	35,48
Vorhofablation	7	7,53
Eingriff an herznahen Gefäßen	≤3	x
Herzohrverschluss/-amputation	7	7,53
interventioneller Koronareingriff (PCI)	26	27,96
sonstige	24	25,81

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 10.002**	
Konversionseingriff		
(0) nein	9.938	99,36
(1) ja	64	0,64
Zugang (MKE)[14]		
(3) endovaskulärer Zugang, arteriell	236	2,36
(4) endovaskulärer Zugang, venös	9.592	95,90
(5) transapikaler Zugang	174	1,74
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	4.278	42,77
(1) ja	5.724	57,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 10.002**	
Dringlichkeit		
(1) elektiv	8.423	84,21
(2) dringlich	1.481	14,81
(3) Notfall	81	0,81
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	17	0,17
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	9.958	99,56
(1) ja	44	0,44
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	8.715	87,13
(1) ja	1.287	12,87
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	9.666	96,64
(1) ja	336	3,36
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	9.942	99,40
(1) ja, IABP	19	0,19
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	20	0,20
(3) ja, andere	21	0,21
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	9.950	99,48
(2) bedingt aseptische Eingriffe	33	0,33
(3) kontaminierte Eingriffe	≤3	x
(4) septische Eingriffe	17	0,17

[14] kathetergestützt

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Mitralklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999	9.997
5. Perzentil	31,00
Mittelwert	76,64
Median	67,00
95. Perzentil	152,00

präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 10.002**	
auffällige Morphologie der Mitralklappe (inkl. Mitralklappenring oder -halteapparat)		
(0) nein	5.230	52,29
(1) ja	4.772	47,71
davon:[15]		
Segelprolaps	2.721	57,02
Verdickung	1.480	31,01
Verkalkung/Sklerosierung	2.076	43,50
Vegetationen	18	0,38
Kommissurenfusionen	98	2,05

[15] Mehrfachnennung möglich

Dosis-Flächen-Produkt

	Bund (gesamt)
Dosis-Flächen-Produkt ((cGy)* cm²)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Mitralklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999.999	9.487
5. Perzentil	81,00
Mittelwert	1.833,97
Median	934,00
95. Perzentil	6.171,60

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 10.002**	
Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt)	393	3,93
dokumentierter Wert 0	122	1,22

Kontrastmittelmenge

	Bund (gesamt)
Kontrastmittelmenge (ml)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Mitralklappe mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 999	2.018
5. Perzentil	5,00
Mittelwert	39,38
Median	20,00
95. Perzentil	120,05

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 10.002**	
kein Kontrastmittel appliziert oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (kein Kontrastmittel appliziert)	7.984	79,82
dokumentierter Wert 0	0	0,00

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 10.002**	
intraprozedurale Komplikationen		
(0) nein	9.849	98,47
(1) ja	153	1,53
davon:[16]		
Device-Fehlpositionierung	32	20,92
Koronarostienverschluss	≤3	x
Aortendissektion	0	0,00
Aortenregurgitation > = 2. Grades	≤3	x
Annulus-Ruptur	0	0,00
Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	8	5,23
davon:		
(1) ohne Therapiebedarf	≤3	x
(2) mit Therapiebedarf	7	87,50
Perikardtamponade	23	15,03
kardiale Dekompensation	20	13,07
Hirnembolie	≤3	x
Rhythmusstörungen	21	13,73

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 10.002**	
Device-Embolisation	5	3,27
vaskuläre Komplikation	26	16,99
Low Cardiac Output	36	23,53
davon: Therapie des Low Cardiac Output		
(0) keine Therapie erforderlich	≤3	x
(1) medikamentös	28	77,78
(2) IABP	0	0,00
(3) VAD	≤3	x
(4) ECMO	0	0,00
(9) sonstige	6	16,67
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	23	15,03
davon:		
(1) schwerwiegend	14	60,87
(2) lebensbedrohlich	9	39,13
Patient verstarb im OP/Katheterlabor	5	3,27

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 10.002**	
Konversion		
(0) nein	9.981	99,79
(1) ja, zu Sternotomie	18	0,18
(2) ja, zu transapikal	≤3	x
(3) ja, zu endovaskulär	≤3	x
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	10	47,62
(2) intraprozedurale Komplikationen	11	52,38
(9) sonstige	0	0,00

[16] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung		
(0) nein	357	3,58
(1) ja	9.217	92,48
(2) kein prothetisches Material am Herzen verwendet	392	3,93
geplantes funktionelles Ergebnis erreicht		
(0) nein	478	4,80
(1) akzeptables Ergebnis	1.902	19,08
(2) optimales Ergebnis	7.586	76,12
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	9.956	99,90
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	8	0,08
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	≤3	x
Reanimation		
(0) nein	9.902	99,36
(1) ja	64	0,64
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	9.933	99,67
(1) ja	33	0,33
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	9.704	97,37
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	178	1,79
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	70	0,70
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	14	0,14

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	9.962	99,96
(1) ja	4	0,04
Perikardtamponade		
(0) nein	9.925	99,59
(1) ja	41	0,41
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	9.876	99,10
(1) schwerwiegend	65	0,65
(2) lebensbedrohlich	25	0,25
Mediastinitis[17]		
(0) nein	9.960	99,94
(1) ja	6	0,06

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	9.919	99,53
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	39	0,39
(2) ja, ZNS, andere	8	0,08
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	16	34,04
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	≤3	x
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	13	27,66
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	4	8,51
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	≤3	x
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	≤3	x
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	5	10,64

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	9.854	98,88
(1) ja	112	1,12
davon:[18]		
Infektion(en)	8	7,14
Sternuminstabilität	≤3	x
Gefäßruptur	≤3	x
Dissektion	0	0,00
therapierelevante Blutung/Hämatom	59	52,68
Ischämie	≤3	x
AV-Fistel	16	14,29
Aneurysma spurium	25	22,32
sonstige	15	13,39
mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		
(0) nein	9.932	99,66
(1) ja	34	0,34
paravalvuläre Leckage		
(0) nein	9.945	99,79
(1) ja	21	0,21

[17] nach den KISS-Definitionen
[18] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	7.835	78,62
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	1.077	10,81
(2) Schrittmacher mit CRT-System	215	2,16
(3) Defibrillator ohne CRT-System	440	4,42
(4) Defibrillator mit CRT-System	399	4,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 9.966**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	8.725	87,55
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	306	3,07
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	7	0,07
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	43	0,43
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	450	4,52
(07) Tod	220	2,21
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[19]	17	0,17
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	117	1,17
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	68	0,68
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[20]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[21]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	8	0,08
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[22]		
(1) ja	≤3	x

[19] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[20] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[21] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[22] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-D: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

Ergebnisübersicht 5

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 5

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 6

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 6

850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 6

850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 8

850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 10

© IQTIG 2025

Einleitung

Für das Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) werden die QS-Dokumentationsdaten jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt.

Für das Verfahren QS-KCHK gilt in Bezug auf die Auffälligkeitskriterien die Besonderheit, dass für dieses QS-Verfahren zusätzliche Auffälligkeitskriterien definiert wurden, die sich auf das gesamte Erfassungsmodul HCH beziehen. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen (siehe auch: Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien). Ergebnisse von Auffälligkeitskriterien, die sich ausschließlich auf einzelne Auswertungsmodule beziehen, z. B. offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR) o. ä. werden in den entsprechenden Rückmeldeberichten für die jeweiligen Auswertungsmodule zusammen mit den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren ausgegeben.

Daher werden in dieser Bundesauswertung die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien berichtet, die über das gemeinsame Erfassungsmodul HCH für sämtliche Auswertungsmodule des QS-Verfahrens Daten übermittelt haben.

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

© IQTIG 2025

Ergebnisübersicht

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,26 % 83.625 / 83.406	4,17 % 13 / 312
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,26 % 83.625 / 83.406	0,64 % 2 / 312
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,05 % 39 / 83.406	0,00 % 0 / 312

© IQTIG 2025

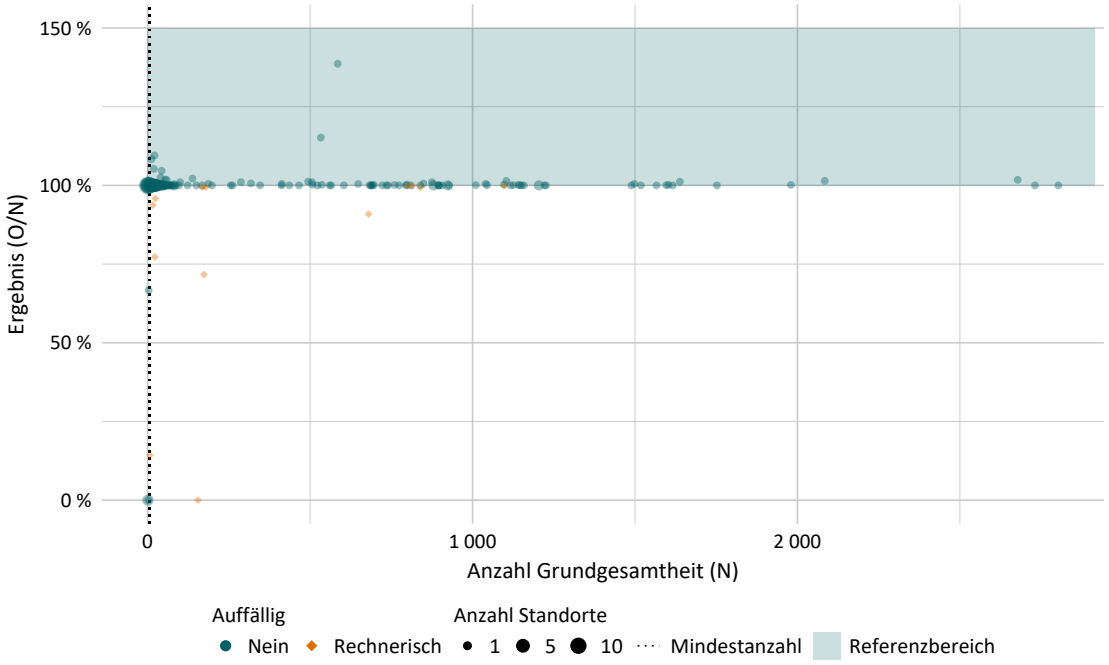
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	312	13	0,00	138,63	100,00

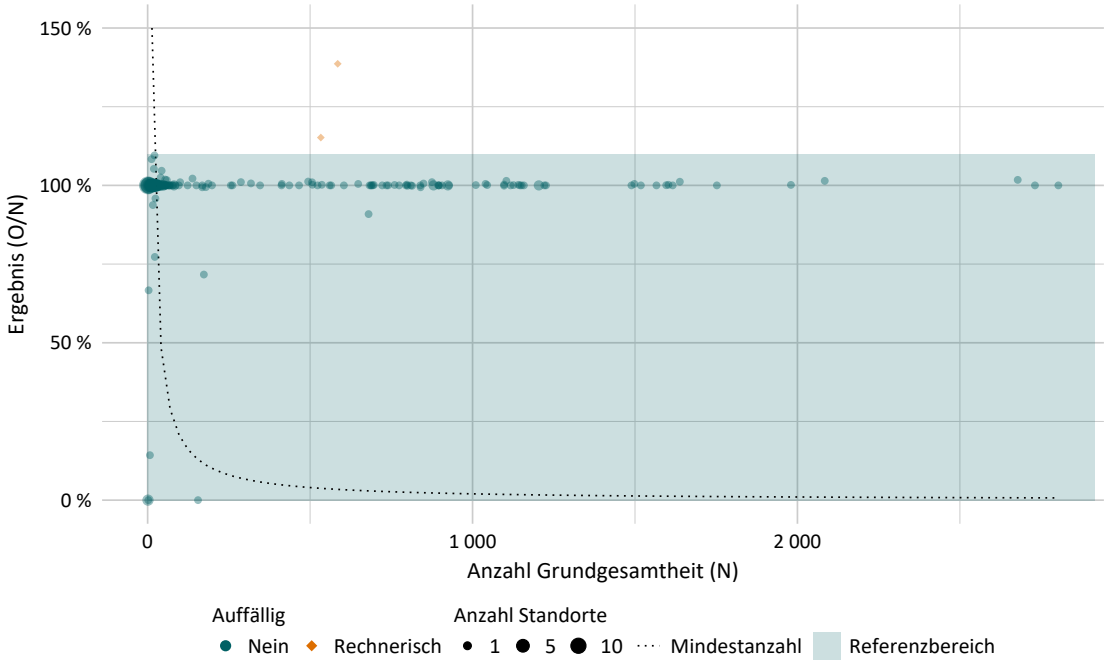
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	83.625 / 83.406	100,26	4,17 % 13 / 312

850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	312	2	0,00	138,63	100,00

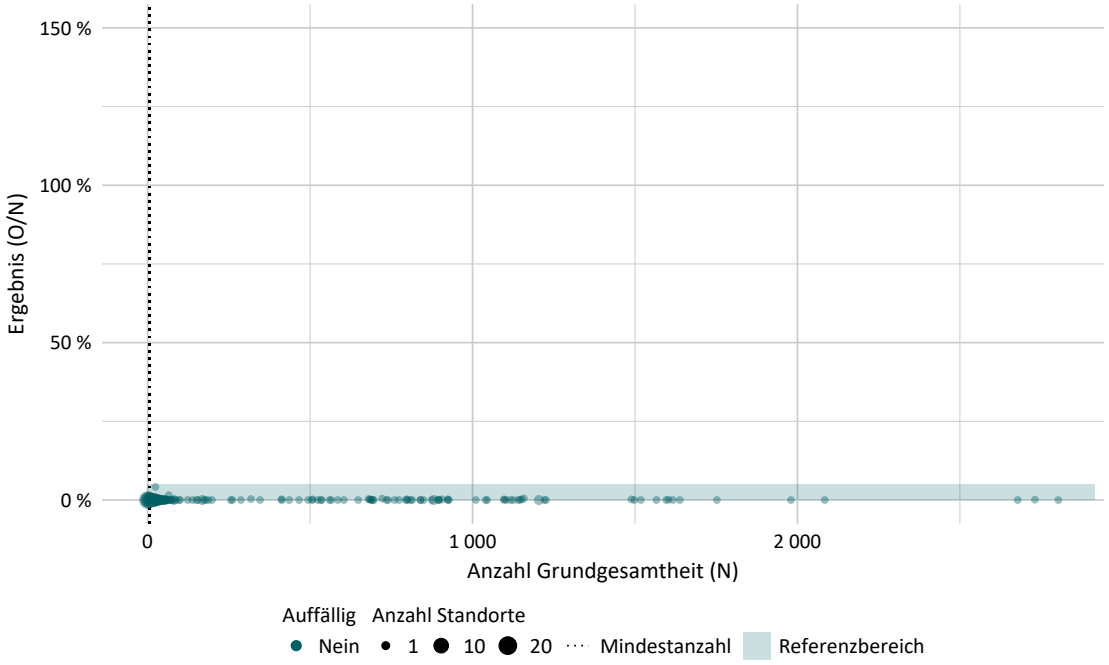
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	83.625 / 83.406	100,26	0,64 % 2 / 312

850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik in dem jeweiligen Modul mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	312	0	0,00	4,17	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	39 / 83.406	0,05	0,00 % 0 / 312

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Karotis-Revaskularisation

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 6
1 Hintergrund 7
2 Einordnung der Ergebnisse 11
2.1 Datengrundlage 11
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 12
2.2.1 Überblick 12
2.2.2 Detailergebnisse 19
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 34
2.3.1 Überblick 34
2.3.2 Detailergebnisse 38
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 42
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 42
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 45
4 Evaluation 48
5 Ausblick 51
Literatur 52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KAROTIS 8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KAROTIS 10
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - KAROTIS 11
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KAROTIS 14
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KAROTIS 17
Tabelle 6: QI 162400: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose 19
Tabelle 7: QI 162401: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose 19
Tabelle 8: QI 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation 21
Tabelle 9: QI 11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 22
Tabelle 10: TKez 11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 23
Tabelle 11: TKez 162301: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 23
Tabelle 12: TKez 605: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch 23
Tabelle 13: TKez 606: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch. 24
Tabelle 14: TKez 51859: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 24
Tabelle 15: QI 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt 24
Tabelle 16: TKez 51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt 25
Tabelle 17: TKez 162304: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 25
Tabelle 18: TKez 51445: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt .. 25
Tabelle 19: TKez 51448: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt .. 26
Tabelle 20: TKez 51860: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 26
Tabelle 21: TKez 162302: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt 26

Tabelle 22: TKez 162300 : Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch 31
Tabelle 23: TKez 162303: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt 31
Tabelle 24: TKez 162402: Periprozedurales Neuromonitoring 32
Tabelle 25: QI 161800: Postprozedurale fachneurologische Untersuchung 33
Tabelle 26: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KAROTIS 35
Tabelle 27: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KAROTIS 36
Tabelle 28: AK 850332: Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten . 38
Tabelle 29: AK 852200: Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen 39
Tabelle 30: AK 850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 40
Tabelle 31: AK 850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 41
Tabelle 32: AK 850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 41
Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KAROTIS 42
Tabelle 34: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KAROTIS 44
Tabelle 35: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KAROTIS 45
Tabelle 36: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KAROTIS 47

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
ASA	American Society of Anesthesiologists
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaften
n. a.	nicht anwendbar
QS	Qualitätssicherung
QS KAROTIS	QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
STNV	Stellungnahmeverfahren

1 Hintergrund

Die beiden Halsschlagadern – die Karotiden – transportieren das Blut vom Herz zum Kopf und Gehirn und sind somit wichtig für die Versorgung des Gehirns mit Sauerstoff und Nährstoffen. Abhängig von Alter, Lebensstil oder Erkrankungen und vor allem bei einer bestehenden Arteriosklerose (Arterienverkalkung) kann eine einseitige oder beidseitige Karotisstenose auftreten. Eine solche Verengung einer oder beider Halsschlagadern geht mit einem erhöhten Risiko für Durchblutungsstörungen im Gehirn einher. So sind pro Jahr schätzungsweise 30.000 Schlaganfälle in Deutschland auf eine Verengung oder einen Verschluss der Halsschlagadern zurückzuführen. Bei rund einer Million Menschen in Deutschland ist eine der beiden Halsschlagadern deutlich – um mindestens 50 % – verengt. Die Symptome, die aufgrund einer Karotisstenose auftreten können, umfassen u. a. Sehverlust oder Bewusstseinsverlust bzw. Lähmungen von Körperhälften. Zu diesen Symptomen kommt es aufgrund von Durchblutungsstörungen im Auge oder kurzzeitigen Durchblutungsstörungen im Gehirn, die entweder bei flüchtigen zerebralen Ischämien (sogenannten transitorischen ischämischen Attacken, TIA) wieder verschwinden oder wie z. B. bei Schlaganfällen bestehen bleiben. In der klinischen Praxis werden asymptomatische und symptomatische Karotisstenosen unterschieden. Bei einer asymptomatischen Karotisstenose traten innerhalb der letzten 6 Monate keine Symptome aufgrund einer Karotisstenose neu auf. Als symptomatische Karotisstenose wird eine Stenose der Karotis bezeichnet, die innerhalb der letzten 6 Monate zu den oben genannten Symptomen geführt hat. Zur Wiederherstellung der Durchblutung (Revaskularisation) können zwei Arten der Behandlung angewendet werden: offen-chirurgisch oder kathetergestützt. Bei der offen-chirurgischen Behandlung wird das Gefäß durch einen Schnitt geöffnet, und die Ablagerungen werden ausgeschält. Bei der kathetergestützten Behandlung wird über die Leistenschlagader ein Katheter eingeführt, die verengte Stelle mit einem Ballon geweitet und eine Gefäßstütze aus feinem Draht (Stent) eingesetzt. Die Auswahl der geeigneten Behandlung (offen-chirurgisch oder kathetergestützt) sollte in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten sowie mit allen behandelnden Fachdisziplinen erfolgen.

Im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* (*QS KAROTIS*) werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Behandlungen zur Verbesserung des Blutflusses in der Halsschlagader erfasst. Die Ziele des QS-Verfahrens liegen gemäß DeQS-RL darin, die Indikationsstellung und die Prozessqualität zu verbessern sowie die Komplikationsrate während und nach dem Eingriff zu verringern. Mit Blick auf die Indikationsstellung wird demnach geprüft, ob nur solche Patientinnen und Patienten behandelt wurden, für die der Eingriff gemäß Leitlinie empfohlen wird. Außerdem wird in Bezug auf die Prozessqualität geprüft, ob eine Untersuchung durch eine Neurologin bzw. einen Neurologen nach der Behandlung der Karotisstenose durchgeführt wurde. So soll sichergestellt werden, dass der Patient oder die Patientin ohne Symptome eines Schlaganfalls bzw. einer Durchblutungsstörung entlassen wird. Als Komplikationen werden im Rahmen des QS-Verfahrens Schlaganfälle und Todesfälle während und nach der Behandlung erfasst, deren Rate so gering wie möglich sein soll.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Im Verfahren *QS KAROTIS* wird mithilfe von 6 Qualitätsindikatoren und 14 Transparenzkennzahlen die Versorgungsqualität gemessen und bewertet. 4 Qualitätsindikatoren prüfen, ob die Indikationsstellung zur Behandlung der Karotisstenose angemessen war (IDs 162400 und 162401) und wie häufig Schlaganfälle oder Todesfälle als Komplikationen während und nach der Behandlung vorkamen (IDs 11704 und 51873). Mittels Transparenzkennzahlen wird das Auftreten von Schlaganfällen oder Todesfällen für bestimmte Subgruppen (IDs 162301, 605, 606, 51859, 162304, 51445, 51448 und 51860) sowie schwerer Schlaganfälle oder Todesfälle (IDs 11724 und 51865) berichtet. Eine weitere Transparenzkennzahl misst, wie häufig Schlaganfälle und Todesfälle nach einer akuten Schlaganfallbehandlung aufgetreten sind (ID 162302). Darüber hinaus misst ein Qualitätsindikator, wie häufig Schlaganfälle oder Todesfälle nach der Behandlung der Karotisstenose auftraten, wenn in derselben Operation eine Verengung bzw. ein Verschluss der Herzkranzgefäße behandelt wurde (ID 52240). Lokale Komplikationen wie z. B. Wundinfektionen oder Nachblutungen, welche nach Behandlung der Karotisstenose auftreten können und einen erneuten Eingriff bedingen, werden durch 2 Transparenzkennzahlen abgebildet (IDs 162300 und 162303). Ob während einer offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisation ein Neuromonitoring durchgeführt wurde, wird mit der Transparenzkennzahl 162402 gemessen. Mithilfe des Neuromonitoring soll die Durchblutung des Gehirns während des Eingriffs überprüft werden, um beispielsweise Schlaganfälle während des Eingriffs zu verhindern. Damit auch Schlaganfälle mit leichten Symptomen nach der Karotis-Revaskularisation entdeckt und behandelt werden können, misst ein weiterer Qualitätsindikator, wie häufig eine fachneurologische Untersuchung im Anschluss an die Operation der Karotisstenose durchgeführt wurde (ID 161800).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KAROTIS

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	QS-Dokumentation	2024
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	QS-Dokumentation	2024
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QS-Dokumentation	2024
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	QS-Dokumentation	2024
11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch			
162301	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2024
606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2024
51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2024
162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2024
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	QS-Dokumentation	2024
51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt*	QS-Dokumentation	2024
162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt			
162304	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt *	QS-Dokumentation	2024
51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt*	QS-Dokumentation	2024
51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt*	QS-Dokumentation	2024
51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt*	QS-Dokumentation	2024
162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt *	QS-Dokumentation	2024
162402	Periprozedurales Neuromonitoring*	QS-Dokumentation	2024
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS KAROTIS* werden im Auswertungsjahr 2025 – wie bereits im Vorjahr - 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Die Plausibilität und Vollständigkeit der Dokumentation wird durch das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten" (ID 850332) sowie „Angabe ‚sonstige' bei sonstigen Karotisläsionen" (ID 852200) überprüft.

Das Auffälligkeitskriterium 850332 überprüft, ob bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose häufig der Schweregrad 4 (Schwere Allgemeinerkrankung mit ständiger Lebensbedrohung) nach der Klassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA) dokumentiert wurde. Eine falsch hohe ASA-Einstufung ergibt ein höheres Risikoprofil des Patientenkollektivs des Leistungserbringers. Behandelt ein Leistungserbringer vergleichsweise viele Fälle mit hohem Risiko (hohe ASA-Klassifikation, hohes Alter usw.), so werden dort vergleichsweise viele Todesfälle erwartet. Das Leistungserbringerergebnis liegt somit erst bei einer vergleichsweise hohen Anzahl an Todesfällen außerhalb des Referenzbereichs.

Das Auffälligkeitskriterium 852200 überprüft, ob bei Fällen mit Karotis-Revaskularisation häufig eine sonstige Karotisläsion, die nicht näher bezeichnet werden kann, dokumentiert wurde. Dies wäre gerechtfertigt, wenn keine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten im Datenfeld zu den sonstigen Karotisläsionen zutreffend ist. Es sollte möglichst nur in seltenen Fällen nötig sein, „sonstige" zu dokumentieren. Fälle, in denen „sonstige" angegeben wurde, können ggf. nicht korrekt den Indikationsindikatoren zugeordnet werden.

Die Vollzähligkeit der Dokumentation wird durch die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation (IDs 850085 und 850086) sowie durch das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (ID 850223) überprüft.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KAROTIS

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850332	Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	QS-Dokumentation
852200	Angabe „sonstige" bei sonstigen Karotisläsionen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Im Verfahren *QS KAROTIS* müssen all diejenigen Leistungserbringer Datensätze übermitteln, die offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisationen durchführen. Im Vergleich zum Vorjahr wurden insgesamt mehr Datensätze bei annähernd gleicher Anzahl an Leistungserbringern übermittelt. Das bedeutet, dass im Auswertungsjahr 2025 mehr offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisationen durchgeführt wurden als im Vorjahr.

Im Verfahren *QS KAROTIS* unterscheidet sich im Erfassungsjahr 2024 für das Auswertungsjahr 2025 die Anzahl der gelieferten Datensätze nur geringfügig von der Anzahl der erwarteten Datensätze. Im Vergleich zum Vorjahr wurden insgesamt mehr Datensätze bei annähernd gleicher Anzahl an entlassenden Standorten übermittelt.

Für das Verfahren *QS KAROTIS* erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren, Transparenzkennzahlen und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - KAROTIS

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	34.562 34.337 225	34.529	100,10
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	572		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	603	603	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	542	540	100,37

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Indikatoren- und Kennzahlergebnisse des Verfahrens *QS KAROTIS* zum Auswertungsjahr 2025 weisen insgesamt auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität hin. Nichtsdestotrotz deuten die Ergebnisse der Indikatoren zur Indikationsstellung und der fachneurologischen Untersuchung zum Auswertungsjahr 2025 sowie die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 auf ein Verbesserungspotenzial bei der Versorgungsqualität der Leistungserbringer hin.

Die Qualitätsindikatoren zur angemessenen Indikationsstellung (IDs 603, 51437, 604 und 51443) wiesen bis einschließlich Auswertungsjahr 2024 sehr hohe und stabile Bundesergebnisse auf. Ab dem Auswertungsjahr 2025 wird die Indikation sowohl bei asymptomatischer Karotisstenose (IDs 603 und 51437) als auch bei symptomatischer Karotisstenose (IDs 604 und 51443) nicht mehr getrennt nach der Art der Behandlung betrachtet. Somit werden ab dem Auswertungsjahr 2025 2 anstelle von 4 Indikatoren zur angemessenen Indikationsstellung ausgewertet: Die Indikationsstellung zur Behandlung einer asymptomatischen Karotisstenose (offen-chirurgisch und kathetergestützt) wird im Indikator 162400 und die Indikationsstellung zur Behandlung einer symptomatischen Karotisstenose (offen-chirurgisch und kathetergestützt) im Indikator 162401 betrachtet. Zusätzlich zum Stenosegrad ≥ 60 % (bei asymptomatischen Stenosen) bzw. ≥ 50 % (bei symptomatischen Stenosen) nach dem North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) werden bei der Berechnung der Indikatorenergebnisse weitere Angaben berücksichtigt, die auf eine sorgfältige Diagnosestellung abzielen. Dies sind die Überprüfung des gemessenen Stenosegrades durch einen weiteren Arzt / eine weitere Ärztin oder mithilfe einer weiteren Untersuchung sowie die interdisziplinäre Indikationsstellung, bei der sowohl ein Neurologe / eine Neurologin und mindestens ein Arzt / eine Ärztin einer weiteren Fachdisziplin (z. B. Angiologie oder Gefäßchirurgie) beteiligt waren. Zusätzlich wird erhoben, ob bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose eine Bildgebung des Hirngewebes vorliegt. Zu den angepassten Indikatoren zur Indikationsstellung liegen im Auswertungsjahr 2025 erste Ergebnisse vor. Bei 62,99 % der Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer und bei 83,39 % der Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose wurden die neu eingeführten Kriterien der sorgfältigen Diagnosestellung erfüllt. Diese Ergebnisse deuten auf Verbesserungspotenziale bei den Leistungserbringern hin. Dennoch zeigt sich, dass bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose häufiger der Stenosegrad überprüft wird und die Indikationsstellung unter Einbezug eines Neurologen / einer Neurologin erfolgt als bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose. Gleichzeitig muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass für die ab dem Auswertungsjahr 2025 eingeführten zusätzlichen Kriterien der sorgfältigen Diagnosestellung keine starken Empfehlungen in den Leitlinien vorliegen. Dies wurde im Rahmen der Empfehlungen dargestellt, die sich aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung ergaben. Die Indikatoren zur Indikationsstellung wurden vom IQTIG zur

Abschaffung ab dem Auswertungsjahr 2027 empfohlen. Aufgrund eines G-BA-Beschlusses werden die Indikatoren jedoch vorerst weitergeführt und unter Berücksichtigung der Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 sowie der Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 erneut überprüft.

Der Indikator 161800 hat bis einschließlich Auswertungsjahr 2023 erfasst, wie häufig keine fachneurologische Untersuchung nach der Karotis-Revaskularisation erfolgt war, obwohl Patientinnen und Patienten Symptome eines Schlaganfalls oder einer Durchblutungsstörung im Auge bzw. einer kurzzeitigen Durchblutungsstörung im Gehirn aufwiesen. Seit dem Auswertungsjahr 2024 überprüft der Qualitätsindikator, wie häufig eine fachneurologische Untersuchung nach Karotis-Revaskularisationen durchgeführt wird. Das Expertengremium auf Bundesebene betont die Bedeutung einer fachneurologischen Untersuchung, die nach jeder Karotis-Revaskularisation durchgeführt werden sollte. Dies sei im Sinne der Patientensicherheit besonders wichtig, da sich dadurch insbesondere Schlaganfälle und Durchblutungsstörungen mit leichteren Symptomen frühzeitig erkennen lassen und rechtzeitig vor der Entlassung aus dem Krankenhaus behandelt werden könnten. Zudem wird angenommen, dass die regelhafte Durchführung einer fachneurologischen Untersuchung dazu führt, dass mehr Schlaganfälle und Durchblutungsstörungen mit leichteren Symptomen erfasst und dokumentiert werden. Das Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2025 zeigt, dass bei 92,31 % der Patientinnen und Patienten mit Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde. Im Vergleich zum Vorjahr ist dieser Anteil um etwa 10 % gestiegen. Dieser Anstieg ist auf Verbesserungen zurückzuführen, die aufgrund der Ergebnisse im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 angestoßen wurden. Aus den Rückmeldungen zum Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 geht hervor, dass die Vereinbarungen bzw. die Zusammenarbeit mit einer Neurologie verbessert werden sollten, damit eine regelhafte Durchführung der fachärztlichen neurologischen Untersuchung erfolgen kann. Dies wurde von einigen Leistungserbringern auch schon vor Ablauf des Kalenderjahres umgesetzt.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KAROTIS

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	- O = - N = -	62,99 % O = 10.990 N = 17.448 (≥ 2,91 %; 5. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	- O = - N = -	83,39 % O = 9.227 N = 11.065 (≥ 50,82 %; 5. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	12,61 % O = 14 N = 111	6,98 % O = 6 N = 86 (Sentinel Event)	eingeschränkt vergleichbar
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch	1,00 O/E = 568 / 568,00 2,39 % O/N = 568 / 23.741	1,01 O/E = 569 / 566,14 2,38 % O/N = 569 / 23.916 (≤ 3,10; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch*	1,00 O/E = 323 / 323,11 1,36 % O/N = 323 / 23.741	0,96 O/E = 313 / 325,25 1,31 % O/N = 313 / 23.916	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch				
162301	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch*	1,44 % O = 200 N = 13.904	1,46 % O = 206 N = 14.135	vergleichbar
605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch *	1,34 % O = 164 N = 12.270	1,36 % O = 170 N = 12.464	eingeschränkt vergleichbar
606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – offen-chirurgisch*	2,20 % O = 36 N = 1.634	2,15 % O = 36 N = 1.671	eingeschränkt vergleichbar
51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch*	3,22 % O = 273 N = 8.474	3,10 % O = 264 N = 8.504	eingeschränkt vergleichbar
162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch*	4,30 % O = 1.026 N = 23.852	4,73 % O = 1.135 N = 24.002	vergleichbar
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	1,01 O/E = 246 / 242,71 3,86 % O/N = 246 / 6.373	0,92 O/E = 233 / 252,78 3,49 % O/N = 233 / 6.677 (≤ 2,26; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt*	1,01 O/E = 147 / 145,62 2,31 % O/N = 147 / 6.373	1,05 O/E = 156 / 148,67 2,34 % O/N = 156 / 6.677	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2025

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt*	21,37 % O = 680 N = 3.182	20,56 % O = 721 N = 3.506	vergleichbar
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt				
162304	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt *	1,84 % O = 57 N = 3.099	1,83 % O = 59 N = 3.222	vergleichbar
51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt*	1,75 % O = 46 N = 2.625	1,74 % O = 46 N = 2.638	eingeschränkt vergleichbar
51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt*	2,32 % O = 11 N = 474	2,23 % O = 13 N = 584	eingeschränkt vergleichbar
51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt*	3,93 % O = 89 N = 2.266	3,05 % O = 73 N = 2.395	eingeschränkt vergleichbar
162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt *	2,53 % O = 183 N = 7.230	2,45 % O = 189 N = 7.701	vergleichbar

© IQTIG 2025

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
162402	Periprozedurales Neuromonitoring*	- O = - N = -	70,93 % O = 11.691 N = 16.482	im Vorjahr nicht berechnet
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	82,12 % O = 25.125 N = 30.594	92,31 % O = 28.838 N = 31.240 (≥ 80,00 %)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KAROTIS

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	2023	-	-	-
		2024	48 von 538	8,92	-
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	2023	-	-	-
		2024	85 von 522	16,28	-
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	2023	9 von 40	22,50	2
		2024	6 von 40	15,00	3

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	2023	43 von 524	8,21	4
		2024	33 von 501	6,59	9
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	2023	26 von 368	7,07	3
		2024	48 von 359	13,37	4
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	2023	164 von 601	27,29	8
		2024	68 von 567	11,99	51

© IQTIG 2025

2.2.2 Detailergebnisse

Indikationsstellung bei asymptomatischer bzw. symptomatischer Karotisstenose (IDs 162400 und 162401)

Tabelle 6: QI 162400: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**62,99 %** **O = 10.990** **N = 17.448**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**48 von 538** **8,92 %** **(Refbereich: ≥ 2,91 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 7: QI 162401: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**83,39 %** **O = 9.227** **N = 11.065**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**85 von 522** **16,28 %** **(Refbereich: ≥ 50,82 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Qualitätsindikatoren zur angemessenen Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) messen den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen ein Eingriff ab einem Stenosegrad ≥ 60 % (bei asymptomatischer Stenose) bzw. ≥ 50 % (bei symptomatischer Stenose) nach dem North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) durchgeführt wurde. Seit dem Auswertungsjahr 2025 wird zusätzlich berücksichtigt, ob im Vorfeld des Eingriffs die Überprüfung des Stenosegrades sowie die Indikationsstellung unter Einbezug der Fachdisziplin Neurologie und mindestens einer weiteren Fachdisziplin (z. B. Angiologie oder Gefäßchirurgie) erfolgt sind. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Stenose wird außerdem berücksichtigt, ob eine Bildgebung des Hirnparenchyms vorliegt. Die ausgewählten Bedingungen für eine angemessene

Indikationsstellung gelten sowohl für offen-chirurgische als auch kathetergestützte Karotis-Revaskularisationen und entstammen der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose". Ausgeschlossen werden Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (z. B. Notfalleingriffe, Mehretagenläsion) und Simultaneingriffe.

Gleichzeitig muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass laut den Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung das Qualitätsmerkmal „angemessenen Indikationsstellung bei asymptomatischer bzw. symptomatischer Karotisstenose" gemäß den Eignungskriterien derzeit nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet ist und die ehemaligen Indikatoren (IDs 603, 51437, 604 und 51443) vom IQTIG zur Abschaffung empfohlen wurden (IQTIG 2024). Begründet wurde dies vor allem mit dem nur teilweise belegten Zusammenhang des Qualitätsmerkmals mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal. Die Anforderung, dass Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer bzw. symptomatischer Karotisstenose, bei denen eine kathetergestützte oder offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, in jedem Fall mindestens eine 60%ige bzw. eine 50%ige Stenose vor dem Eingriff aufweisen sollen, ist nicht vollständig durch die Leitlinien belegt (IQTIG 2024). Auch die zum Auswertungsjahr 2025 eingeführten Kriterien, die auf die sorgfältige Diagnosestellung fokussieren, sind teilweise nur mit moderaten oder schwachen Empfehlungen aus den Leitlinien belegt (IQTIG 2024). Aufgrund des G-BA-Beschlusses vom 17. Oktober 2024 wurde die empfohlene Abschaffung vorerst nicht umgesetzt. Die Ergebnisse zu den im Auswertungsjahr 2025 angepassten Indikatoren sollen in eine erneute Prüfung einbezogen werden, um eine abschließende Empfehlung zur Beibehaltung oder Abschaffung der Indikatoren zur angemessenen Indikationsstellung zu geben. Zu diesen Indikatoren findet zum Auswertungsjahr 2025 erstmalig ein Stellungnahmeverfahren statt, sodass Bewertungen und konkrete Hinweise zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen seitens der LAG erst im Auswertungsjahr 2026 vorliegen.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators 162400 liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 62,99 %. Das bedeutet, dass bei lediglich 62,99 % der 17.448 Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose vor der Karotis-Revaskularisation sowohl ein Stenosegrad ≥ 60 % vorlag, eine zusätzliche Überprüfung des Stenosegrades stattgefunden hat und die Fachdisziplin Neurologie und mindestens eine weitere Fachdisziplin an der Indikationsstellung zum Eingriff beteiligt waren. Je höher das Ergebnis ist, desto mehr Patientinnen und Patienten wurden entsprechend der ausgewählten Kriterien aus der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" behandelt. Die Ergebnisse der Kennzahlen zum Indikator deuten darauf hin, dass das niedrige Indikatorergebnis vor allem darauf zurückzuführen ist, dass bei der Indikationsstellung die Fachdisziplin Neurologie nicht einbezogen wurde. Es ist gemäß der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" Expertenkonsens, dass die Indikation zur Karotis-Revaskularisation interdisziplinär unter Einbezug eines erfahrenen Neurologen / einer erfahrenen Neurologin gestellt werden sollte.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators 162401 liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 83,39 %. Das bedeutet, dass bei 83,39 % der 11.065 Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose vor der Karotis-Revaskularisation sowohl ein Stenosegrad ≥ 50 % vorlag, eine zusätz-

liche Überprüfung des Stenosegrades stattgefunden hat, die Fachdisziplin Neurologie und mindestens eine weitere Fachdisziplin an der Indikationsstellung zum Eingriff beteiligt waren und eine Bildgebung des Hirnparenchyms erfolgt ist. Je höher das Ergebnis, desto mehr Patientinnen und Patienten wurden entsprechend der ausgewählten Kriterien aus der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" behandelt. Auch bei diesem Indikator weist die Kennzahl zur interdisziplinären Indikationsstellung das niedrigste Ergebnis der Kennzahlen zum Indikator auf. Bei 87,74 % der 11.065 Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Stenose erfolgte die Indikationsstellung unter Beteiligung der Fachdisziplin Neurologie und mindestens einer weiteren Fachdisziplin (z. B. Angiologie oder Gefäßchirurgie). Aus dem Vergleich der Kennzahlen zur interdisziplinären Indikationsstellung der Indikatoren 162400 und 162401 geht hervor, dass die Indikationsstellung bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose häufiger interdisziplinär erfolgt als bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose.

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation (ID 52240)

Tabelle 8: QI 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	5,07 % O = 7 N = 138	12,61 % O = 14 N = 111	**6,98 %** **O = 6** **N = 86**
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 47 12,77 %	9 von 40 22,50 %	**6 von 40** **15,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 6 (33,33 %)	**3 / 9** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 47 (4,26 %)	**3 / 40** **(7,50 %)**	n. a.

Mit diesem Qualitätsindikator wird gemessen, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose Schlaganfälle und Todesfälle im zeitlichen Umfeld des Eingriffs an der Karotis beobachtet wurden, wenn eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation in Kombination mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde. Nach individueller interdisziplinärer Einschätzung ist auf der Basis der „S3-Leiltinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" eine simultane Versorgung unter Umständen gerechtfertigt und soll in Abhängigkeit von der klinischen Symptomatik, dem Grad der Dringlichkeit und der Schwere der Karotisstenose und der koronaren Herzkrankheit geplant werden (Eckstein

et al. 2020). Im Qualitätsindikator wird jeder aufgetretene Schlaganfall oder Todesfall als rechnerisch auffälliges Ergebnis betrachtet (Sentinel Event), um bei diesen Fällen die Indikation für einen Simultaneingriff zu überprüfen.

Das Expertengremium auf Bundesebene sprach sich bereits in vorherigen Sitzungen dafür aus, dass Simultaneingriffe nur in Einzelfällen unter Umständen gerechtfertigt seien, und beruft sich dabei auf die erwähnte „S3-Leiltinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose".

Das Bundesergebnis dieses Qualitätsindikators liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 6,98 %. Das bedeutet, dass 6 der 86 Patientinnen und Patienten, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose zeitgleich mit einer Bypassoperation am Herzen durchgeführt wurde, einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Die beobachtete Anzahl der simultan durchgeführten Karotis-Revaskularisationen mit einer aortokoronaren Bypassoperation ist im Vergleich zu den Vorjahren weiter gesunken.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden bei 3 von 9 Leistungserbringern die rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Begründet wurde die qualitative Auffälligkeit für 2 Leistungserbringer mit der fehlenden Angabe der Indikation zum simultanen Eingriff. Zu 2 der 3 qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden im Anschluss des Stellungnahmeverfahrens Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Dies war in den beiden Fällen die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien. Bei einem der Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis war bereits im Vorjahr eine qualitative Auffälligkeit festgestellt worden.

Periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle im Krankenhaus (IDs 11704, 11724, 162301, 605, 606, 51859, 51873, 51865, 162304, 51445, 51448, 51860, 162302)

Tabelle 9: QI 11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,01 O/E = 557 / 551,36 2,46 % O/N = 557 / 22.609	1,00 O/E = 568 / 568,00 2,39 % O/N = 568 / 23.741	**1,01** **O/E = 569 / 566,14** **2,38 %** **O/N = 569 / 23.916**
rechnerische Auffälligkeiten	41 von 530 7,74 %	43 von 524 8,21 %	**33 von 501** **6,59 %** **(Refbereich: ≤ 3,10; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 41 (31,71 %)	**16 / 43** **(37,21 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	13 / 530 (2,45 %)	**16 / 524** **(3,05 %)**	n. a.

Tabelle 10: TKez 11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 337 / 318,11 1,49 % O/N = 337 / 22.609	1,00 O/E = 323 / 323,11 1,36 % O/N = 323 / 23.741	**0,96** **O/E = 313 / 325,25** **1,31 %** **O/N = 313 / 23.916**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs-erbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 11: TKez 162301: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	1,44 % O = 200 N = 13.904	**1,46 %** **O = 206** **N = 14.135**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 12: TKez 605: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,44 % O = 164 N = 11.374	1,34 % O = 164 N = 12.270	**1,36 %** **O = 170** **N = 12.464**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 13: TKez 606: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,53 % O = 23 N = 1.502	2,20 % O = 36 N = 1.634	**2,15 %** **O = 36** **N = 1.671**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 14: TKez 51859: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	3,13 % O = 265 N = 8.453	3,22 % O = 273 N = 8.474	**3,10 %** **O = 264** **N = 8.504**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 15: QI 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 348 / 326,85 5,08 % O/N = 348 / 6.845	1,01 O/E = 246 / 242,71 3,86 % O/N = 246 / 6.373	**0,92** **O/E = 233 / 252,78** **3,49 %** **O/N = 233 / 6.677**
rechnerische Auffälligkeiten	38 von 366 10,38 %	26 von 368 7,07 %	**48 von 359** **13,37 %** **(Refbereich: ≤ 2,26; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 38 (23,68 %)	**4 / 26** **(15,38 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	9 / 366 (2,46 %)	**4 / 368** **(1,09 %)**	n. a.

Tabelle 16: TKez 51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,09 O/E = 238 / 218,26 3,48 % O/N = 238 / 6.845	1,01 O/E = 147 / 145,62 2,31 % O/N = 147 / 6.373	**1,05** **O/E = 156 / 148,67** **2,34 %** **O/N = 156 / 6.677**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 17: TKez 162304: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	1,84 % O = 57 N = 3.099	**1,83 %** **O = 59** **N = 3.222**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 18: TKez 51445: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,18 % O = 57 N = 2.611	1,75 % O = 46 N = 2.625	**1,74 %** **O = 46** **N = 2.638**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 19: TKez 51448: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,14 % O = 21 N = 507	2,32 % O = 11 N = 474	**2,23 %** **O = 13** **N = 584**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 20: TKez 51860: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,61 % O = 105 N = 2.279	3,93 % O = 89 N = 2.266	**3,05 %** **O = 73** **N = 2.395**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 21: TKez 162302: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	21,37 % O = 680 N = 3.182	**20,56 %** **O = 721** **N = 3.506**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen 11704, 11724 sowie 51873, 51865 messen, wie häufig (schwere) periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischen oder kathetergestützten Eingriffen bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus beobachtet werden. Die Indikatorenergebnisse sind auf Basis der Daten aus dem Vorjahr mittels logistischer Regression risikoadjustiert. Mithilfe der Transparenzkennzahlen wird das

Auftreten von Schlaganfällen oder Todesfällen für Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer und symptomatischer Karotisstenose dargestellt (IDs 162301, 51859, 162304, und 51860). Die Transparenzkennzahl 162302 misst, wie häufig Schlaganfälle und Todesfälle nach einer akuten Schlaganfallbehandlung aufgetreten sind.

Laut der „S3-Leiltinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" ist das Risiko für einen Schlaganfall nach initialer symptomatischer Karotisstenose höher als nach initial asymptomatischer Karotisstenose (Eckstein et al. 2020). Dies spiegeln auch die Ergebnisse der Transparenzkennzahlen 162301, 162304, 51859 und 51860 wider, die Schlaganfälle und Todesfälle bei asymptomatischer und symptomatischer Stenose betrachten. Der Anteil an Schlaganfällen und Todesfälle liegt bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Stenose bei 3,10 % (ID 51859) bzw. 3,05 % (ID 51860), bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Stenose liegt dieser Anteil nur bei 1,46 % (ID 162301) bzw. 1,83 % (ID 162304). Es sind im Auswertungsjahr 2025, wie ebenfalls in den Vorjahren, bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose etwas mehr periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle aufgetreten, wenn eine kontralaterale Stenose besteht (ID 606: 2,15 %; ID 51448: 2,23 %), als wenn keine kontralaterale Stenose vorliegt (ID 605: 1,36 %; ID 51445: 1,74 %). Dies zeigt sich sowohl bei den offen-chirurgischen als auch bei den kathetergestützten Karotis–Revaskularisationen. Der Anteil an periprozeduralen Schlaganfällen und Todesfällen bei offen-chirurgisch behandelten Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer und kontralateraler Stenose ist im Vergleich zwischen den Auswertungsjahren 2023 und 2024 angestiegen, wohingegen er im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr eher gleichgeblieben ist (AJ 2023: 1,53 %; AJ 2024: 2,20 %; AJ 2025: 2,15 %).

Periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle im Krankenhaus offen-chirurgisch (IDs 11704 und 11724)

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten, die periprozedural bei einer offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben (ID 11704), liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 2,38 % (569/23.916). Das risikoadjustierte Bundesergebnis des Indikators liegt bei 1,01, d. h., dass im Auswertungsjahr 2025 nicht mehr periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle beobachtet wurden, als anhand der Vorjahresergebnisse zu erwarten gewesen wären. Von den 569 beobachteten Schlaganfällen werden 313 als schwere, invalidisierende und Schlaganfälle mit tödlichem Ausgang dokumentiert. Das Bundesergebnis der Transparenzkennzahl 11724 liegt bei 0,96, was bedeutet, dass 4 % weniger schwere Schlaganfälle beobachtet wurden als aufgrund des Risikoprofils erwartet werden würden.

Als Methode der Risikoadjustierung wurde die logistische Regression für den Indikator 11704 sowie die Transparenzkennzahl 11724 angewandt. Als Regressionsgewichte wurden Risikofaktoren gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst werden und für die im Risikoadjustierungsmodell relevante Effekte für das interessierende Ereignis nachgewiesen werden konnten. Die stärksten Effekte für das Auftreten von Schlaganfällen oder Tod –bei offen-chirurgischen Eingriffen – zeigten sich für die folgenden patientenseitigen Faktoren:

- stark eingeschränkte Nierenfunktion (d. h. Angabe zur geschätzten glomerulären Filtrationsrate (*estimated glomerular filtration rate,* eGFR) bis 15 ml/min oder präoperative Nierenersatztherapie)
- mittelgradige Beeinträchtigungen bis schwere Behinderungen nach einem Schlaganfall (Rankin 3 bis Rankin 5)
- ASA 4 (Patientin/Patient mit lebensbedrohlicher Erkrankung) oder ASA 5 (Moribunde/r Patientin/Patient, die/der ohne den Eingriff nicht überlebt)
- Notfälle, die sowohl über das Datenfeld „Indikation" als auch über die Indikationsgruppe C identifiziert werden
- Simultaneingriffe, die auch die Karotiseingriffe mit intrakraniellem Stent einschließen und über die Indikationsgruppe D identifiziert werden
- kontralaterale Stenose ab 75 %
- Rezidiveingriff

Die Odds Ratio bei Angabe von ASA 4 oder 5 liegt bei 1,85, was einem erhöhten Risiko für das Auftreten eines Schlaganfalls oder Todesfalls entspricht. Eine falsch hohe ASA-Einstufung ergibt ein höheres Risikoprofil des Patientenkollektivs des Leistungserbringers. Daher wird die Dokumentationsqualität mithilfe des Auffälligkeitskriteriums „Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten" (ID 850332) geprüft. Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zeigen, dass bei 10 von 22 rechnerisch auffälligen Ergebnissen die Einstufung nach ASA, welche normalerweise durch die Anästhesistin / den Anästhesisten erfolgt, nicht nachvollziehbar gewesen sei und daher diese Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden. Behandelt ein Leistungserbringer vergleichsweise viele Fälle mit hohem Risiko (z. B. hohe ASA-Klassifikation), so werden dort vergleichsweise viele Todesfälle erwartet. Das Leistungserbringerergebnis liegt somit erst bei einer vergleichsweise hohen Anzahl an Todesfällen außerhalb des Referenzbereichs. Die potenziellen Risikofaktoren ASA 3 und eGFR über 15 ml/min wurden im aktuellen Risikoadjustierungsmodell, welches anhand der Vorjahresdaten berechnet wurde, nicht berücksichtigt, da sie keine signifikanten Risikofaktoren in Bezug auf das Auftreten von Schlaganfällen und Todesfällen bei Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation darstellen.

Im Indikator zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen bei Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischen Eingriffen (ID 11704) werden aufgrund des perzentilbasierten Referenzbereichs derzeit nur die 5 % der Leistungserbringer mit den schlechtesten Ergebnissen rechnerisch auffällig. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden 16 von 43 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (das entspricht einem Anteil von 37,21 %). Gründe für die Bewertung als qualitativ auffällig waren unter anderem, dass Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen vorlagen. Dies betraf insbesondere die Indikationsstellung, die Bildgebung, die Versorgung von Notfällen, das intraoperative Monitoring, das Gerinnungsmanagement und die Kooperation von Gefäßchirurgie und Neurologie. Als eine weitere Begründung für 2 qualitativ auffällige Ergebnisse wurde angebracht, dass die Anzahl der Komplikationen im Verhältnis zur Grundgesamtheit von der Fachkommission als zu hoch eingeschätzt wurde. Trotz alledem kann nicht ausgeschlossen

werden, dass für Leistungserbringer aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation ein zu hohes Risikoprofil berechnet wurde und somit im Indikator entweder kein rechnerisch auffälliges Ergebnis auftrat oder, wie vonseiten der LAG beschrieben, die Anzahl an beobachteten Schlaganfällen und Todesfällen in Bezug auf die Gesamtanzahl an durchgeführten Karotis-Revaskularisationen als zu hoch eingeschätzt wurde.

Periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt (IDs 51873, 51865 und 162302)

Um Patientinnen und Patienten mit kathetergestützter akuter Schlaganfallbehandlung noch gezielter aus der Berechnung des Qualitätsindikators für kathetergestützte Eingriffe auszuschließen, wurde zum Erfassungsjahr 2023 / Auswertungsjahr 2024 das neue Datenfeld „Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?“ eingeführt. Die Einführung dieses Datenfeldes kann dazu beigetragen haben, dass sowohl das risikoadjustierte Bundesergebnis des Indikators 51873 (AJ 2023: 1,06; AJ 2025: 0,92) als auch die beobachtete Rate an Schlaganfällen und Todesfällen (AJ 2023: 348/6.845, 5,08 %, AJ 2025: 233/6.677, 3,49 %) nach kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen vom Auswertungsjahr 2024 zum Auswertungsjahr 2025 gesunken ist. Im Zuge der Einführung des Datenfeldes wurde die Transparenzkennzahl „Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt“ (ID 162302) eingeführt. Diese misst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde. Im Auswertungsjahr 2025 liegt der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall oder Tod nach einer kathetergestützten akuten Schlaganfallbehandlung bei 20,56 % (721/3.506). Diese Fälle konnten aufgrund des neuen Datenfeldes sicher aus den Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu periprozeduralen Schlaganfällen und Todesfällen ausgeschlossen werden.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten, die periprozedural bei einer kathetergestützten Karotis-Revaskularisation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben (ID 51873), liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 3,49 % (233/6.677). Das risikoadjustierte Bundesergebnis des Indikators liegt bei 0,92. Das bedeutet, das im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr 8 % weniger Schlaganfälle und Todesfälle beobachtet wurden, als anhand der Vorjahresergebnisse zu erwarten gewesen wären. Von den 233 beobachteten Schlaganfällen werden 156 als schwere, invalidisierende und Schlaganfälle mit tödlichem Ausgang dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich eine geringe Zunahme an schweren Schlaganfällen. Das Bundesergebnis der Transparenzkennzahl 51865 liegt bei 1,05 und bedeutet, dass 5 % mehr schwere Schlaganfälle beobachtet als erwartet wurden.

Als Methode der Risikoadjustierung wurde die logistische Regression für den Indikator 51873 sowie die Transparenzkennzahl 51865 angewandt. Als Regressionsgewichte wurden Risikofaktoren gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst werden und für die im Risikoadjustierungsmodell relevante Effekte für das interessierende Ereignis nachgewiesen werden konnten. Die stärksten Effekte für das Auftreten von Schlaganfällen oder Tod –bei kathetergestützten Eingriffen – zeigte sich für die folgenden patientenseitigen Faktoren:

- leichte Beeinträchtigungen bis schwere Behinderungen nach einem Schlaganfall (Rankin 2 bis Rankin 5)
- ASA 4 (Patientin/Patient mit lebensbedrohlicher Erkrankung) oder ASA 5 (Moribunde/r Patientin/Patient, die/der ohne den Eingriff nicht überlebt)
- Notfälle, die sowohl über das Datenfeld „Indikation" als auch über die Indikationsgruppe C identifiziert werden
- Simultaneingriffe, die auch die Karotiseingriffe mit intrakraniellem Stent einschließen und über die Indikationsgruppe D identifiziert werden
- eingeschränkte Nierenfunktion (d. h. Angabe zur geschätzten glomerulären Filtrationsrate (*estimated glomerular filtration rate,* eGFR) bis 30 ml/min oder präoperative Nierenersatztherapie)

Die Odds Ratio bei Angabe von ASA 4 oder 5 liegt bei 3,42, was einem erhöhten Risiko für das Auftreten eines Schlaganfalls oder Todesfalls entspricht. Eine falsch hohe ASA-Einstufung ergibt ein höheres Risikoprofil des Patientenkollektivs des Leistungserbringers. Daher wird die Dokumentationsqualität mithilfe des Auffälligkeitskriteriums „Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten" (ID 850332) geprüft. Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zeigen, dass in 10 von 22 rechnerisch auffälligen Ergebnissen die Einstufung nach ASA, welche normalerweise durch die Anästhesistin / den Anästhesisten erfolgt, nicht nachvollziehbar gewesen sei und daher diese Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden. Behandelt ein Leistungserbringer vergleichsweise viele Fälle mit hohem Risiko (z. B. hohe ASA-Klassifikation), so werden dort vergleichsweise viele Todesfälle erwartet. Das Leistungserbringerergebnis liegt somit erst bei einer vergleichsweise hohen Anzahl an Todesfällen außerhalb des Referenzbereichs. Die potenziellen Risikofaktoren ASA 3, kontralaterale Stenose ab 75 % und eGFR über 30 ml/min wurden im aktuellen Risikoadjustierungsmodell, welches anhand der Vorjahresdaten berechnet wurde, nicht berücksichtigt, da sie keine signifikanten Risikofaktoren in Bezug auf das Auftreten von Schlaganfällen und Todesfällen bei Patienten mit kathetergestützter Karotis-Revaskularisation darstellen.

Im Indikator zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen bei Patientinnen und Patienten mit kathetergestützten Eingriffen (ID 51873) werden aufgrund des perzentilbasierten Referenzbereichs derzeit nur die 5 % der Leistungserbringer mit den schlechtesten Ergebnissen rechnerisch auffällig. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden 4 von 26 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (das entspricht einem Anteil von 15,38 %). Gründe für die Bewertung als qualitativ auffällig waren Struktur- und Prozessprobleme. Als Beispiele wurden seitens der LAG genannt, dass die Entscheidung zum kathetergestützten Eingriff bei fehlender OP-Kapazität nicht nachvollzogen werden konnte. Auch ein fehlendes bzw. ungenügendes Komplikationsmanagement sowie die Einschätzung vonseiten der LAG, dass die Anzahl an beobachteten Schlaganfällen und Todesfällen in Bezug auf die Gesamtanzahl an durchgeführten Karotis-Revaskularisationen als zu hoch erscheint, wurden als Gründe für die Bewertung als qualitativ auffällig zurückgemeldet.

Lokale Komplikationen (IDs 162300 und 162303)

Tabelle 22: TKez 162300 : Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	4,30 % O = 1.026 N = 23.852	**4,73 %** **O = 1.135** **N = 24.002**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 23: TKez 162303: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	2,53 % O = 183 N = 7.230	**2,45 %** **O = 189** **N = 7.701**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Im Zusammenhang mit einer offen-chirurgischen oder kathetergestützten Karotis-Revaskularisation kann es zu lokalen Komplikationen kommen. Dazu zählen gemäß der deutschen „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose“ insbesondere Nervenläsionen, Nachblutungen sowie Wundinfektionen der Naht (Eckstein et al. 2020). Lokale Komplikationen nach Karotis-Revaskularisation sind für Patientinnen und Patienten von hoher Bedeutung, da sie die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen können (Eckstein et al. 2020). Eine Kontrolle der Komplikationsraten wird in der S3-Leitlinie empfohlen (Eckstein et al. 2020). Die Ergebnisse der Kennzahl geben den Leistungserbringern somit die Möglichkeit, die eigenen Komplikationsraten mit denen anderer Leistungserbringer zu vergleichen.

Zu den Transparenzkennzahlen zu lokalen Komplikationen (IDs 162300 und 162303) soll laut den Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Entwicklung einer Risikoadjustierung geprüft werden. Das IQTIG hat dazu nach Rücksprache mit dem Expertengremium auf Bundesebene eine orientierende Literaturrecherche durchgeführt, um Risikofaktoren für lokale Komplikationen nach Karotis-Revaskularisationen zu identifizieren. Dabei konnten lediglich zwei Risikofaktoren identifiziert werden, die möglicherweise einen Einfluss auf das Auftreten von lokalen Komplikationen nach Karotis-Revaskularisationen haben. Zum einen

kann die Einnahme immunsuppressiver Medikamente mit einem erhöhten Risiko für lokale Komplikationen wie Infektionen und Nachblutungen nach chirurgischen Eingriffen assoziiert sein (Loritz et al. 2020). Zum anderen scheint ein moderat erhöhter Body-Mass-Index (BMI) keinen negativen Einfluss auf das Risiko lokaler Komplikationen nach einer Karotis-Revaskularisation zu haben. Er könnte möglicherweise sogar mit besseren Langzeitergebnissen assoziiert sein (Bennett et al. 2015, Volkers et al. 2017). Eine Analyse des IQTIG zum BMI zeigt, dass ein zunehmender BMI tendenziell mit weniger lokalen Komplikationen assoziiert war, jedoch war dieser Zusammenhang nicht signifikant. Die Dokumentation von Körpergröße und -gewicht weist im Verfahren *QS KAROTIS* vor allem bei den kathetergestützten Eingriffen einen hohen Anteil fehlender Werte auf. Im Auswertungsjahr 2025 lag der Anteil fehlender Werte bei 34,57 % bei den kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen. Bei den offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisationen beträgt der Anteil 18,2 %. Nach Einschätzung der Mitglieder des Expertengremiums sind die Angaben vor allem bei offen-chirurgischen Eingriffen klinisch relevant, da beispielsweise die Angabe des Körpergewichts für die Anästhesie erforderlich ist. Aufgrund des hohen Anteils fehlender Werte scheint der BMI als nicht geeignet für die Risikoadjustierung. Es wird derzeit weiterhin geprüft, ob weitere Risikofaktoren identifiziert werden können.

Wie im Vorjahr sind bei den kathetergestützten Eingriffen weniger lokale Komplikationen aufgetreten als bei den offen-chirurgischen Eingriffen. OP-pflichtige Nachblutungen sind die häufigsten lokalen Komplikationen nach offen-chirurgischen Eingriffen (539 von 1.146; 47,03 %), wobei auch Nervenläsionen (368 von 1.146; 32,11 %) häufig auftreten. Nach kathetergestützten Eingriffen treten in der Hälfte der Fälle, in denen lokale Komplikationen aufgetreten sind, behandlungsbedürftige Komplikationen an der Punktionsstelle auf (122 von 220; 55,45 %). Nach kathetergestützten Eingriffen kommt es im Vergleich zu offen-chirurgischen Eingriffen mehr als doppelt so häufig zu einem Karotisverschluss (15,45 %; 6,89 %)

Periprozedurales Neuromonitoring (ID 162402)

Tabelle 24: TKez 162402: Periprozedurales Neuromonitoring

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**70,93 %** **O = 11.691** **N = 16.482**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Das periprozedurale Neuromonitoring beinhaltet mehrere Untersuchungsverfahren zur Identifikation einer zerebralen Minderperfusion und kann zur Steuerung der zerebralen Durchblutung und zur Kontrolle der Shuntfunktion herangezogen werden. Die Transparenzkennzahl wurde zum

Auswertungsjahr 2025 in Anlehnung an die Empfehlung der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" entwickelt und eingeführt. Sie misst, wie häufig ein Neuromonitoring bei Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation in Allgemeinanästhesie durchgeführte wurde (Eckstein et al. 2020). Im Auswertungsjahr 2025 haben 70,93 % aller betreffenden Patientinnen und Patienten während des Eingriffs ein Neuromonitoring erhalten. Die Datenfelder zum Neuromonitoring wurden bereits zum Auswertungsjahr 2024 erfasst. Beim Vergleich der Anteile des durchgeführten Neuromonitorings während offen-chirurgischer Eingriffe kann beobachtet werden, dass sich der Anteil im Auswertungsjahr 2025, also nach Einführung der Transparenzkennzahl, erhöht hat (AJ 2024: 71,97 %; AJ 2025: 76,67 %). Gleiches kann für den Anteil des durchgeführten Neuromonitorings während kathetergestützter Eingriffe beobachtet werden (AJ 2024: 37,26 %; AJ 2025: 43,11 %). Wie im Rahmen der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung dargestellt, wird diese Transparenzkennzahl zum Auswertungsjahr 2027 gestrichen, da sie das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal" nicht vollständig erfüllt und somit als nicht geeignet für die externe Qualitätssicherung eingeschätzt wird.

Postprozedurale fachneurologische Untersuchung (ID 161800)

Tabelle 25: QI 161800: Postprozedurale fachneurologische Untersuchung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	82,12 % O = 25.125 N = 30.594	**92,31 %** **O = 28.838** **N = 31.240**
rechnerische Auffälligkeiten	20 von 314 6,37 %	164 von 601 27,29 %	**68 von 567** **11,99 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 20 (5,00 %)	**80 / 164** **(48,78 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 314 (0,32 %)	**80 / 601** **(13,31 %)**	n. a.

Mit diesem Qualitätsindikator wird gemessen, ob bei mehr als 80 % der Patientinnen und Patienten, die eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation erhielten, eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde.

Dieser Qualitätsindikator wurde zum Auswertungsjahr 2024 angepasst, da nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene eine regelhafte postprozedurale fachneurologische Untersuchung nach einer Karotis-Revaskularisation im Sinne der Patientensicherheit notwendig sei. Somit können auch kleinere neurologische Defizite erkannt und ggf. behandelt werden, bevor die Patientin oder der Patient entlassen wird. Zudem wird angenommen, dass die regelhafte Durchführung einer fachneurologischen Untersuchung dazu führt, dass mehr Schlaganfälle und Durchblutungsstörungen mit leichteren Symptomen erfasst und dokumentiert werden.

Das Bundesergebnis dieses Qualitätsindikators liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 92,31 %, d. h., dass bei 92,31 % der 31.240 Patientinnen und Patienten eine fachneurologische Untersuchung nach der Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an durchgeführten postprozeduralen fachneurologischen Untersuchungen um ca. 10 % gestiegen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass nach dem ersten Auswertungsjahr Leistungserbringer Vereinbarungen bzw. Kooperationen mit einer Neurologie zur regelhaften Durchführung der postoperativen fachneurologischen Untersuchung geschlossen haben. Somit haben die Leistungserbringer im Durchschnitt die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit in diesem Bereich verbessert, da im Rahmen einer fachneurologischen Untersuchung jegliche neurologischen Defizite frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Diese Vermutung wird auch durch die Rückmeldungen zum Stellungnahmeverfahren gestützt. Es gab einige Leistungserbringer, die bereits unterjährig notwendige Strukturen und Prozesse etabliert haben, um eine regelhafte postprozedurale fachneurologische Untersuchung zu gewährleisten.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden 80 von 164 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen als qualitativ auffällig bewertet. Dies war das erste Stellungnahmeverfahren, welches für den geänderten Indikator durchgeführt wurde. Für Leistungserbringer mit als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen lagen Hinweise auf Struktur- und Prozessverbesserungen in Bezug auf Vereinbarungen bzw. Kooperationen mit einer Neurologie zur regelhaften Durchführung der postoperativen fachneurologischen Untersuchung vor. Gleichzeitig meldeten einige LAG zurück, dass es Leistungserbringer gibt, die Schwierigkeiten im Hinblick auf eine regelhafte Durchführung der postoperativen fachneurologischen Untersuchung haben bzw. die vor allem nach einem Eingriff bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose keine fachneurologische postprozedurale Untersuchung durchgeführt haben. Zu 4 der 80 qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden im Anschluss des Stellungnahmeverfahrens Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Dies bedeutet konkret, dass bei 2 Leistungserbringern Behandlungspfade und bei 2 weiteren Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien implementiert werden.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Verfahren *QS KAROTIS* werden für das Auswertungsjahr 2025 insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Es weisen von insgesamt 640 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall 80 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Der höchste Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Auswertungsjahr 2025 konnte beim Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚sonstige' bei sonstigen Karotisläsionen" (ID 852200) beobachtet werden (AJ 2025: 4,57 %). Auch der im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 höchste Anteil an als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen entfällt auf dieses Auffälligkeitskriterium (AJ 2024: 3,33 %). Begründet wurde die Bewertung als qualitativ auffällig mit bestätigten Fehldokumentationen, da entweder eine der unter

„sonstige Karotisläsion“ aufgeführten sonstigen Karotisläsionen oder eine asymptomatische bzw. symptomatische Karotisstenose vorlag.

Tabelle 26: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KAROTIS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850332	Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	1,23 % 391/31.703 (≤ 4,99 %; 95. Perzentil)
852200	Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen	1,77 % 561/31.703 (≤ 5,64 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,10 % 34.562/34.529 (≥ 95,00 %)
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,10 % 34.562/34.529 (≤ 110,00 %)
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,65 % 225/34.529 (≤ 5,00 %)

Tabelle 27: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KAROTIS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850332	Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt 51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	2024	20 von 569	3,51	4
852200	Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen	603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation 11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	2024	26 von 569	4,57	4

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt				
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	6 von 603	1,00	1
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	2 von 603	0,33	0
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	10 von 603	1,66	4

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 28: AK 850332: Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,10 % O = 325 N = 29.592	1,21 % O = 377 N = 31.082	**1,23 %** **O = 391** **N = 31.703**
rechnerische Auffälligkeiten	22 von 596 3,69 %	22 von 601 3,66 %	**20 von 569** **3,51 %** **(Refbereich: ≤ 4,99 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 22 (50,00 %)	**10 / 22** **(45,45 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	11 / 596 (1,85 %)	**10 / 601** **(1,66 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft, ob bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose häufig der Schweregrad 4 (Schwere Allgemeinerkrankung mit ständiger Lebensbedrohung) nach der Klassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA) dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit einer asymptomatischen Karotisstenose werden aufgrund ihres allgemeinen Gesundheitszustandes und ihrer Vorerkrankungen sehr häufig in die ASA-Kategorien 1 bis 3 und eher selten bzw. in Einzelfällen in die ASA-Kategorie 4 (Schwere Allgemeinerkrankung mit ständiger Lebensbedrohung) eingeordnet. Daher sollte geprüft werden, welche Gründe vorliegen, wenn ein Leistungserbringer häufig Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Stenose und gleichzeitig ASA-Schweregrad 4 einschätzt und operiert. Die Einstufung nach ASA erfolgt in der Regel durch die Anästhesistin bzw. den Anästhesisten. Die Odds Ratio bei Angabe von ASA 4 oder 5 liegt beim Indikator „Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt“ (ID 51873) bei 3,42, was einem erhöhten Risiko für das Auftreten eines Schlaganfalls oder Todesfalls entspricht. Eine falsch hohe ASA-Einstufung ergibt ein höheres Risikoprofil des Patientenkollektivs des Leistungserbringers. Das Leistungserbringerergebnis liegt somit erst bei einer vergleichsweise hohen Anzahl an Todesfällen außerhalb des Referenzbereichs.

Im Auswertungsjahr 2025 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 1,23 %. Das bedeutet, dass bei 1,23 % der 31.703 Fälle mit asymptomatischer Karotisstenose, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, eine ASA 4 dokumentiert wurde. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 4,99 % und mindestens 2 Fällen im Zähler hatten insgesamt 3,51 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse in diesem Auffälligkeitskriterium (20 von 569). Aufgrund des perzentilbasierten Referenzbereichs bleibt der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen in diesem Auffälligkeitskriterium über die Jahre nahezu gleich.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden 10 von 22 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen als qualitativ auffällig bewertet. Begründet wurde die Bewertung als qualitativ auffällig damit, dass die ASA-Einstufung der Patientin bzw. des Patienten nicht nachvollziehbar gewesen war. Die Einstufung nach ASA-Klassifikation wird in der Regel durch die Anästhesistin bzw. den Anästhesisten durchgeführt. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde zurückgemeldet, dass Leistungserbringer planen, Schulungen zur ASA-Klassifikation durchzuführen.

2 Leistungserbringer mit einer qualitativen Ausfälligkeit im Auswertungsjahr 2024 im Auffälligkeitskriterium 850332 hatten bereits wiederholt auffällige Ergebnisse. Bei beiden wurden im Anschluss des Stellungnahmeverfahrens Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Zu einem Ergebnis meldete eine LAG „fehlende Angaben" als Kommentar zurück, und zum anderen Ergebnis wurde zurückgemeldet, dass eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität erfolgt ist.

Tabelle 29: AK 852200: Angabe „sonstige" bei sonstigen Karotisläsionen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	3,01 % O = 892 N = 29.592	2,12 % O = 658 N = 31.082	**1,77 %** **O = 561** **N = 31.703**
rechnerische Auffälligkeiten	29 von 596 4,87 %	35 von 601 5,82 %	**26 von 569** **4,57 %** **(Refbereich: ≤ 5,64 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	15 / 29 (51,72 %)	**20 / 35** **(57,14 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	15 / 596 (2,52 %)	**20 / 601** **(3,33 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft, ob bei Fällen mit Karotis-Revaskularisation, die in die Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren einfließen, häufig „sonstige" bei den sonstigen Karotisläsionen der operierten Seite dokumentiert wurde. Dies wäre gerechtfertigt, wenn keine der vorgegebenen sonstigen Karotisläsionen (exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung, Aneurysma, symptomatisches Coiling, Mehretagenläsion) zutreffend ist. Es sollte möglichst nur in seltenen Fällen nötig sein, „sonstige" zu dokumentieren. Eine fehldokumentierte Angabe als „sonstige" bei den sonstigen Karotisläsionen führt zu einer falschen Zuordnung zu den Indikationsgruppen, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zur Indikation (IDs 162400 und 162401) sowie zur Risikoadjustierung verwendet werden.

Im Auswertungsjahr 2025 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 1,77 %. Das bedeutet, dass bei 1,77 % der 31.703 im Auffälligkeitskriterium betrachteten Fälle angegeben wurde, dass eine „sonstige Karotisläsion", die nicht näher klassifiziert werden kann, an der ope-

rierten Seite vorliegt. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 5,64 % hatten insgesamt 4,57 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse in diesem Auffälligkeitskriterium (26 von 569). Aufgrund des perzentilbasierten Referenzbereichs bleibt der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen in diesem Auffälligkeitskriterium über die Jahre nahezu gleich.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden 20 von 35 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen als qualitativ auffällig bewertet. Begründet wurde die Bewertung als qualitativ auffällig mit bestätigten Fehldokumentationen, da entweder eine der unter „sonstige Karotisläsion" aufgeführten sonstigen Karotisläsionen oder eine asymptomatische bzw. symptomatische Karotisstenose vorlag. Die Rückmeldungen zu den qualitativ unauffälligen Ergebnissen zeigen, dass es sich um fehlerhafte Dokumentationen handelt, die keinen Hinweis auf ein qualitatives Defizit erkennen lassen. Aus den Rückmeldungen der LAG kann geschlussfolgert werden, dass derzeit keine relevanten Schlüsselwerte in den nachgeordneten Datenfeldern zu den Datenfeldern „sonstige Karotisläsionen der rechten Seite" bzw. „[] linken Seite" fehlen.

4 der Leistungserbringer mit einer rechnerischen Auffälligkeit im Auswertungsjahr 2024 im Auffälligkeitskriterium 852200 hatten bereits wiederholt auffällige Ergebnisse. Dies könnte ein Hinweis für Verbesserungspotenzial bei den betreffenden Leistungserbringern hinsichtlich der Dokumentation von Karotisläsionen sein.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 30: AK 850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,23 % O = 32.127 N = 32.052	100,79 % O = 33.871 N = 33.607	**100,10 %** **O = 34.562** **N = 34.529**
rechnerische Auffälligkeiten	9 von 648 1,39 %	11 von 631 1,74 %	**6 von 603** **1,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 9 (66,67 %)	**6 / 11** **(54,55 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 648 (0,93 %)	**6 / 631** **(0,95 %)**	n. a.

Tabelle 31: AK 850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,23 % O = 32.127 N = 32.052	100,79 % O = 33.871 N = 33.607	**100,10 %** **O = 34.562** **N = 34.529**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 648 0,62 %	1 von 631 0,16 %	**2 von 603** **0,33 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 (50,00 %)	**0 / 1** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 648 (0,31 %)	**0 / 631** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 32: AK 850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,54 % O = 174 N = 32.052	0,60 % O = 201 N = 33.607	**0,65 %** **O = 225** **N = 34.529**
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 648 1,23 %	17 von 631 2,69 %	**10 von 603** **1,66 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 8 (12,50 %)	**6 / 17** **(35,29 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 648 (0,15 %)	**6 / 631** **(0,95 %)**	n. a.

In den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zeigen sich für das Verfahren *QS KAROTIS* im Auswertungsjahr 2025 keine Besonderheiten.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KAROTIS

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	2.849	-	3.124	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.849	100,00	3.124	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	182	6,39	313	10,02
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	182	100,00	313	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	182	100,00	313	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	11	6,04	31	9,90
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	171	93,96	282	90,10
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	171	100,00	282	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	5	2,92	3	1,06
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,58	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	113	62,09	105	33,55
Bewertung als qualitativ auffällig	29	15,93	106	33,87
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	23	12,64	31	9,90
Sonstiges	6	3,30	40	12,78

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	18	n. a.	21	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Für das Verfahren *QS KAROTIS* haben alle LAG den Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) zum Auswertungsjahr 2024 fristgerecht dem IQTIG übermittelt. Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Indikatorebene. Für das Auswertungsjahr 2024 gab es im Verfahren *QS KAROTIS* insgesamt 3.124 Indikatorenergebnisse. Es lagen 313 rechnerisch auffällige Ergebnisse vor (10,02 %). Hinsichtlich der absoluten Anzahl an rechnerisch auffälligen Ergebnissen zeigt sich eine Zunahme von 182 auf 313. Der Anteil rechnerisch auffälliger Ergebnisse an allen Indikatorenergebnissen im Verfahren hat sich lediglich um 4 % erhöht. Zum Auswertungsjahr 2024 wurde den rechnerisch auffälligen Ergebnissen seltener im Stellungnahmeverfahren nachgegangen. Es zeigte sich insgesamt eine Zunahme nicht eingeleiteter Stellungnahmeverfahren um etwa 3,5 %. Zu 282 der 313 rechnerisch auffälligen Ergebnisse ist ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen worden und bei 3 rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist zusätzlich ein Gespräch geführt worden. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden von 282 schriftlichen Stellungnahmen 106 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse einem Anteil von 33,87 % entspricht. Der Anteil an als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt.

Sowohl die meisten rechnerischen Auffälligkeiten als auch die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse entfallen im Auswertungsjahr 2024 auf den Indikator 161800 zur fachneurologischen Untersuchung. Dies könnte daran liegen, dass der Indikator zum Auswertungsjahr 2024 geändert wurde. Leistungserbringer erhalten ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in diesem Indikator, wenn sie bei weniger als 80 % der Patientinnen und Patienten mit Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung durchgeführt haben. Außerdem wurden zu diesem Indikator bei 4 der 80 Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis im Anschluss an das Stellungnahmeverfahren Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Bei 2 Leistungserbringern sollen Behandlungspfade und bei 2 weiteren Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien implementiert werden.

Auch der hohe Anteil rechnerisch auffälliger Ergebnisse, die im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 die Bewertung „Sonstiges“ erhielten, kann auf den Indikator 161800 zurückgeführt werden. Laut den Rückmeldungen der LAG wurde bei 12 rechnerisch auffälligen Ergebnissen eine Bewertung „Sonstiges“ anstelle von „qualitativ auffällig“ vergeben, da die Leistungserbringer es unterjährig nicht umsetzen konnten, bei mehr als 80 % der Patientinnen

und Patienten mit Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung durchzuführen. Und bei 10 weiteren Leistungserbringern wurde das rechnerisch auffällige Ergebnis als „Sonstiges" bewertet, da unterjährig Lösungen zur Einhaltung des Qualitätsziels erarbeitet wurden. 7 weitere Leistungserbringer haben seitens der LAG die Empfehlung erhalten, eine fachneurologische Untersuchung durchzuführen, da dies der Leitlinie der europäischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie entspricht.

Tabelle 34: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KAROTIS

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
216	44	3	100	3	0

Zum Indikator 52240 wurden ebenfalls Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Mit diesem Qualitätsindikator wird gemessen, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose Schlaganfälle und Todesfälle im zeitlichen Umfeld des Eingriffs an der Karotis beobachtet wurden, wenn eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation in Kombination mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde. Hierbei wurden für 2 der 3 als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse Maßnahmen der Stufe 1 gewählt.

Zu den Qualitätsindikatoren, die messen, wie häufig periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischen oder kathetergestützten Eingriffen bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus beobachtet werden, wurden ebenfalls Maßnahmen der Stufe 1 ergriffen. Im Indikator 11704 betrifft das 5 von 16 als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen. Und im Indikator 51873 betrifft das 2 von 4 als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen.

Für das Verfahren *QS KAROTIS* zeigt sich, dass etwa 15 % der Leistungserbringer mehr als eine rechnerische Auffälligkeit vorweist, 3 Leistungserbringer haben sogar 3 oder mehr rechnerische Auffälligkeiten in den 8 Indikatoren, die im Auswertungsjahr 2024 erhoben und ausgewertet wurden. Bei den qualitativ auffälligen Ergebnissen sind es nur 3 Leistungserbringer, bei denen 2 als qualitativ auffällig bewertete Ergebnisse im Verfahren *QS KAROTIS* auftraten.

Aus der Tabelle K3_5_QI im QSEB-Anhang ist ersichtlich, dass etwa die Hälfte der rechnerischen Auffälligkeiten auf Leistungserbringer mit maximal 18 Fällen in der Grundgesamtheit pro Indikator entfällt. Dies könnte zum einen daran liegen, dass die derzeit angewendete Berechnung des Referenzbereichs noch keine statistische Unsicherheit berücksichtigt und daher vor allem kleine Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse erhalten. Zum anderen kann es aber auch daran liegen, dass es kleine Leistungserbringer mit jeweils wenigen Fällen pro Indikator sind, die besonders häufig Herausforderungen bei der Indikationsstellung oder der regelhaften Durchführung der fachneurologischen Untersuchung nach Karotis-Revaskularisation haben bzw. bei denen häufiger Komplikationen wie Schlaganfälle oder Todesfälle auftreten. Gleichzeitig ist der Anteil an durchgeführten Stellungnahmeverfahren bei Leistungserbringern mit 1-4 Fällen mit

83,02 % am niedrigsten. Die Rückmeldungen der LAG lassen darauf schließen, dass kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde, wenn ein Leistungserbringer eine geringe Fallzahl in der Grundgesamtheit des Indikators aufweist und nur 1 oder 2 Patientinnen und Patienten betroffen sind bzw. eine geringe Abweichung vom Referenzbereich vorliegt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 35: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KAROTIS

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.142	100,00	3.108	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	72	2,29	86	2,77
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	72	100,00	86	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	8	11,11	15	17,44
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	64	88,89	71	82,56
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	64	100,00	71	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	28	38,89	22	25,58
Bewertung als qualitativ auffällig	35	48,61	42	48,84
Sonstiges	1	1,39	7	8,14
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	2	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Für das Verfahren *QS KAROTIS* haben alle LAG den QSEB zum Auswertungsjahr 2024 fristgerecht dem IQTIG übermittelt. Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Auffälligkeitskriteriumsebene. Für das Auswertungsjahr 2024 gab es im Verfahren *QS KAROTIS* insgesamt 3.108 Ergebnisse für die Auffälligkeitskriterien, von denen 86 Ergebnisse rechnerisch auffällig waren (2,77 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil ungefähr gleichbleibend. Diesen rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde zum Auswertungsjahr 2024 seltener im Stellungnahmeverfahren nachgegangen; es zeigte sich insgesamt eine Zunahme nicht eingeleiteter Stellungnahmeverfahren um etwa 5 %. Zu 71 der 86 rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen worden. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden von 71 schriftlichen Stellungnahmen 42 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse einem Anteil von 48,84 % entspricht. Der Anteil an als qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr gleichgeblieben.

Sowohl die meisten rechnerischen Auffälligkeiten als auch die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse entfallen im Auswertungsjahr 2024 auf das Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚sonstige' bei sonstigen Karotisläsionen" (ID 852200). Es wurden 20 von 35 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen als qualitativ auffällig bewertet (AJ 2024: 57,14 %). Das bedeutet, dass bei diesen Leistungserbringern eine fehlerhafte Angabe zur Karotisstenose gemacht wurde. Aus den Rückmeldungen der LAG kann geschlussfolgert werden, dass derzeit keine relevanten Antwortmöglichkeiten in den nachgeordneten Datenfeldern zu den Datenfeldern „sonstige Karotisläsionen der rechten Seite" bzw. „[] linken Seite" fehlen.

Im Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten" (ID 850332) konnte ebenfalls ein hoher Anteil an qualitativen Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2024 beobachtet werden (45,45 %). Dies scheint laut den Rückmeldungen der LAG daran zu liegen, dass Schulungsbedarf zum Umgang mit der ASA-Klassifikation bei den Anästhesistinnen und Anästhesisten der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis besteht.

2 der Leistungserbringer mit qualitativer Auffälligkeit im Auswertungsjahr 2024 im Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten (ID 850332)" waren bereits wiederholt auffällig. Bei diesen wurden im Anschluss an das Stellungnahmeverfahren Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Zu einem Ergebnis meldete eine LAG „fehlende Angaben" als Kommentar zurück, und zum anderen Ergebnis wurde zurückgemeldet, dass eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität erfolgt ist.

Tabelle 36: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KAROTIS

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
74	6	0	40	1	0

Für das Verfahren *QS KAROTIS* zeigt sich, dass ein Großteil der Leistungserbringer jeweils nur eine rechnerische Auffälligkeit aufweist. Vereinzelt kommt es dennoch zu mehrfachen Auffälligkeiten.

6 der 86 Leistungserbringer haben 2 rechnerische Auffälligkeiten in den 5 Auffälligkeitskriterien, die im Auswertungsjahr 2024 erhoben und ausgewertet wurden. Bei den qualitativ auffälligen Ergebnissen ist nur ein Leistungserbringer dabei, der 2 qualitative Auffälligkeiten in den Auffälligkeitskriterien des Verfahren *QS KAROTIS* aufweist.

4 Evaluation

Im Verfahren *QS KAROTIS* ist der Qualitätsindikator „Postprozedurale fachneurologische Untersuchung" (ID 161800) hervorzuheben. Dieser wurde nach Beratung mit dem Expertengremium auf Bundesebene und auf Basis der „S3-Leiltinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" zum Auswertungsjahr 2024 angepasst. Das Bundesergebnis des Auswertungsjahres 2025 ist im Vergleich zum Vorjahr um 10 % gestiegen (AJ 2024: 82,12 %; AJ 2025: 92,31 %). Dies und die Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 lassen Rückschlüsse zu, dass die Anpassung des Indikators zur Verbesserung der Versorgungsqualität beigetragen hat.

Die interdisziplinäre Indikationsstellung zur Karotis-Revaskularisation ist ein Teil der zum Auswertungsjahr 2025 angepassten Indikatoren (IDs 162400 und 162401) und gleichzeitig wird dieser Aspekt vom G-BA durch eine Änderung ab 2025 in der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren berücksichtigt. Dies verdeutlicht nach Einschätzung des IQTIG die Bedeutung der Indikationsstellung. Gleichzeitig deuten die Bundesergebnisse darauf hin, dass die Leistungserbringer die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen der Indikationsstellung verbessern könnten. Es bleibt zu prüfen, ob sich der Anteil der interdisziplinäreren Indikationsstellungen durch die Aufnahme der Karotis-Revaskularisation bei Karotisstenose in die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren erhöht.

Nach den Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung soll für die Transparenzkennzahlen zu lokalen Komplikationen (IDs 162300 und 162300) eine Risikoadjustierung entwickelt werden. Das IQTIG nimmt derzeit noch entsprechende Prüfungen vor und wird Empfehlungen zu den Transparenzkennzahlen ableiten.

Dem IQTIG liegt eine G-BA-Beauftragung zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS KAROTIS* vor. Ziel der Beauftragung war die Entwicklung von Follow-up-Indikatoren zu den Endpunkten Schlaganfall und Tod. Dies betrifft die Indikatoren 52240 sowie 11704 und 51873. Im Sinne der Patientensicherheit und Verbesserung der Versorgungsqualität empfiehlt das IQTIG eine zeitnahe Einführung der Follow-up-Indikatoren im Rahmen des Regelbetriebs.

Für das Auswertungsjahr 2024 / Erfassungsjahr 2023 hat eine der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt.

Die Qualitätsindikatoren des Verfahren *QS KAROTIS* sollen insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Ziele des Verfahrens verfolgen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Prozessqualität
- Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen

Die in der DeQS-RL aufgeführten Ziele werden weiterhin durch die bestehenden Qualitätsindikatoren abdeckt, da aufgrund des Beschlusses des G-BA die empfohlene Abschaffung der Indikatoren zur angemessenen Indikationsstellung vorerst nicht umgesetzt wurde. Die Ergebnisse zu den

im Auswertungsjahr 2025 angepassten Indikatoren sollen in eine erneute umfassende Prüfung einbezogen werden, um eine abschließende Empfehlung zur Beibehaltung oder Abschaffung der Indikatoren zur angemessenen Indikationsstellung zu geben. Zu diesen Indikatoren wurden zum Auswertungsjahr 2025 weitere Kriterien eingeführt, die auf eine sorgfältige Diagnosestellung abzielen. Die Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 geben Hinweise auf Verbesserungspotenziale bei den Leistungserbringern vor allem im Hinblick auf die Einbeziehung der Fachdisziplin Neurologie im Rahmen der Indikationsstellung. Gleichzeitig gibt es weitere relevante Kriterien zur Indikationsstellung, die in der „S3-Leiltinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" benannt werden, die sich nicht im Rahmen der externen Qualitätssicherung operationalisieren lassen, bspw. eine Progredienz des Stenosegrades (Eckstein et al. 2020). Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 und Vorliegen der Ergebnisse und der Rückmeldungen der LAG soll eine abschließende Empfehlung zur Beibehaltung oder Abschaffung der Indikatoren zur angemessenen Indikationsstellung erfolgen.

Im Verfahren *QS KAROTIS* ist der Qualitätsindikator „Postprozedurale fachneurologische Untersuchung" (ID 161800) hervorzuheben. Dieser adressiert das Richtlinienziel „Verbesserung der Prozessqualität" und wurde nach Beratung mit dem Expertengremium auf Bundesebene und auf Basis der „S3-Leiltinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" zum Auswertungsjahr 2024 angepasst. Im Sinne der Patientensicherheit ist eine fachneurologische Untersuchung nach jeder Karotis-Revaskularisation wichtig, da somit auch Schlaganfälle und Durchblutungsstörungen mit leichteren Symptomen erkannt und ggf. vor der Entlassung aus dem Krankenhaus behandelt werden können. Das Bundesergebnis dieses Qualitätsindikators ist im Vergleich zum Vorjahr um 10 % gestiegen (AJ 2024: 82,12 %; AJ 2025: 92,31 %). Dies und die Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 lassen Rückschlüsse zu, dass Leistungserbringer Verbesserungen der Versorgungsqualität umgesetzt haben, indem Vereinbarungen mit der Neurologie zur regelhaften Durchführung der fachneurologischen Untersuchung getroffen wurden.

Das Richtlinienziel „Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen" wird durch die Indikatoren 52240, 11704 und 51873 abgebildet. Die Indikatoren 11704 und 51873 messen, wie häufig periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischen oder kathetergestützten Eingriffen bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus beobachtet werden. Aufgrund der mittleren Verweildauer von 4 Tagen nach offen-chirurgischen bzw. 2 Tagen nach kathetergestützten Eingriffen besteht die Annahme, dass nicht alle Schlaganfälle und Todesfälle, die als Komplikation nach der Karotis-Revaskularisation auftreten, erfasst werden. Der Anteil an beobachteten Schlaganfällen und Todesfällen beträgt 2,38 % nach offen-chirurgischen und 3,49 % nach kathetergestützten Eingriffen. Eine Probedatenauswertung, die im Rahmen der Beauftragung zur Entwicklung von Follow-up-Indikatoren zu den Endpunkten Schlaganfall und Tod innerhalb von 30 Tagen nach der Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und die innerhalb eines Jahres aufgetretenen Komplikationen betrachtet, legt nahe, dass ein relevanter Anteil an Schlaganfällen und Todesfällen nach der Entlassung auftritt. Aus der Probedatenauswertung kann abgeleitet werden, dass innerhalb der kurzen Verweildauer nur etwa

10 % der Komplikationen nach offen-chirurgischen und 40 % der Komplikationen nach katheter-gestützten Eingriffen erfasst werden. Erst nach 30 Tagen werden laut der Probedatenauswertung etwa 40 % der Komplikationen nach offen-chirurgischen Eingriffen und bzw. etwa 65 % der Komplikationen nach kathetergestützten Eingriffen erfasst. Daher sieht das IQTIG hier einen Bedarf zur Weiterentwicklung der Indikatoren zu den Endpunkten Schlaganfall und Tod. Dieser Bedarf wurde mit dem Beschluss zur Beauftragung des IQTIG durch den G-BA adressiert. Im Sinne der Patientensicherheit und Verbesserung der Versorgungsqualität empfiehlt das IQTIG eine zeitnahe Einführung der Follow-up-Indikatoren im Rahmen des Regelbetriebs. Eine potenzielle Reduzierung des Dokumentationsaufwandes z. B. im Rahmen der Risikoadjustierung kann erst nach Eingang aller definierten Datensätze der Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Indexjahr geprüft werden.

Zu den Transparenzkennzahlen zu lokalen Komplikationen (IDs 162300 und 162303) soll laut der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Entwicklung einer Risikoadjustierung geprüft werden. Das IQTIG hat dazu nach Rücksprache mit dem Expertengremium auf Bundesebene eine orientierende Literaturrecherche durchgeführt, um Risikofaktoren für lokale Komplikationen nach Karotis-Revaskularisationen zu identifizieren und mit dem Expertengremium auf Bundesebene zu beraten. Es konnten lediglich zwei Risikofaktoren identifiziert werden, wobei der BMI aufgrund des hohen Anteils an fehlender Werte nicht für die Risikoadjustierung geeignet erscheint. Das IQTIG wird die Transparenzkennzahlen zu lokalen Komplikationen weiterhin prüfen und ggf. Empfehlungen ableiten.

5 Ausblick

Die Ergebnisse zu den im Auswertungsjahr 2025 angepassten Indikatoren zur Indikationsstellung sollen in eine erneute umfassende Prüfung einbezogen werden, um eine abschließende Empfehlung zur Beibehaltung oder Abschaffung der Indikatoren zur Indikationsstellung zu geben. Dies wird voraussichtlich zum Auswertungsjahr 2026 erfolgen, wenn die Ergebnisse und Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 vorliegen.

Die Transparenzkennzahl zum periprozeduralen Neuromonitoring (ID 162402) und die Transparenzkennzahl zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung (ID 162302) werden, wie im Rahmen der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung dargestellt, zum Auswertungsjahr 2027 gestrichen. Die Transparenzkennzahl 162402 erfüllt das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ nicht vollständig, und die Transparenzkennzahl 162302 erfüllt die Eignungskriterien „Beeinflussbarkeit“ und „Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss“ nicht vollständig. Daher sind diese Transparenzkennzahlen als nicht geeignet für die externe Qualitätssicherung eingeschätzt worden.

Derzeit werden im Verfahren *QS KAROTIS* nur Schlaganfälle und Todesfälle betrachtet, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung der Karotisstenose erhalten, bleiben in der Regel 2 bis 4 Tage im Krankenhaus. Schlaganfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit der Behandlung der Karotisstenose können jedoch auch noch bis zu 30 Tage nach der Behandlung auftreten. Im Auftrag des G-BA wurden vom IQTIG daher Indikatoren entwickelt, die auf Basis von Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen Schlaganfälle und Todesfälle nach Entlassung aus dem Krankenhaus erfassen. Diese Weiterentwicklung ist im Sinne der Patientensicherheit empfehlenswert und kann einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten, da die Krankenhäuser Informationen zu Komplikationen nach Entlassung erhalten und gleichzeitig kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht. Das IQTIG empfiehlt eine zeitnahe Einführung der Follow-up-Indikatoren.

Literatur

Bennett, KM; Scarborough, JE; Shortell, CK (2015): Predictors of 30-day postoperative stroke or death after carotid endarterectomy using the 2012 carotid endarterectomy-targeted American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program database. *Journal of Vascular Surgery* 61(1): 103-111. DOI: 10.1016/j.jvs.2014.05.100.

Eckstein, H-H; Kühnl, A; Berkefeld, J; Dörfler, A; Kopp, I; Langhoff, R; et al. (2020): AWMF-Registernummer 004-028. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose. Langfassung. 2. Auflage [Stand:] 03.02.2020. Berlin: DGG [Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/004-028l_extracranielle-Carotisstenose-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2025-02-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 07.07.2025). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK* und *QS HGV*. Abschlussbericht. [Stand:] 16.08.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_WE-datengestuetzte-QS-Verfahren-KCHK-CAP-MC-KAROTIS-DEK-HGV_Abschlussbericht_2024-08-16_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 18.02.2025).

Loritz, M; Busch, HJ; Helbing, T; Fink, K (2020): Prospective evaluation of the quickSOFA score as a screening for sepsis in the emergency department. *Internal and Emergency Medicine* 15(4): 685-693. DOI: 10.1007/s11739-019-02258-2.

Volkers, EJ; Greving, JP; Hendrikse, J; Algra, A; Kappelle, LJ; Becquemin, JP; et al. (2017): Body mass index and outcome after revascularization for symptomatic carotid artery stenosis. *Neurology* 88(21): 2052-2060. DOI: 10.1212/wnl.0000000000003957.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KAROTIS: Karotis-Revaskularisation

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Karotis-Revaskularisation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 7

Datengrundlagen 9

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 9

Ergebnisübersicht 11

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 12

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 15

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 17

162400: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose 17

Details zu den Ergebnissen 20

162401: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose 21

Details zu den Ergebnissen 24

52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation 25

Details zu den Ergebnissen 28

11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 29

Details zu den Ergebnissen 33

11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 35

Details zu den Ergebnissen 39

Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 41

162301: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 41

605: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch 44

606: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch 47

51859: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 50

Details zu den Ergebnissen ... 53
162300: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch ... 54
51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt ... 57
Details zu den Ergebnissen ... 61
51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt ... 63
Details zu den Ergebnissen ... 67
162302: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt ... 69
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt ... 72
162304: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt ... 72
51445: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt ... 75
51448: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt ... 78
51860: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt ... 81
Details zu den Ergebnissen ... 84
162303: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt ... 85
162402: Periprozedurales Neuromonitoring ... 88
161800: Postprozedurale fachneurologische Untersuchung ... 91
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 94
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 94
850332: Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten ... 94
852200: Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen ... 96
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 98
850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 98
850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 100
850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 102
Basisauswertung ... 104

Karotis-Revaskularisation (Gesamt) ... 104
Patientin und Patient ... 104
BMI-Klassifikation (WHO) ... 106
Klinische Diagnostik ... 106
Art des Eingriffs ... 111
Karotis-Revaskularisation (offen-chirurgisch) ... 112
Patientin und Patient ... 112
Klinische Diagnostik ... 113
Apparative Diagnostik ... 116
Stenosegrad (NASCET) - therapierte Seite ... 116
Stenosegrad (NASCET) - kontralaterale Seite ... 117
Überprüfung des Stenosegrades ... 118
Indikationsstellung ... 119
Bildgebung ... 119
Eingriff/Prozedur ... 120
Postprozeduraler Verlauf ... 122
Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes ... 125
Entlassung ... 127
Sterblichkeit ... 128
Karotis-Revaskularisation (kathetergestützt) ... 130
Patientin und Patient ... 130
Klinische Diagnostik ... 131
Apparative Diagnostik ... 134
Stenosegrad (NASCET) - therapierte Seite ... 134
Stenosegrad (NASCET) - kontralaterale Seite ... 135
Überprüfung des Stenosegrades ... 136
Indikationsstellung ... 137
Bildgebung ... 137
Eingriff/Prozedur ... 138
Postprozeduraler Verlauf ... 140
Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes ... 143

Entlassung 145

Sterblichkeit 146

Einleitung

Die externe Qualitätssicherung fokussiert auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie auf die invasiven Therapieformen, die sich dem meist durch Arterienverkalkung entstehenden Krankheitsbild der verengten Halsschlagader(n) (Karotisstenose[n]) widmet. Die Eingriffe erfolgen in der Regel einseitig; in seltenen Fällen auch beidseitig. Die rechtfertigende Indikation für entsprechende Eingriffe liefert die konsekutive Mangeldurchblutung (Ischämie) des Gehirns; zudem können Abschwemmungen aus der verkalkten Gefäßwand (Embolisation) zu einem Schlaganfall führen. Hauptursache für eine Verengung der Schlagadern ist die Arterienverkalkung (Arteriosklerose). Die Art der Behandlung richtet sich nach dem Grad der Verengung der Halsschlagader. Die Angaben zum Stenosegrad, d. h. zum Ausmaß der Verengung, werden international nach der NASCET-Methode dokumentiert. NASCET ist der Name einer randomisierten Studie (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial), in der der Stenosegrad mithilfe der Angiographie (Darstellung von Blutgefäßen mittels bildgebender Verfahren) ermittelt wurde. Die Bestimmung des Stenosegrades erfolgt heute i. d. R. mittels Ultraschall (Duplexsonographie) und Angabe der Ergebnisse in NASCET-Werten.

Bei symptomlosen Patientinnen und Patienten mit geringen Verengungen kann eine medikamentöse Therapie ausreichend sein; bei höhergradigen Verengungen oder bei Vorhandensein von Symptomen ist meist ein invasiver Eingriff erforderlich. Hierfür stehen aktuell zwei unterschiedliche Methoden zur Verfügung. Bei der Thrombendarteriektomie werden die Ablagerungen offen-chirurgisch aus dem Blutgefäß entfernt, um die erkrankte Arterie zu rekonstruieren (Karotis-Rekonstruktion). Alternativ kann das Gefäß auch durch einen Ballonkatheter (kathetergestützt) aufgeweitet und mittels eines eingesetzten Drahtgeflechts (Stent) behandelt werden. Die Auswahl der geeigneten Therapieform erfolgt leitlinienbasiert in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und mit allen behandelnden Fachdisziplinen.

Die Qualitätsindikatoren dieses QS-Verfahrens fokussieren sich auf die Indikationsstellung zum Eingriff an der Arteria carotis, schwere Komplikationen (Schlaganfall oder Tod) im zeitlichen Umfeld des Eingriffs sowie die Diagnostik periprozeduraler neurologischer Komplikationen. Sofern nicht anders gekennzeichnet, bezieht sich die Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu offen-chirurgisch bzw. kathetergestützt immer auf das beim ersten Karotiseingriff verwendete Verfahren.

Erläuterung Indikationsgruppen:

Indikationsgruppe A: Asymptomatische Karotisläsion
- Karotiseingriffe bei einer asymptomatischen Karotisläsion (asymptomatisch = innerhalb der letzten 6 Monate ereignisfrei, d. h. kein neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet, nicht gemeint sind Residuen vorangegangener Ereignisse)
- unter Ausschluss von Karotiseingriffen unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und von Simultaneingriffen (Indikationsgruppe D)

Indikationsgruppe B: Symptomatische Karotisläsion
- elektive Karotiseingriffe bei einer symptomatischen Karotisläsion (symptomatisch = nicht ereignisfrei innerhalb der letzten 6 Monate)

- unter Ausschluss von Karotiseingriffen unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und von Simultaneingriffen (Indikationsgruppe D)

Indikationsgruppe C: Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen
- Notfalleingriffe
oder
- Karotiseingriffe bei Patientinnen und Patienten mit (jeweils ipsilateral zum Eingriff):
Aneurysma
oder Mehretagenläsion
oder exulzerierende Plaques bei einer symptomatischen Karotisstenose mit einem Stenosegrad von < 50% (NASCET)
oder symptomatischem Coiling
- unter Ausschluss von Simultaneingriffen (Indikationsgruppe D)

Indikationsgruppe D: Simultaneingriffe
- Simultaneingriffe am arteriellen Gefäßsystem (z. B. aorto-koronarer Bypass, periphere arterielle Rekonstruktion, Aortenrekonstruktion, PTA/Stent intrakraniell, Herzklappenoperation)

Die Vorjahresberechnungen werden in der Auswertung mit den aktuellen Rechenregeln und leistungserbringenden Standorten durchgeführt. Hierdurch lassen sich ggf. Differenzen bezüglich der Qualitätsindikatorergebnisse und Anzahl leistungserbringender Standorte im Vergleich zur Auswertung des Vorjahres erklären.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.

Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird ebenfalls pro Vergleichsgruppe und zusätzlich auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	34.562 34.337 225	34.529	100,10
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	572		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	603	603	100,00

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	542	540	100,37

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RL-Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der betroffenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Erfassungsjahre 2022 und 2023 mit den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2021 als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-karotis/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	≥ 2,91 % (5. Perzentil)	62,99 % O = 10.990 N = 17.448
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	≥ 50,82 % (5. Perzentil)	83,39 % O = 9.227 N = 11.065
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	Sentinel Event	6,98 % O = 6 N = 86
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	≤ 3,10 (95. Perzentil)	1,01 O/E = 569 / 566,14 N = 23.916
11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	0,96 O/E = 313 / 325,25 N = 23.916

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch			
162301	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	1,46 % O = 206 N = 14.135
605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	1,36 % O = 170 N = 12.464
606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	2,15 % O = 36 N = 1.671
51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	3,10 % O = 264 N = 8.504
162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	4,73 % O = 1.135 N = 24.002
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	≤ 2,26 (95. Perzentil)	0,92 O/E = 233 / 252,78 N = 6.677
51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	1,05 O/E = 156 / 148,67 N = 6.677
162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	20,56 % O = 721 N = 3.506

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt			
162304	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	1,83 % O = 59 N = 3.222
51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	1,74 % O = 46 N = 2.638
51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	2,23 % O = 13 N = 584
51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	3,05 % O = 73 N = 2.395
162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	2,45 % O = 189 N = 7.701
162402	Periprozedurales Neuromonitoring	Transparenzkennzahl	70,93 % O = 11.691 N = 16.482
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	≥ 80,00 %	92,31 % O = 28.838 N = 31.240

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850332	Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	≤ 4,99 % (95. Perzentil)	1,23 % 391 / 31.703	3,51 % 20 / 569
852200	Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen	≤ 5,64 % (95. Perzentil)	1,77 % 561 / 31.703	4,57 % 26 / 569

© IQTIG 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,10 % 34.562 / 34.529	1,00 % 6 / 603
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,10 % 34.562 / 34.529	0,33 % 2 / 603
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,65 % 225 / 34.529	1,66 % 10 / 603

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

162400: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose

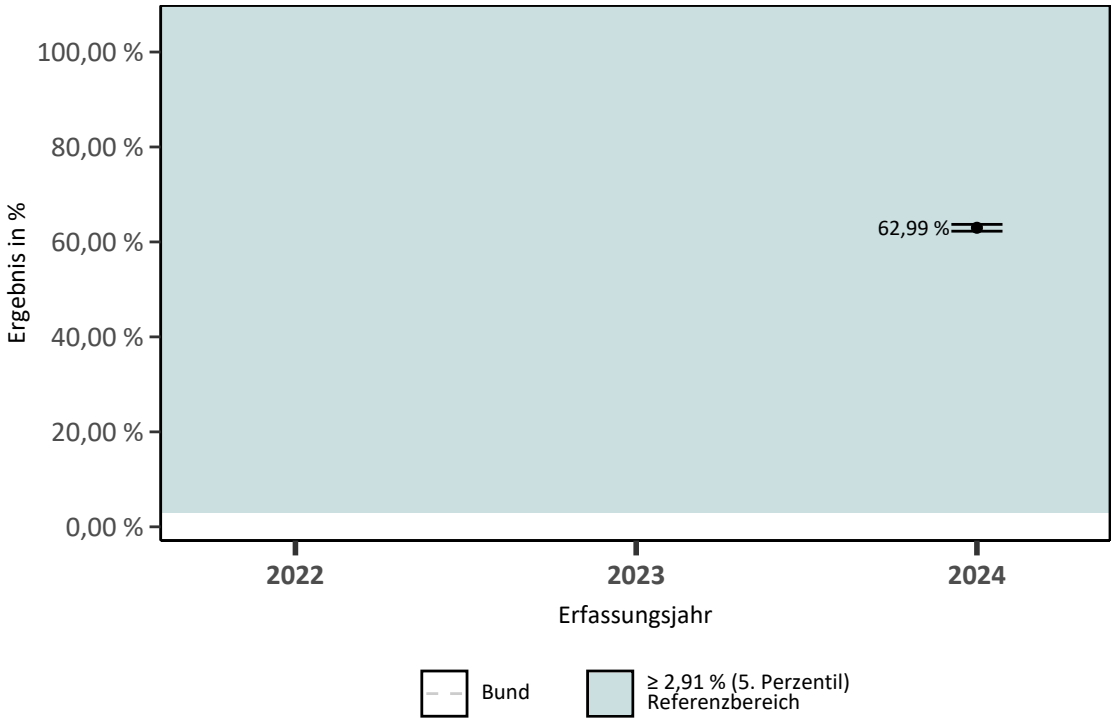
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad ≥ 60 % (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär und die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten bei denen - ein Stenosegrad ab 60 % (NASCET) vorliegt und - eine interdisziplinäre Indikationsstellung erfolgt ist (mindestens zwei Fachdisziplinen und eine davon ist der Fachbereich Neurologie) und - eine Überprüfung des Stenosegrades vor dem Eingriff an der Karotis erfolgt ist (durch einen weiteren Untersucher oder weiteres diagnostisches Verfahren oder sowohl weiteres diagnostisches Verfahren als auch weiteren Untersucher)
Referenzbereich	≥ 2,91 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

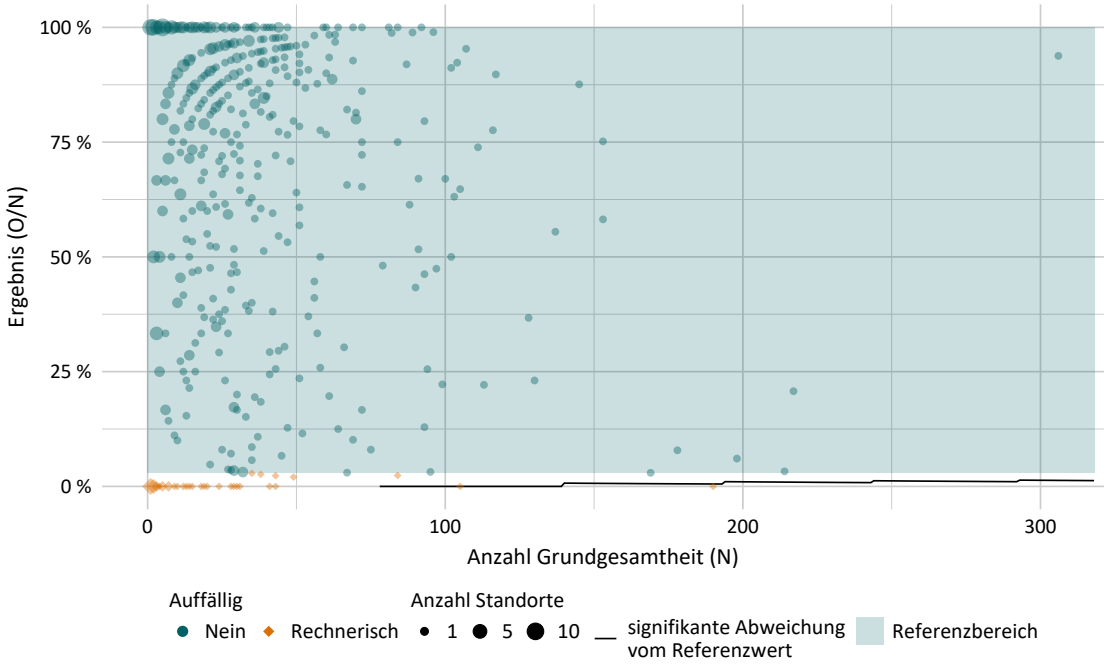
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	10.990 / 17.448	62,99	62,27 - 63,70

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	538	48	0,00	100,00	80,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 162400** **Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose**	62,99 % 10.990/17.448
1.1.1	ID: 16_24000 Stenosegrad an der operierten Seite ≥ 60 % (nach NASCET)	98,49 % 17.184/17.448
1.1.2	ID: 16_24001 Indikationsstellung interdisziplinär erfolgt	65,01 % 11.343/17.448
1.1.3	ID: 16_24002 Überprüfung des Stenosegrades im Rahmen der Indikationsstellung	95,89 % 16.731/17.448
1.1.4	ID: 16_24003 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	61,46 % 8.687/14.135
1.1.5	ID: 16_24004 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	69,51 % 2.303/3.313

162401: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose

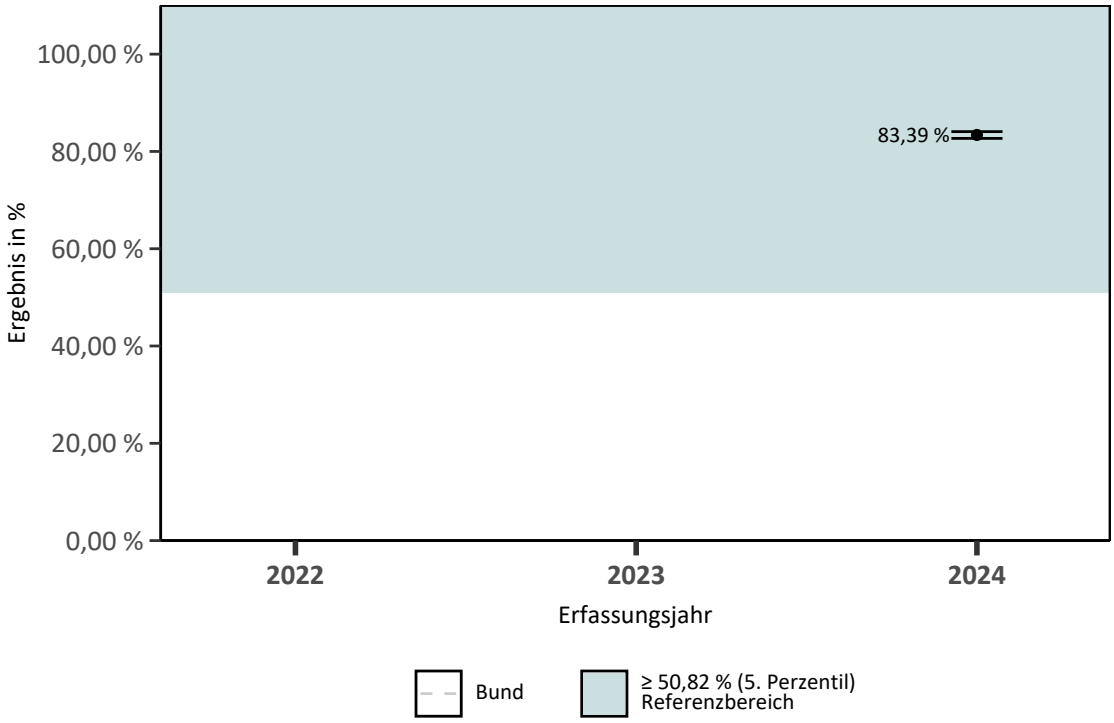
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad ≥ 50 % (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär, die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist und eine Bildgebung des Hirnparenchyms vorliegt
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten bei denen - ein Stenosegrad ab 50 % (NASCET) vorliegt und - eine interdisziplinäre Indikationsstellung erfolgt ist (mindestens zwei Fachdisziplinen und eine davon ist der Fachbereich Neurologie) und - eine Überprüfung des Stenosegrades vor dem Eingriff an der Karotis erfolgt ist (durch einen weiteren Untersucher oder weiteres diagnostisches Verfahren oder sowohl weiteres diagnostisches Verfahren als auch weiteren Untersucher) und - eine Bildgebung des Hirnparenchyms erfolgt ist
Referenzbereich	≥ 50,82 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

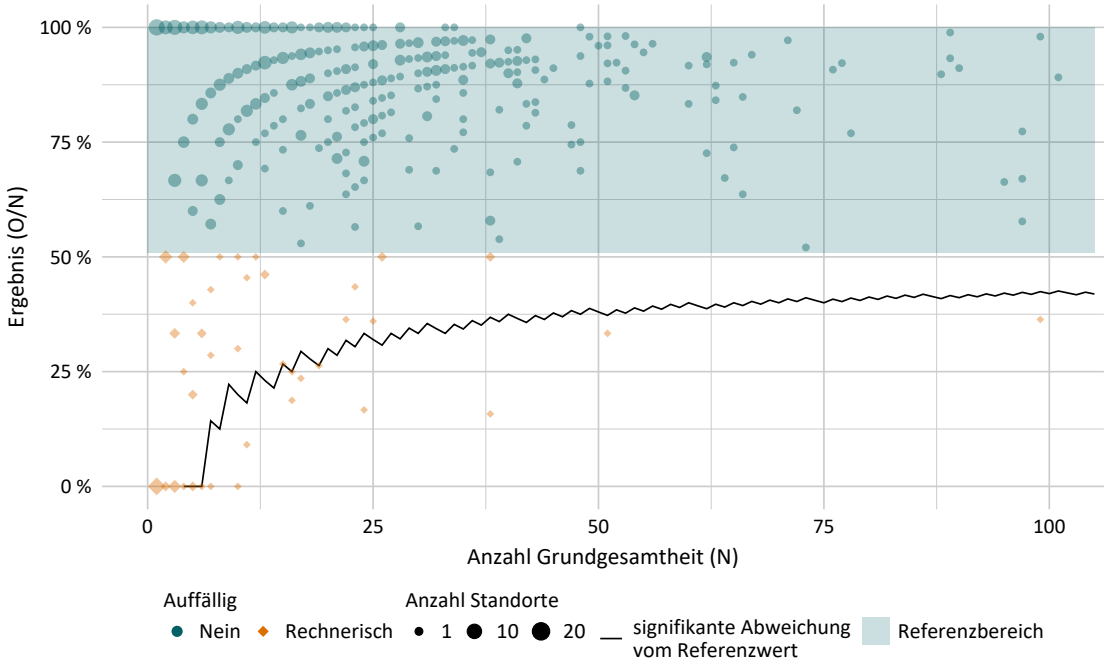
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	9.227 / 11.065	83,39	82,68 - 84,07

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	522	85	0,00	100,00	88,46

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 162401** **Indikation bei symptomatischer Karotisstenose**	83,39 % 9.227/11.065
2.1.1	ID: 16_24005 Stenosegrad an der operierten Seite ≥ 50 % (nach NASCET)	99,36 % 10.994/11.065
2.1.2	ID: 16_24006 Indikationsstellung interdisziplinär erfolgt	87,74 % 9.708/11.065
2.1.3	ID: 16_24007 Überprüfung des Stenosegrades im Rahmen der Indikationsstellung	95,15 % 10.528/11.065
2.1.4	ID: 16_24008 Bildgebung des Hirnparenchyms im Rahmen der Indikationsstellung	95,21 % 10.535/11.065
2.1.5	ID: 16_24009 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	85,62 % 7.281/8.504
2.1.6	ID: 16_24010 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	83,17 % 2.130/2.561

52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation

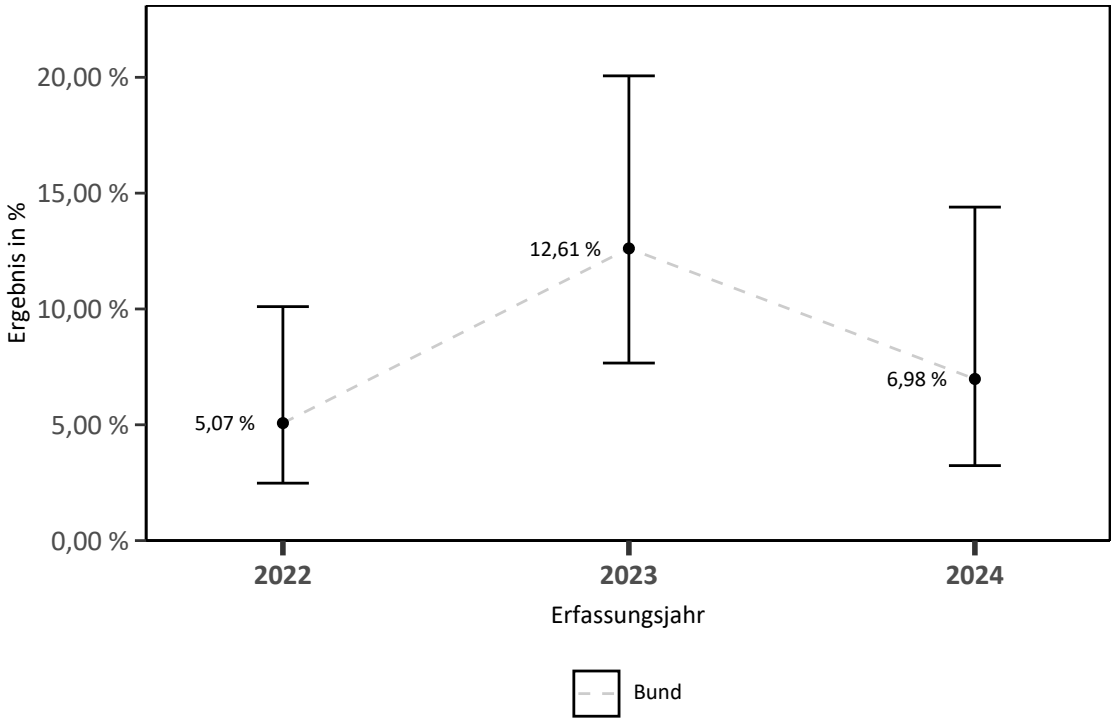
Qualitätsziel	Keine periprozeduralen Schlaganfälle oder Todesfälle
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

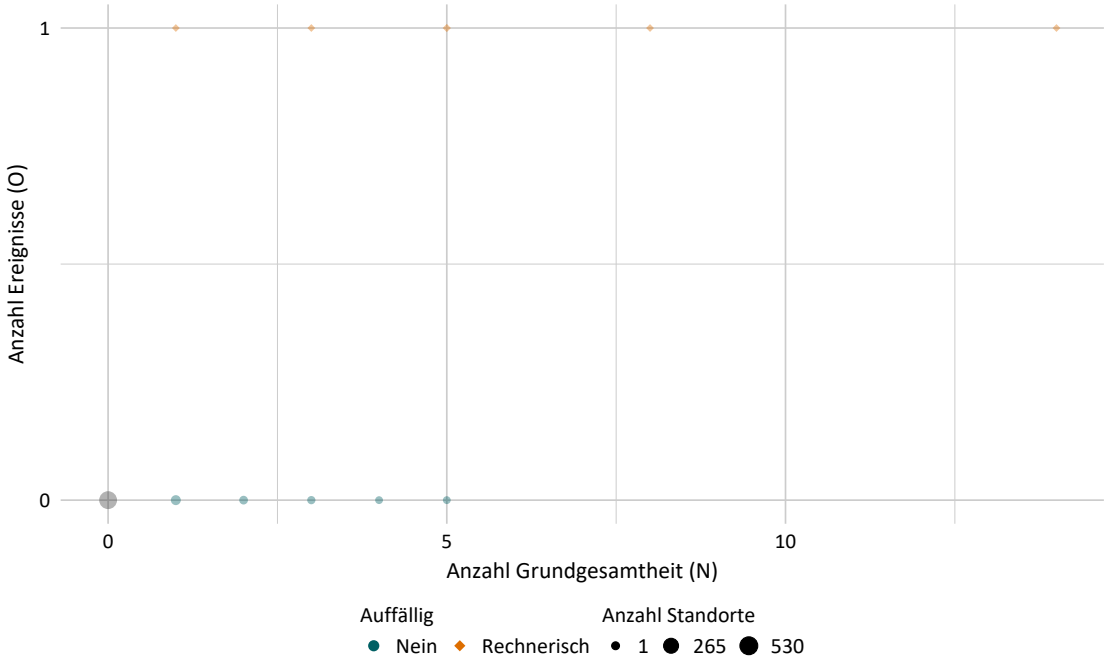
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	7 / 138	5,07	2,48 - 10,10
	2023	14 / 111	12,61	7,66 - 20,06
	2024	6 / 86	6,98	3,24 - 14,40

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 16_22011 Asymptomatische Karotisstenose bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation	0,36 % 86/24.002
3.1.1	**ID: 52240** **Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod**	6,98 % 6/86
3.1.2	ID: 16_22012 Verstorbene Patientinnen und Patienten	4,65 % 4/86

11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch

Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, mit Ausnahme von Patientinnen und Patienten, bei denen eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 11704
Referenzbereich	≤ 3,10 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear von 50 bis 90) Schweregrad der Behinderung, Rankin 2 Schweregrad der Behinderung, Rankin 3 Schweregrad der Behinderung, Rankin 4 Schweregrad der Behinderung, Rankin 5 ASA-Klassifikation 4 oder 5 Kontralaterale Stenose ab 75% Rezidiveingriff Notfall (Indikationsgruppe C) Indikationsgruppe D Diabetes mellitus mit Insulin behandelt eGFR bis 15 oder präoperative Nierenersatztherapie
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

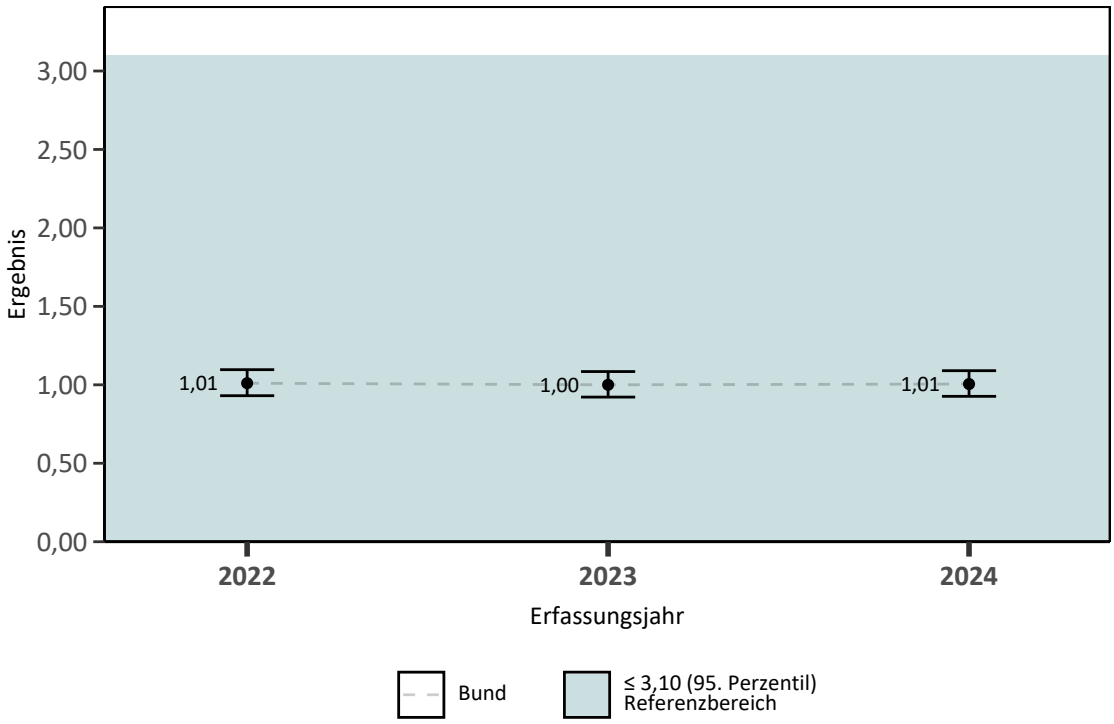
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	22.609	557 / 551,36	1,01	0,93 - 1,10
	2023	23.741	568 / 568,00	1,00	0,92 - 1,08
	2024	23.916	569 / 566,14	1,01	0,93 - 1,09

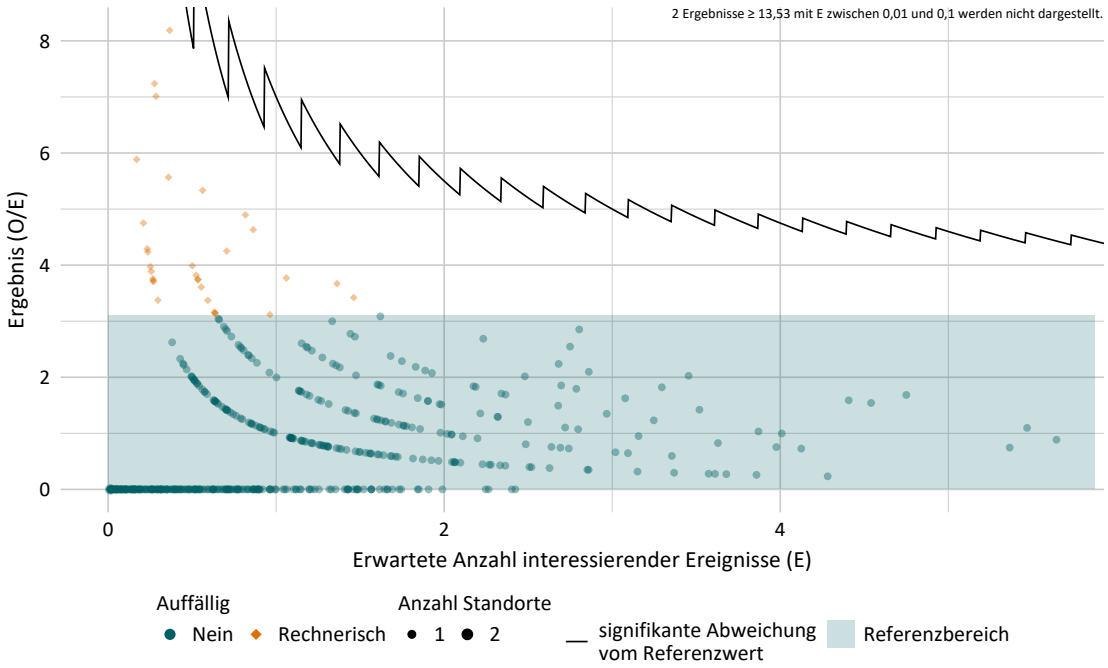
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



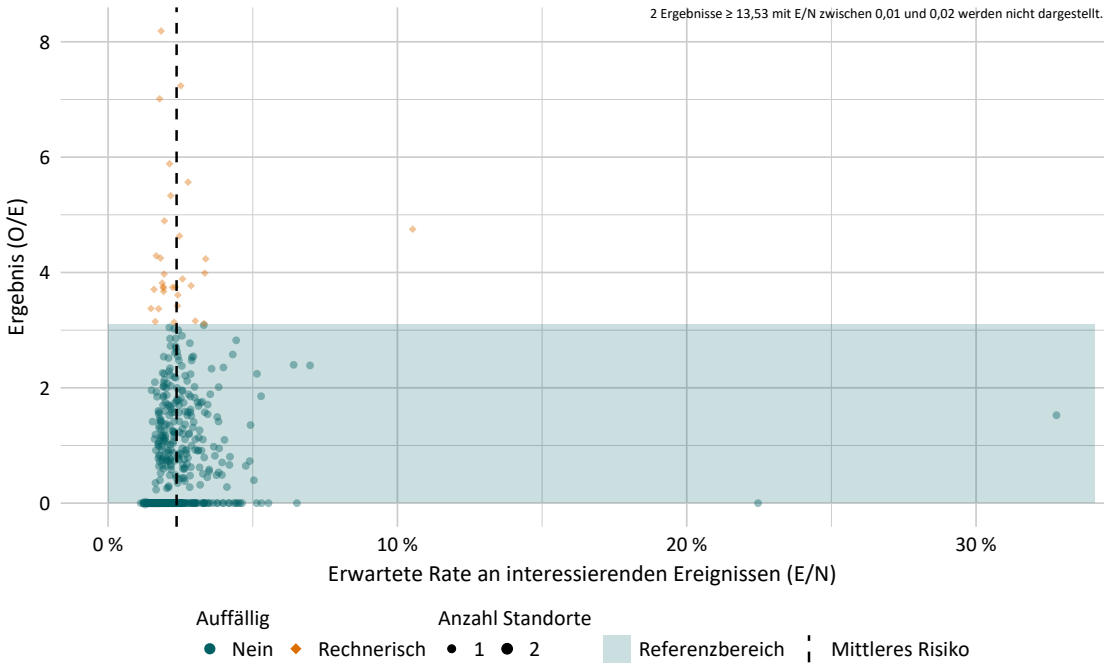
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	501	33	0,00	75,36	0,51

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Risikoadjustierung periprozeduraler Schlaganfälle oder Tod nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 11704 - offen-chirurgisch	
4.1.1	Beobachtete ischämische Schlaganfälle oder symptomatische intrakranielle Blutungen oder Tod in Karotis-Score Risikoklassen für QI-ID 11704	
4.1.1.1	ID: 16_22015 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,59 % 316/19.926
4.1.1.2	ID: 16_22016 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,56 % 132/2.893
4.1.1.3	ID: 16_22017 Risikoklasse 6 - < 10 %	6,34 % 43/678
4.1.1.4	ID: 16_22018 Risikoklasse ≥ 10 %	18,62 % 78/419
4.1.1.5	ID: 16_22019 Summe Karotis-Score Risikoklassen für QI-ID 11704	2,38 % 569/23.916
4.1.2	Erwartete ischämische Schlaganfälle oder symptomatische intrakranielle Blutungen oder Tod in Karotis-Score Risikoklassen für QI-ID 11704	
4.1.2.1	ID: 16_22020 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,63 % 324,19/19.926
4.1.2.2	ID: 16_22021 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,16 % 120,23/2.893
4.1.2.3	ID: 16_22022 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,59 % 51,44/678
4.1.2.4	ID: 16_22023 Risikoklasse ≥ 10 %	16,78 % 70,29/419
4.1.2.5	ID: 16_22024 Summe Karotis-Score Risikoklassen für QI-ID 11704	2,37 % 566,14/23.916
4.1.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
4.1.3.1	ID: O_11704 O/N (observed, beobachtet)	2,38 % 569/23.916
4.1.3.2	ID: E_11704 E/N (expected, erwartet)	2,37 % 566,14/23.916
4.1.3.3	**ID: 11704** **O/E**	1,01

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offenchirurgisch	
4.2.1	ID: 16_22098 Beobachtete Anzahl an Schlaganfällen oder Todesfällen	2,38 % 569/23.916
4.2.2	ID: 16_22099 Beobachtete Anzahl verstorbener Patientinnen und Patienten	0,86 % 206/23.916

11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch

Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, mit Ausnahme von Patientinnen und Patienten, bei denen eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 11724
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear von 50 bis 90) Schweregrad der Behinderung, Rankin 2 Schweregrad der Behinderung, Rankin 3 Schweregrad der Behinderung, Rankin 4 Schweregrad der Behinderung, Rankin 5 ASA-Klassifikation 4 oder 5 Kontralaterale Stenose ab 75% Rezidiveingriff Notfall (Indikationsgruppe C) Indikationsgruppe D Diabetes mellitus mit Insulin behandelt eGFR bis 15 oder präoperative Nierenersatztherapie
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

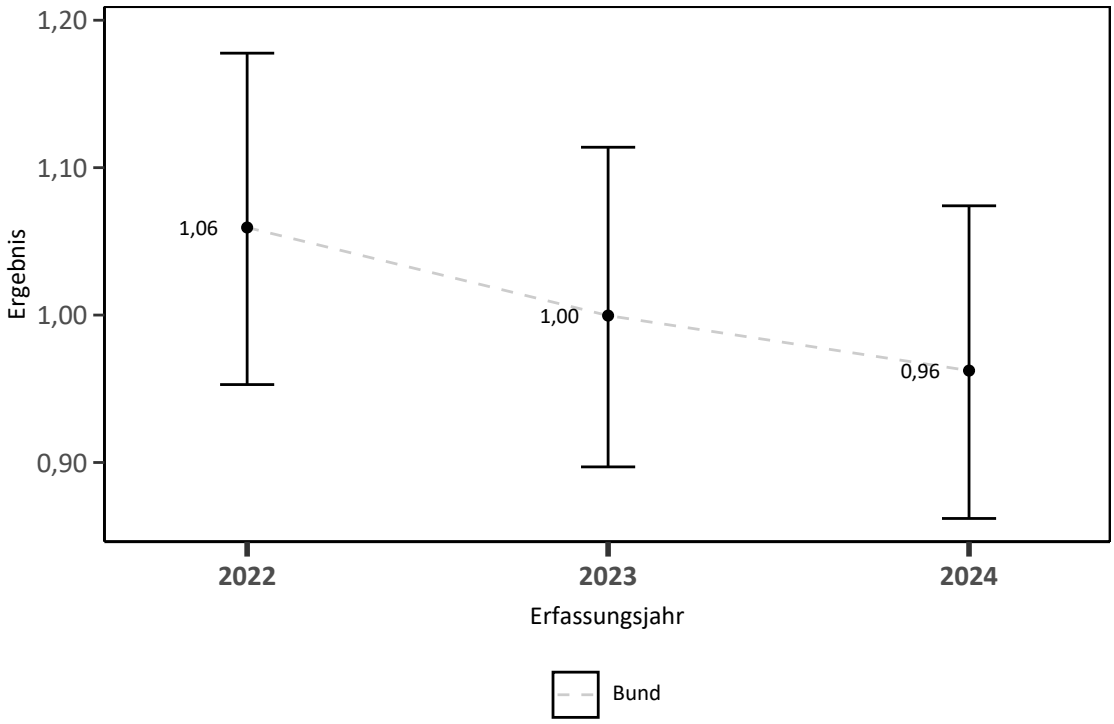
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	22.609	337 / 318,11	1,06	0,95 - 1,18
	2023	23.741	323 / 323,11	1,00	0,90 - 1,11
	2024	23.916	313 / 325,25	0,96	0,86 - 1,07

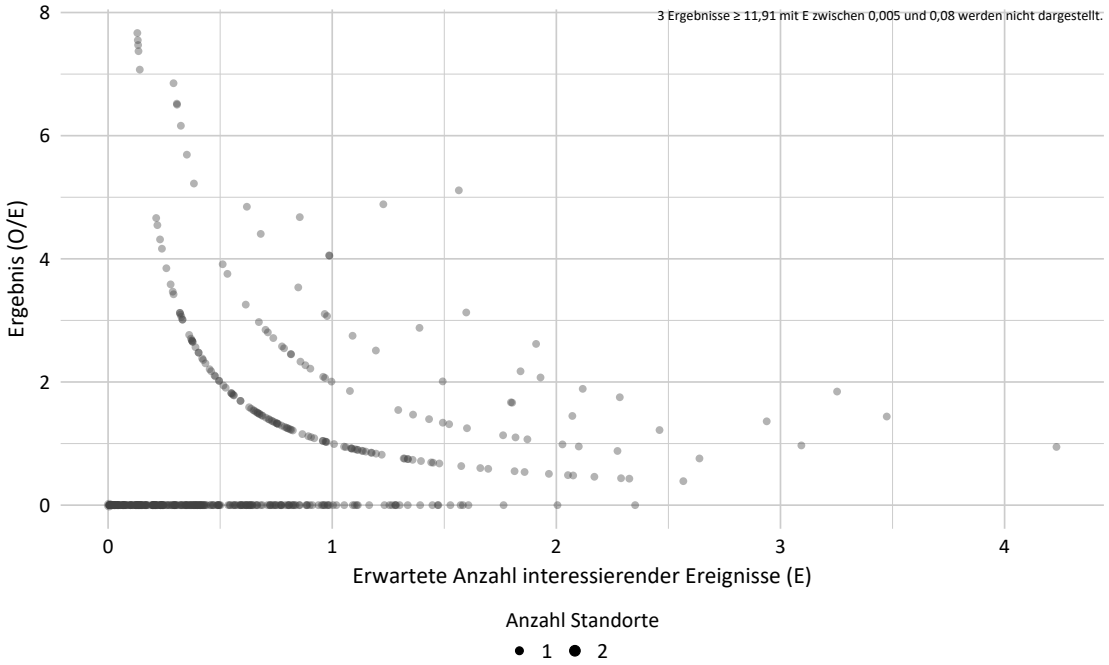
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



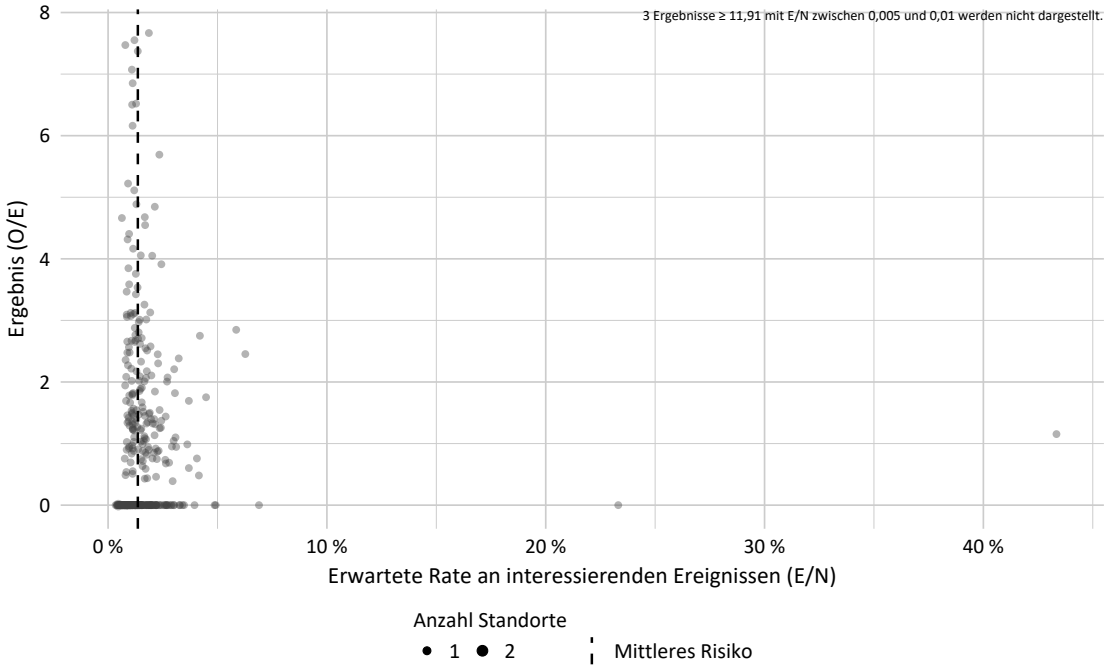
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	501	0	0,00	198,64	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Schwere Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch	
5.1.1	ID: 16_22026 Patientinnen und Patienten mit schweren Schlaganfällen oder Tod	1,31 % 313/23.916
5.1.1.1	ID: 16_22027 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A	0,63 % 89/14.135
5.1.1.2	ID: 16_22028 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B	1,78 % 151/8.504
5.1.1.3	ID: 16_22029 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe C	5,71 % 63/1.104
5.1.1.4	ID: 16_22030 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe D	5,78 % 10/173

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Risikoadjustierung schwerer Schlaganfälle oder Tod nach logistischem Karotis-Score für ID 11724 - offen-chirurgisch	
5.2.1	ID: 16_22031 Beobachtete schwere ischämische Schlaganfälle oder schwere symptomatische intrakranielle Blutungen oder Tod in Karotis-Score Risikoklassen für ID 11724	1,31 % 313/23.916
5.2.1.1	ID: 16_22032 Risikoklasse 0 - < 1,5 %	0,61 % 118/19.402
5.2.1.2	ID: 16_22033 Risikoklasse 1,5 - < 3,0 %	1,85 % 50/2.697
5.2.1.3	ID: 16_22034 Risikoklasse 3,0 - < 5,0 %	4,61 % 44/954
5.2.1.4	ID: 16_22035 Risikoklasse ≥ 5,0 %	11,70 % 101/863
5.2.1.5	ID: 16_22036 Summe Karotis-Score Risikoklassen für ID 11724	1,31 % 313/23.916
5.2.2	Erwartete schwere ischämische Schlaganfälle oder schwere symptomatische intrakranielle Blutungen oder Tod in Karotis-Score Risikoklassen für ID 11724	
5.2.2.1	ID: 16_22037 Risikoklasse 0 - < 1,5 %	0,69 % 134,27/19.402
5.2.2.2	ID: 16_22038 Risikoklasse 1,5 - < 3,0 %	2,05 % 55,20/2.697

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.2.3	ID: 16_22039 Risikoklasse 3,0 - < 5,0 %	3,83 % 36,51/954
5.2.2.4	ID: 16_22040 Risikoklasse ≥ 5,0 %	11,50 % 99,27/863
5.2.2.5	ID: 16_22041 Summe Karotis-Score Risikoklassen für ID 11724	1,36 % 325,25/23.916
5.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	
5.2.3.1	ID: O_11724 O/N (observed, beobachtet)	1,31 % 313/23.916
5.2.3.2	ID: E_11724 E/N (expected, erwartet)	1,36 % 325,25/23.916
5.2.3.3	**ID: 11724** **O/E**	0,96

[2] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	
5.3.1	ID: 16_22110 Beobachtete Anzahl an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen	1,31 % 313/23.916
5.3.2	ID: 16_22111 Beobachtete Anzahl verstorbener Patientinnen und Patienten	0,86 % 206/23.916

Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch

Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen

162301: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

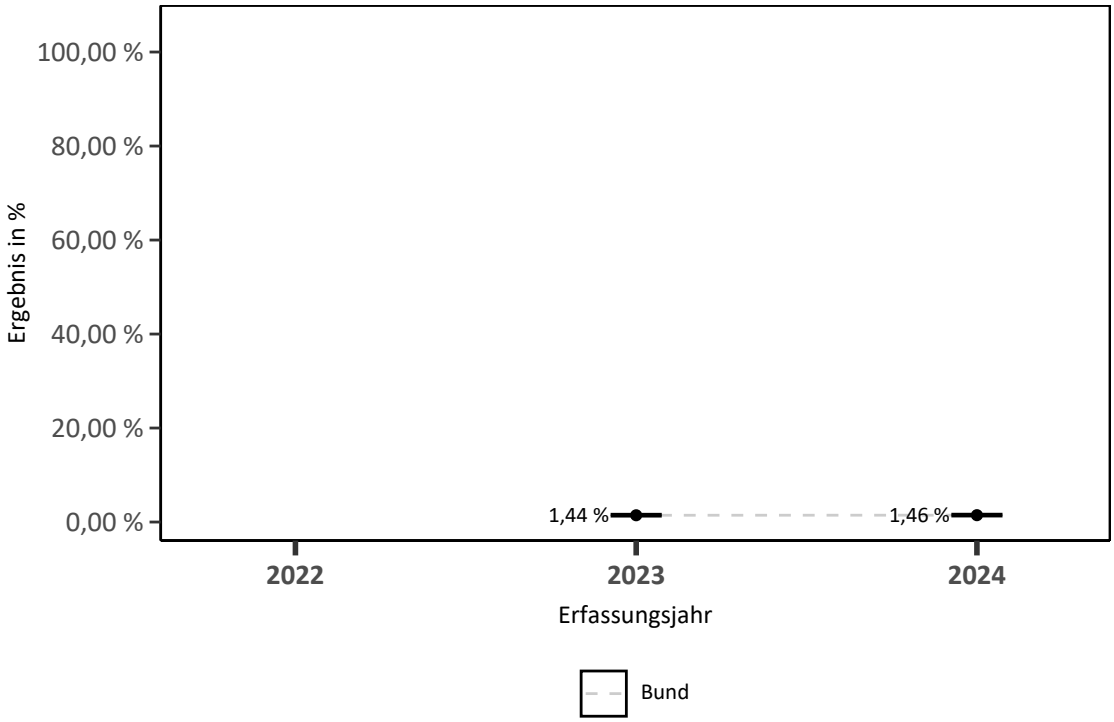
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

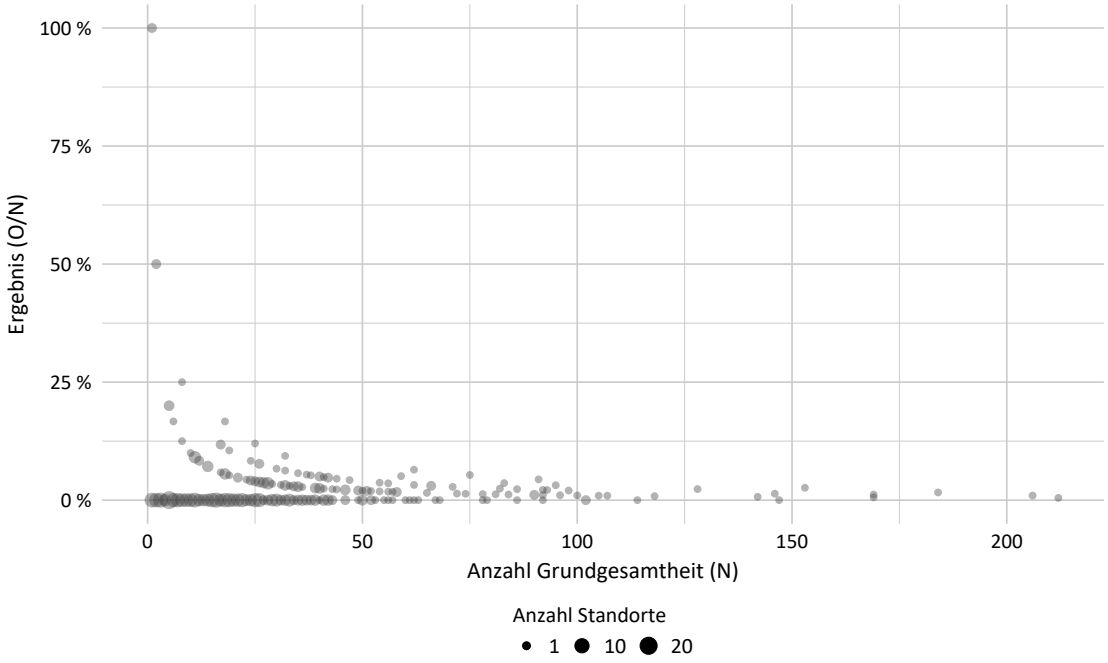
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	200 / 13.904	1,44	1,25 - 1,65
	2024	206 / 14.135	1,46	1,27 - 1,67

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	487	0	0,00	100,00	0,00

605: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch

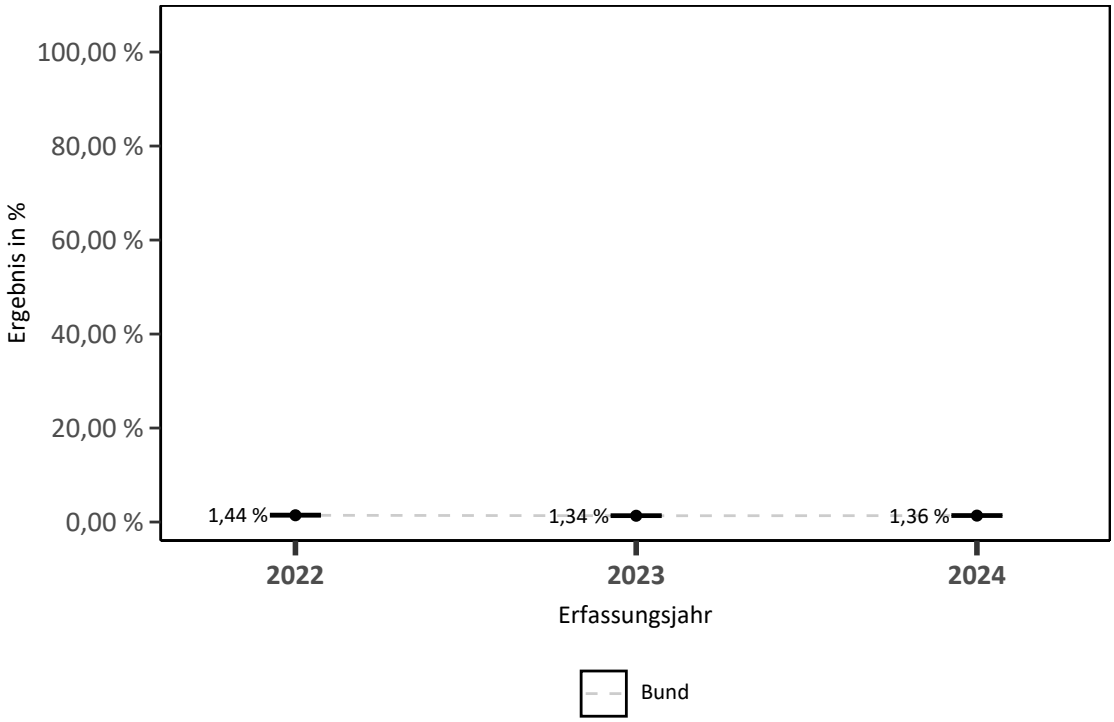
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75 % NASCET) vorlag.
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

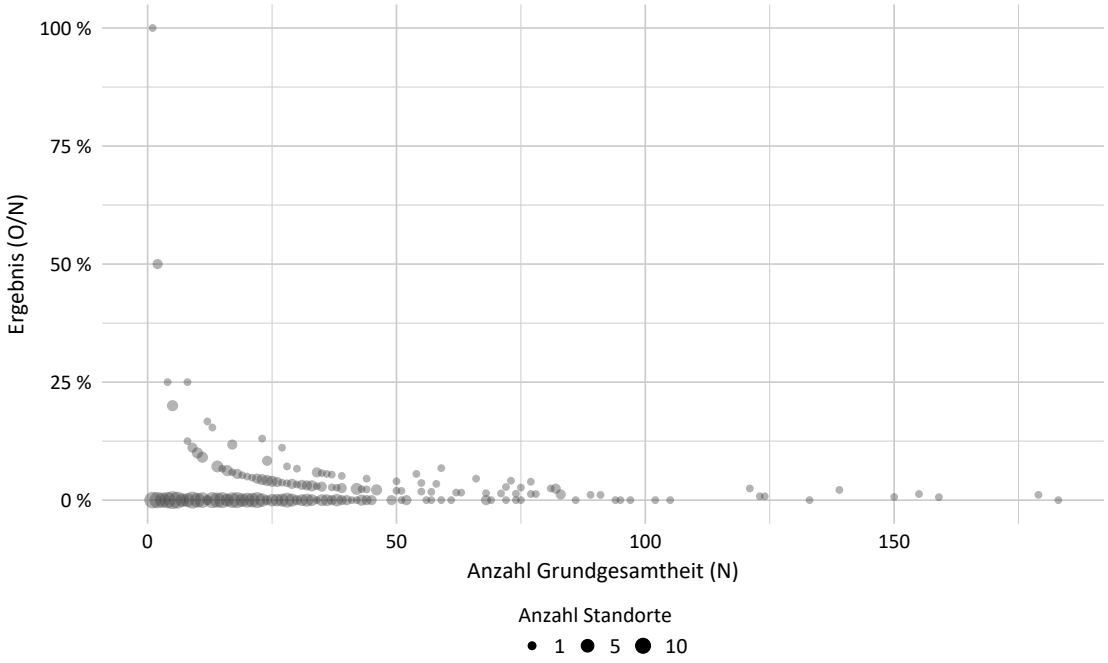
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	164 / 11.374	1,44	1,24 - 1,68
	2023	164 / 12.270	1,34	1,15 - 1,56
	2024	170 / 12.464	1,36	1,17 - 1,58

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	485	0	0,00	100,00	0,00

606: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch

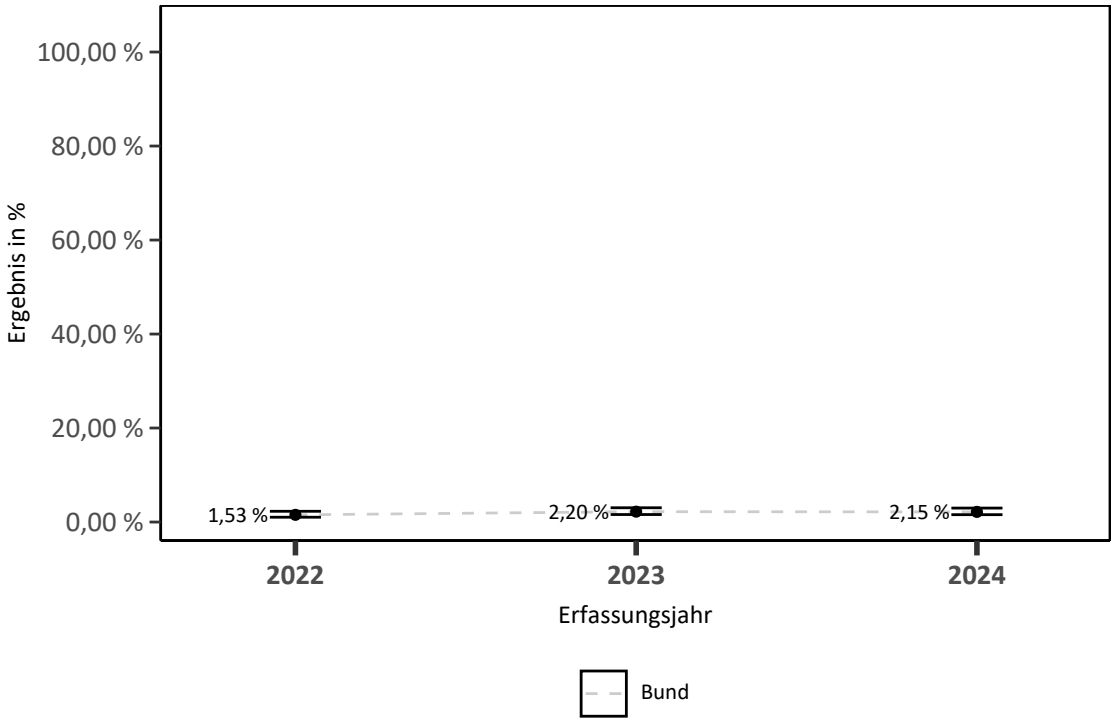
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, und bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75 % NASCET) vorlag.
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

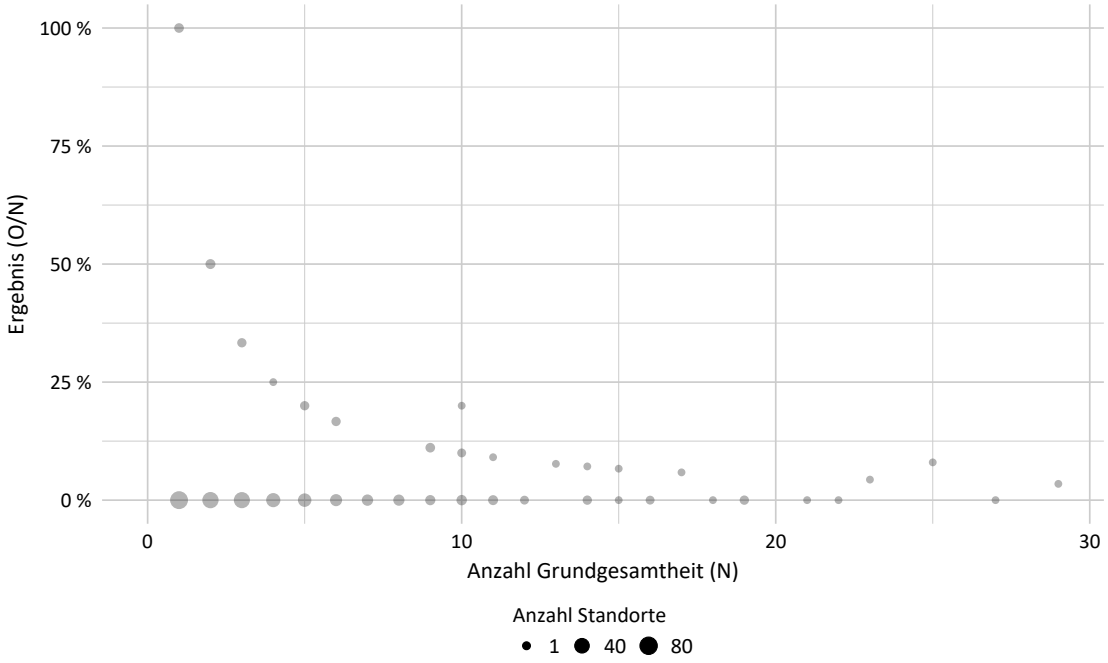
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	23 / 1.502	1,53	1,02 - 2,29
	2023	36 / 1.634	2,20	1,60 - 3,03
	2024	36 / 1.671	2,15	1,56 - 2,97

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	385	0	0,00	100,00	0,00

51859: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

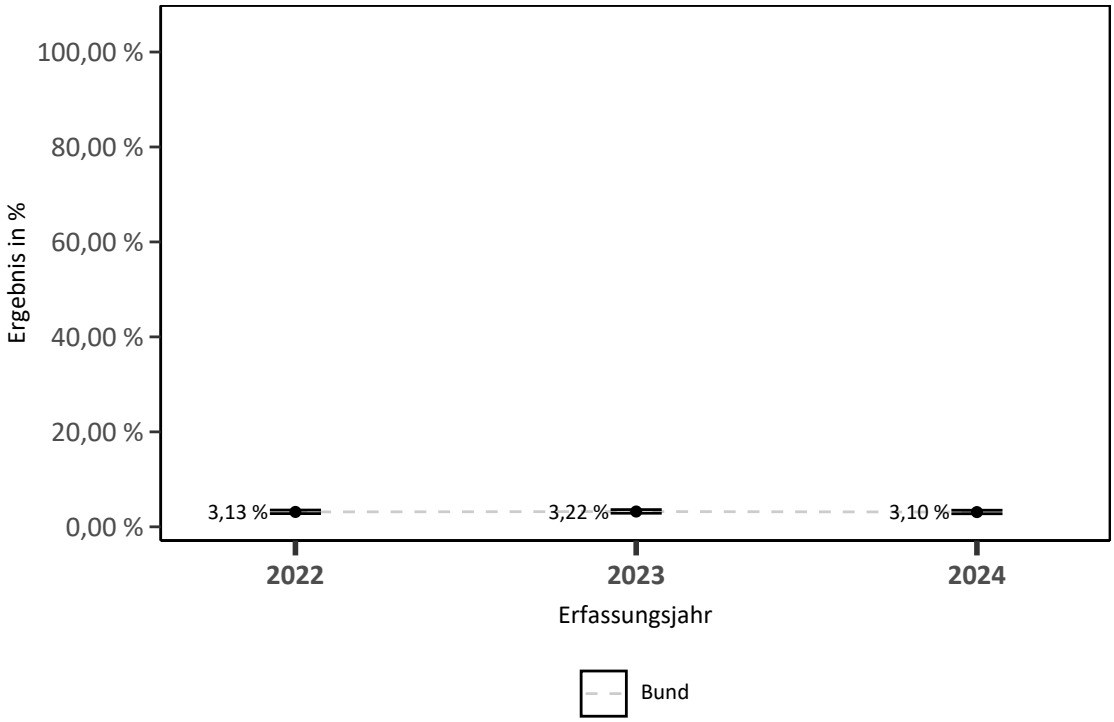
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

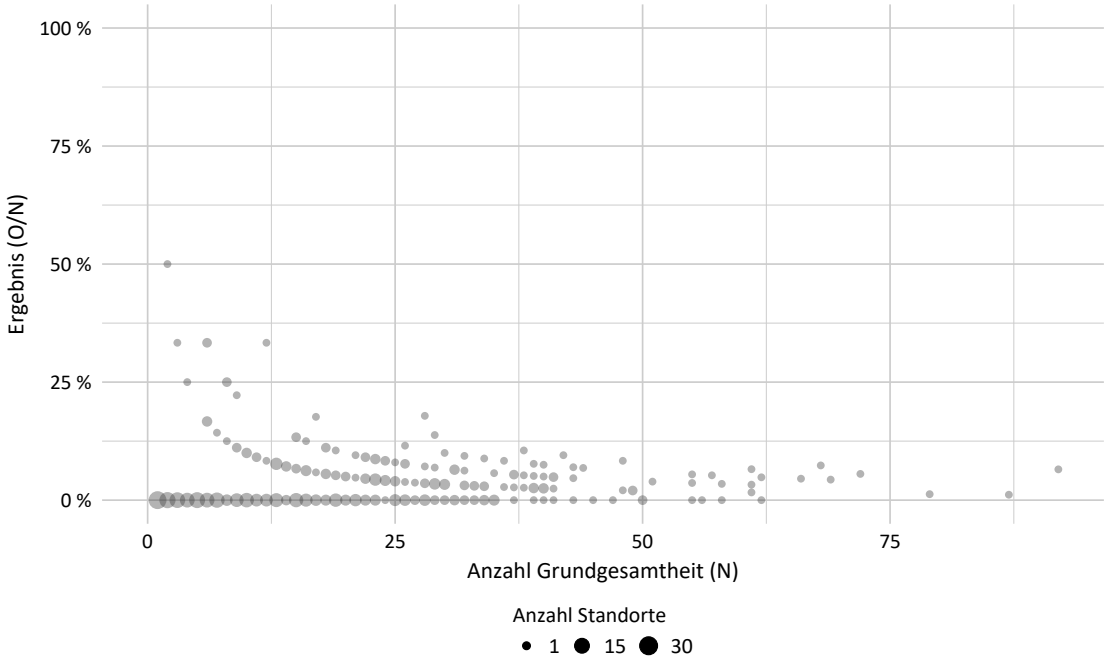
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	265 / 8.453	3,13	2,78 - 3,53
	2023	273 / 8.474	3,22	2,87 - 3,62
	2024	264 / 8.504	3,10	2,76 - 3,49

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	467	0	0,00	50,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch	
6.1.1	ID: 16_22043 Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod - offen-chirurgisch	2,38 % 569/23.916
6.1.1.1	ID: 16_22044 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A	1,46 % 206/14.135
6.1.1.1.1	**ID: 162301** **Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch**	1,46 % 206/14.135
6.1.1.1.2	**ID: 605** **Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A ohne kontralateralen Verschluss oder mit kontralateraler Stenose < 75 % (NASCET)**	1,36 % 170/12.464
6.1.1.1.2.1	ID: 16_22095 Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod	1,36 % 170/12.464
6.1.1.1.2.2	ID: 16_22096 Verstorbene Patientinnen und Patienten	0,37 % 46/12.464
6.1.1.1.3	**ID: 606** **Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A mit kontralateralem Verschluss oder mit kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)**	2,15 % 36/1.671
6.1.1.1.3.1	ID: 16_22100 Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod	2,15 % 36/1.671
6.1.1.1.3.2	ID: 16_22101 Verstorbene Patientinnen und Patienten	0,78 % 13/1.671
6.1.1.2	**ID: 51859** **Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B**	3,10 % 264/8.504
6.1.1.2.1	ID: 16_22102 Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod	3,10 % 264/8.504
6.1.1.2.2	ID: 16_22103 Verstorbene Patientinnen und Patienten	1,15 % 98/8.504
6.1.1.3	ID: 16_22046 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe C	7,43 % 82/1.104
6.1.1.4	ID: 16_22047 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe D	9,83 % 17/173

162300: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch

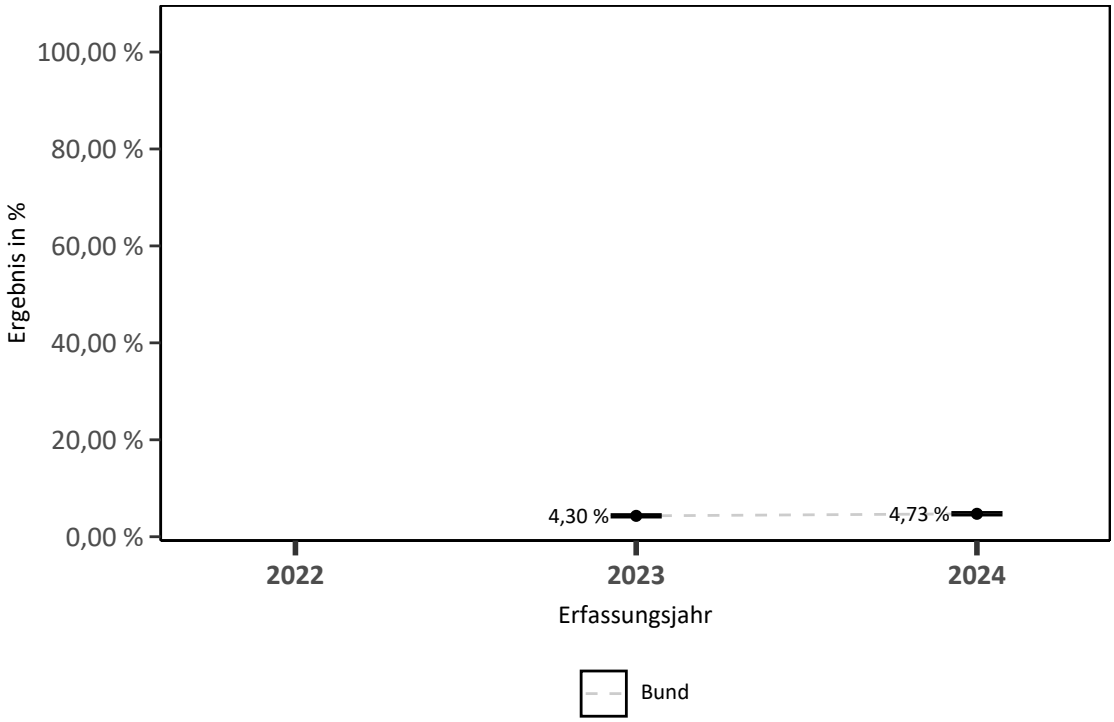
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativen lokalen Komplikationen (OP-pflichtige Nachblutung, Nervenläsion als Folge des Eingriffs, Karotisverschluss, behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle, Wundinfektionen, Sonstige)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

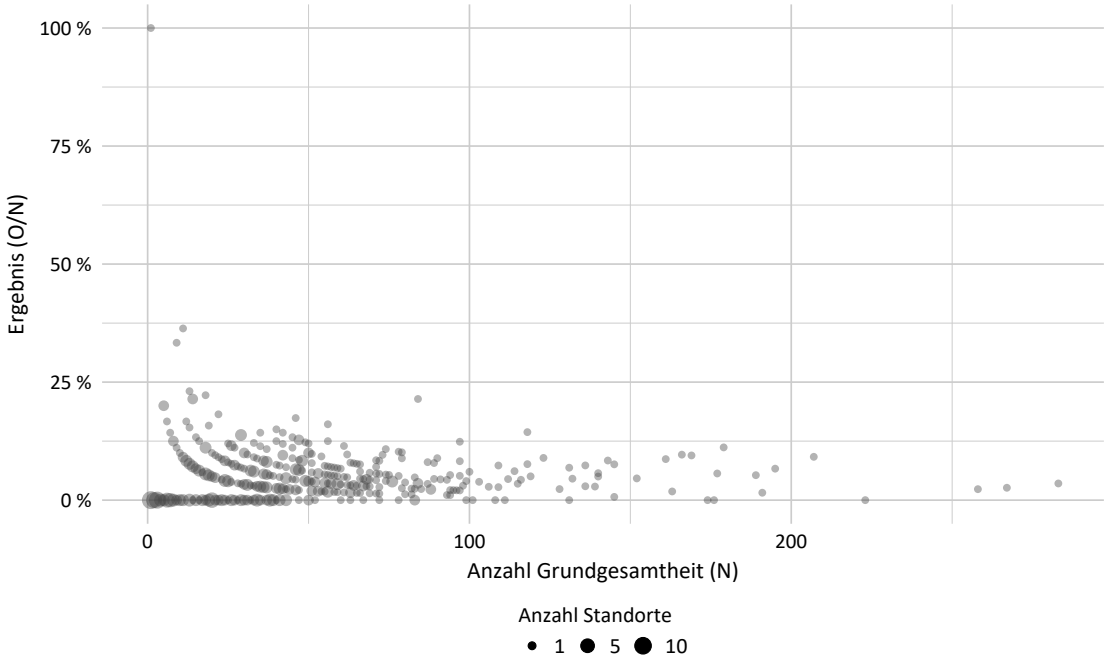
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	1.026 / 23.852	4,30	4,05 - 4,57
	2024	1.135 / 24.002	4,73	4,47 - 5,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	502	0	0,00	100,00	3,51

51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt

Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 51873
Referenzbereich	≤ 2,26 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear von 50 bis 90) Schweregrad der Behinderung, Rankin 2 Schweregrad der Behinderung, Rankin 3 Schweregrad der Behinderung, Rankin 4 Schweregrad der Behinderung, Rankin 5 ASA-Klassifikation 4 oder 5 Notfall (Indikationsgruppe C) Indikationsgruppe D eGFR bis 30 oder präoperative Nierenersatztherapie
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

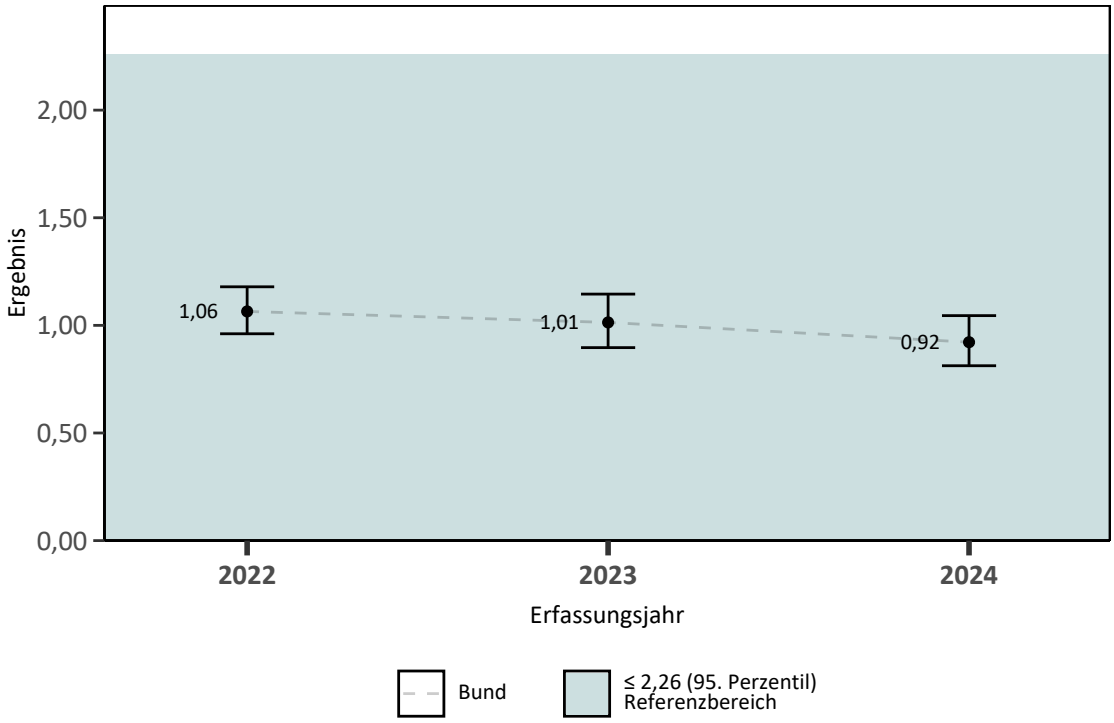
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	6.845	348 / 326,85	1,06	0,96 - 1,18
	2023	6.373	246 / 242,71	1,01	0,90 - 1,15
	2024	6.677	233 / 252,78	0,92	0,81 - 1,05

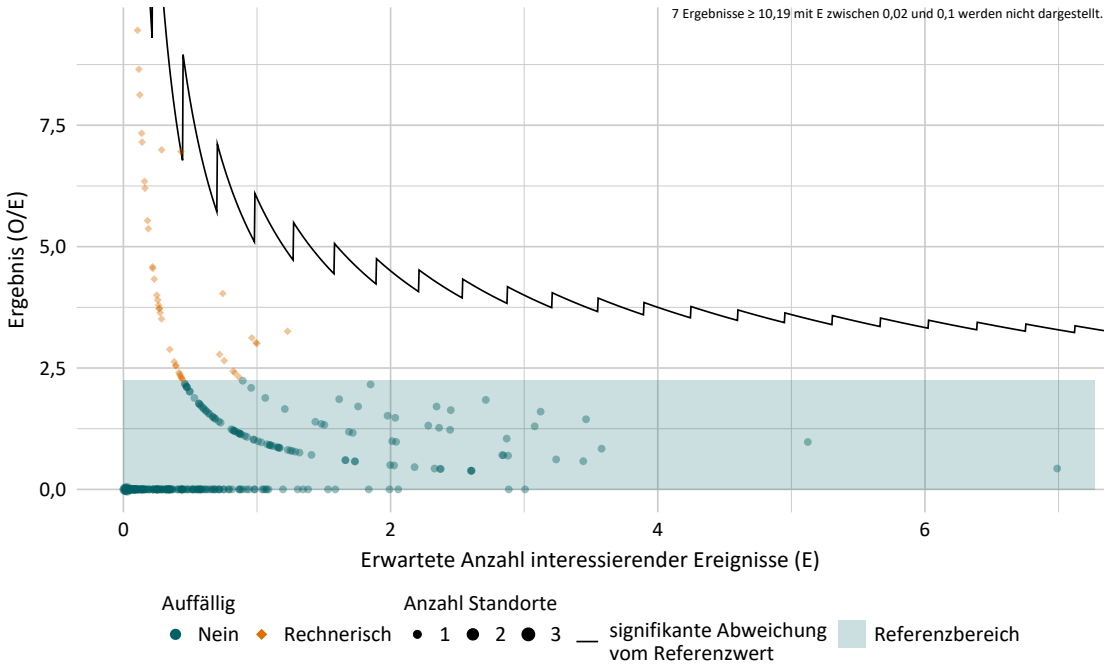
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



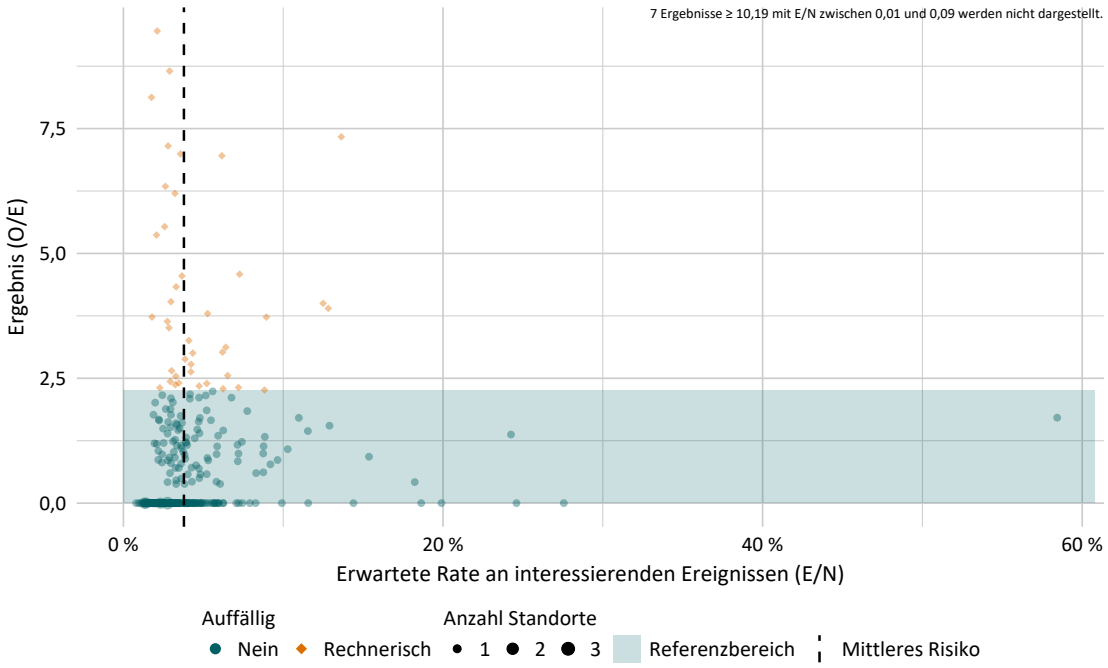
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	359	48	0,00	49,19	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	Risikoadjustierung periprozeduraler Schlaganfälle oder Tod nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 51873 - kathetergestützt	
8.1.1	Beobachtete ischämische Schlaganfälle oder symptomatische intrakranielle Blutungen oder Tod in Karotis-Score Risikoklassen für QI-ID 51873	
8.1.1.1	ID: 16_22059 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,52 % 69/4.536
8.1.1.2	ID: 16_22060 Risikoklasse 3 - < 6 %	3,71 % 46/1.239
8.1.1.3	ID: 16_22061 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,41 % 36/486
8.1.1.4	ID: 16_22062 Risikoklasse ≥ 10 %	19,71 % 82/416
8.1.1.5	ID: 16_22063 Summe Karotis-Score Risikoklassen für QI-ID 51873	3,49 % 233/6.677
8.1.2	Erwartete ischämische Schlaganfälle oder symptomatische intrakranielle Blutungen oder Tod in Karotis-Score Risikoklassen für QI-ID 51873	
8.1.2.1	ID: 16_22064 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,75 % 79,22/4.536
8.1.2.2	ID: 16_22065 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,16 % 51,53/1.239
8.1.2.3	ID: 16_22066 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,62 % 37,04/486
8.1.2.4	ID: 16_22067 Risikoklasse ≥ 10 %	20,43 % 84,99/416
8.1.2.5	ID: 16_22068 Summe Karotis-Score Risikoklassen für QI-ID 51873	3,79 % 252,78/6.677
8.1.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
8.1.3.1	ID: O_51873 O/N (observed, beobachtet)	3,49 % 233/6.677
8.1.3.2	ID: E_51873 E/N (expected, erwartet)	3,79 % 252,78/6.677
8.1.3.3	**ID: 51873** **O/E**	0,92

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	
8.2.1	ID: 16_22112 Beobachtete Anzahl an Schlaganfällen oder Todesfällen	3,49 % 233/6.677
8.2.2	ID: 16_22113 Beobachtete Anzahl verstorbener Patientinnen und Patienten	1,80 % 120/6.677

51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt

Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4,5,6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4,5,6) oder verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 51865
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear von 50 bis 90) Schweregrad der Behinderung, Rankin 2 Schweregrad der Behinderung, Rankin 3 Schweregrad der Behinderung, Rankin 4 Schweregrad der Behinderung, Rankin 5 ASA-Klassifikation 4 oder 5 Notfall (Indikationsgruppe C) Indikationsgruppe D eGFR bis 30 oder präoperative Nierenersatztherapie
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

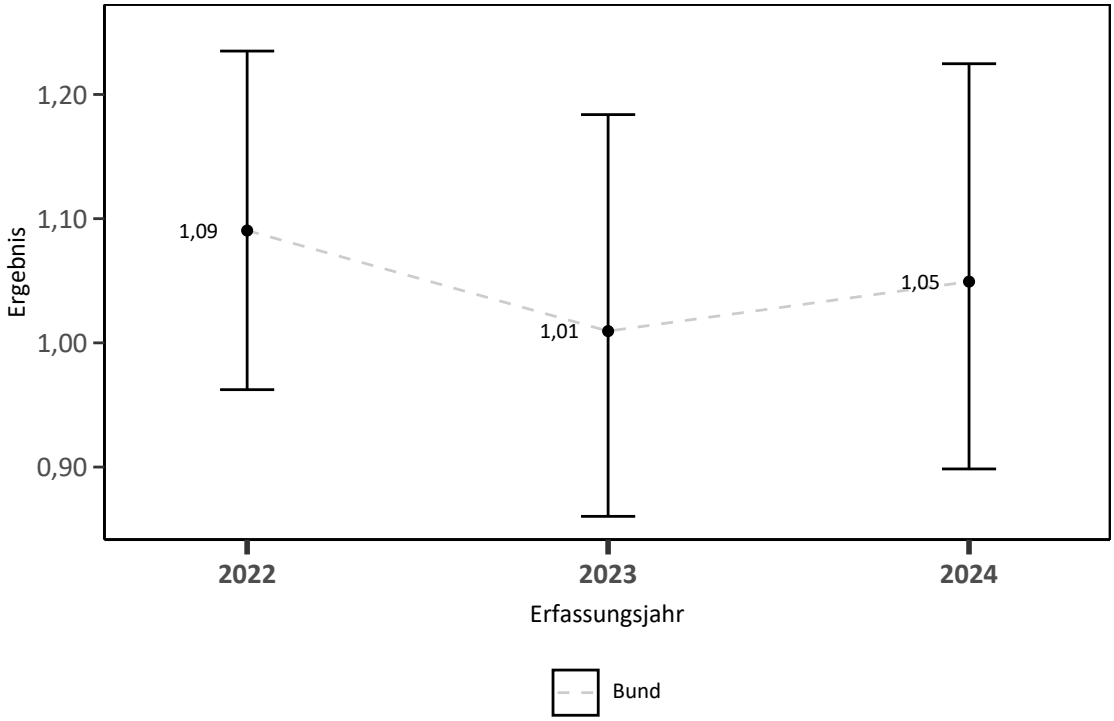
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	6.845	238 / 218,26	1,09	0,96 - 1,23
	2023	6.373	147 / 145,62	1,01	0,86 - 1,18
	2024	6.677	156 / 148,67	1,05	0,90 - 1,22

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

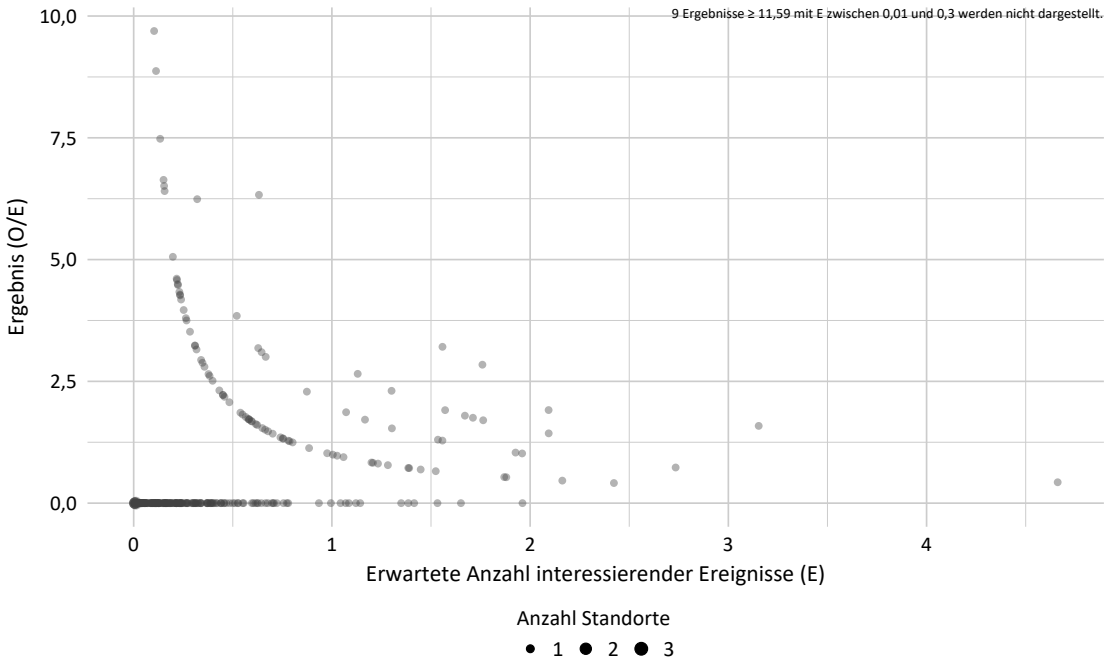
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



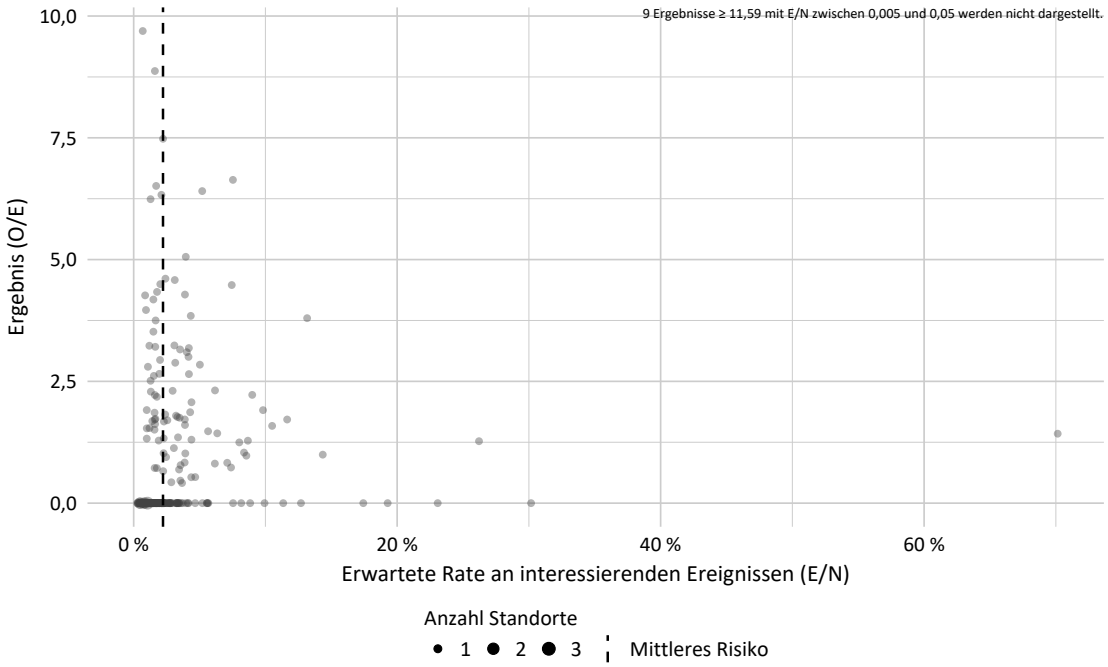
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	359	0	0,00	73,91	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	Schwere Schlaganfälle oder Tod - kathetergestützt	
9.1.1	ID: 16_22072 Patientinnen und Patienten mit schweren Schlaganfällen oder Tod	2,34 % 156/6.677
9.1.1.1	ID: 16_22073 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A	0,84 % 27/3.222
9.1.1.2	ID: 16_22074 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B	1,92 % 46/2.395
9.1.1.3	ID: 16_22075 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe C	8,56 % 70/818
9.1.1.4	ID: 16_22076 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe D	5,37 % 13/242

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	Risikoadjustierung schwerer Schlaganfälle oder Tod nach logistischem Karotis-Score für ID 51865 - kathetergestützt	
9.2.1	Beobachtete schwere ischämische Schlaganfälle oder schwere symptomatische intrakranielle Blutungen oder Tod in Karotis-Score Risikoklassen für ID 51865	
9.2.1.1	ID: 16_22077 Risikoklasse 0 - < 1,5 %	0,58 % 29/4.962
9.2.1.2	ID: 16_22078 Risikoklasse 1,5 - < 3,0 %	3,34 % 27/809
9.2.1.3	ID: 16_22079 Risikoklasse 3,0 - < 5,0 %	4,11 % 14/341
9.2.1.4	ID: 16_22080 Risikoklasse ≥ 5,0 %	15,22 % 86/565
9.2.1.5	ID: 16_22081 Summe Karotis-Score Risikoklassen für ID 51865	2,34 % 156/6.677
9.2.2	Erwartete schwere ischämische Schlaganfälle oder schwere symptomatische intrakranielle Blutungen oder Tod in Karotis-Score Risikoklassen für ID 51865	
9.2.2.1	ID: 16_22082 Risikoklasse 0 - < 1,5 %	0,69 % 34,34/4.962
9.2.2.2	ID: 16_22083 Risikoklasse 1,5 - < 3,0 %	2,10 % 16,99/809

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2.2.3	ID: 16_22084 Risikoklasse 3,0 - < 5,0 %	3,87 % 13,20/341
9.2.2.4	ID: 16_22085 Risikoklasse ≥ 5,0 %	14,89 % 84,14/565
9.2.2.5	ID: 16_22086 Summe Karotis-Score Risikoklassen für ID 51865	2,23 % 148,67/6.677
9.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
9.2.3.1	ID: O_51865 O/N (observed, beobachtet)	2,34 % 156/6.677
9.2.3.2	ID: E_51865 E/N (expected, erwartet)	2,23 % 148,67/6.677
9.2.3.3	**ID: 51865** **O/E**	1,05

[4] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.3	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	
9.3.1	ID: 16_22114 Beobachtete Anzahl an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen	2,34 % 156/6.677
9.3.2	ID: 16_22115 Beobachtete Anzahl verstorbener Patientinnen und Patienten	1,80 % 120/6.677

162302: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt

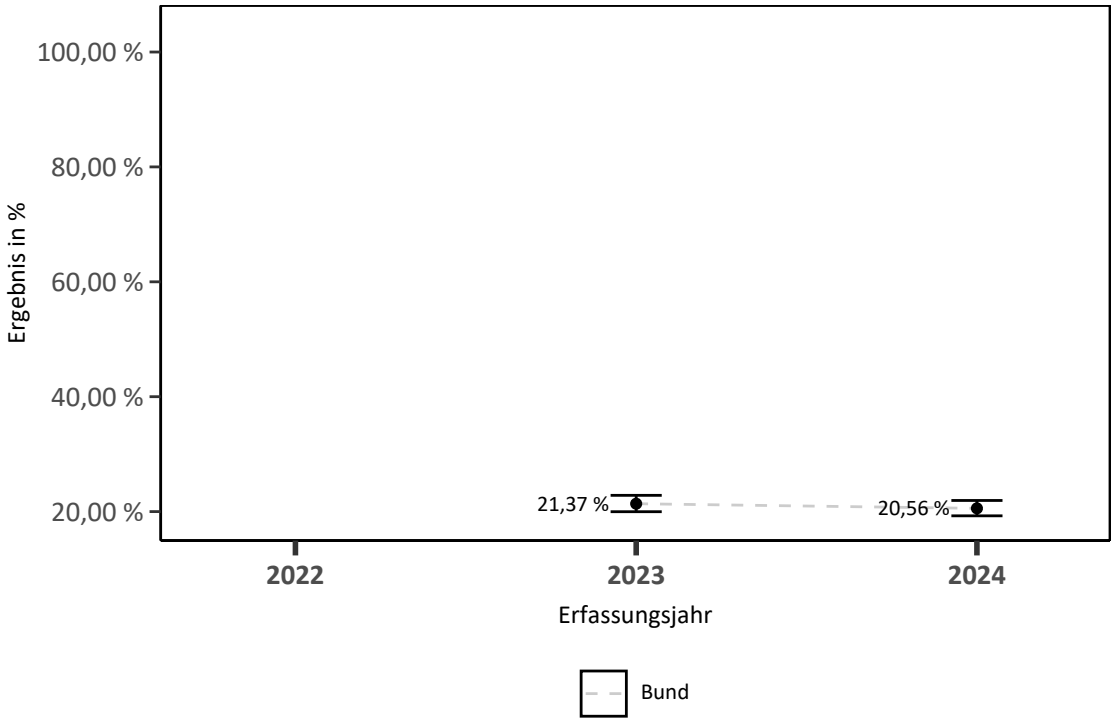
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

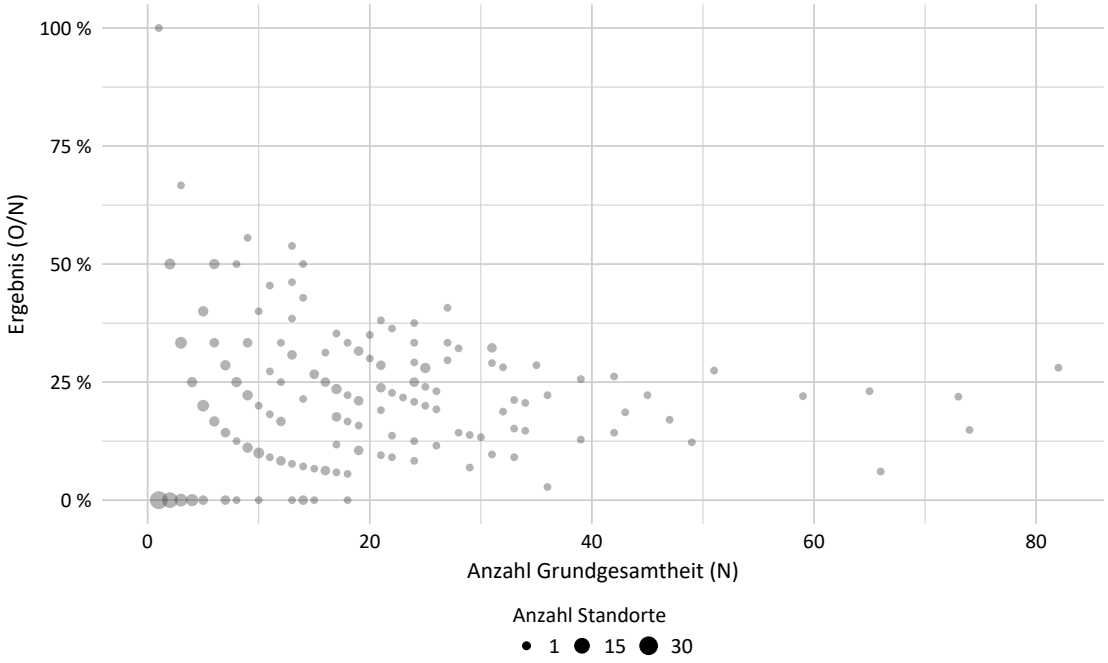
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	680 / 3.182	21,37	19,98 - 22,83
	2024	721 / 3.506	20,56	19,26 - 21,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	250	0	0,00	100,00	16,67

Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt

Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen

162304: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

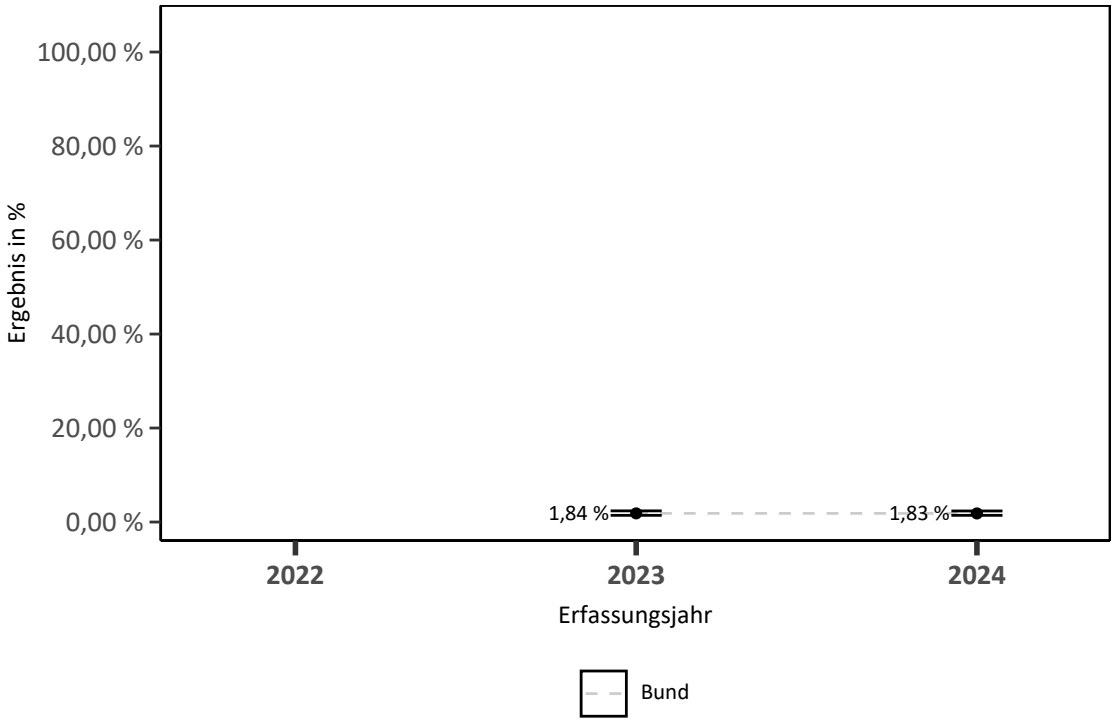
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

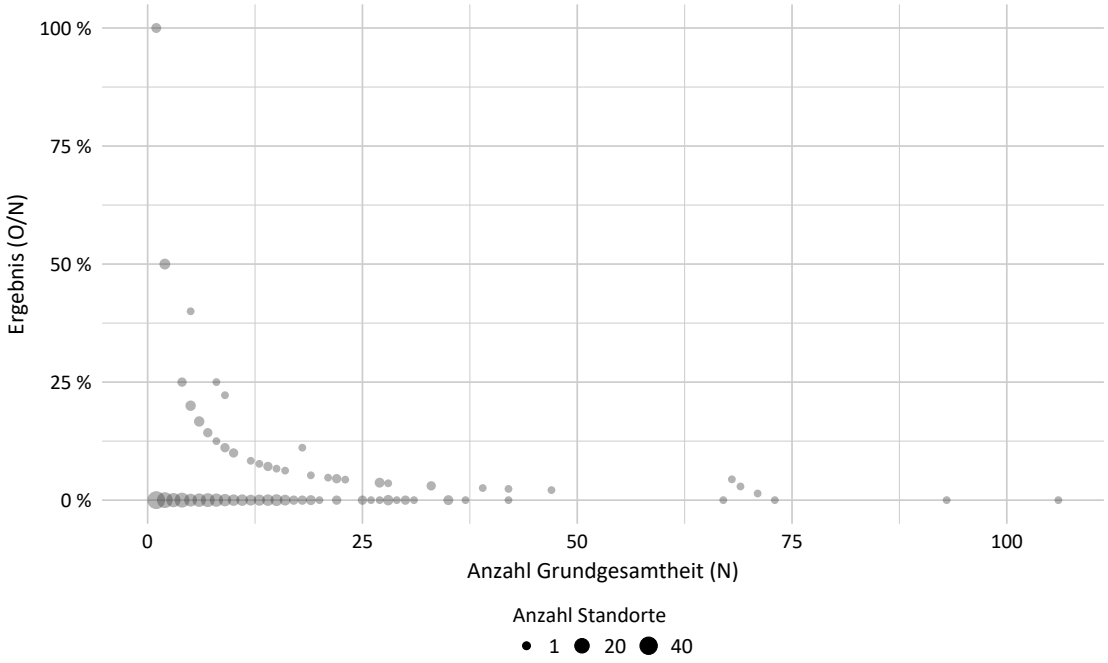
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	57 / 3.099	1,84	1,42 - 2,38
	2024	59 / 3.222	1,83	1,42 - 2,35

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	312	0	0,00	100,00	0,00

51445: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt

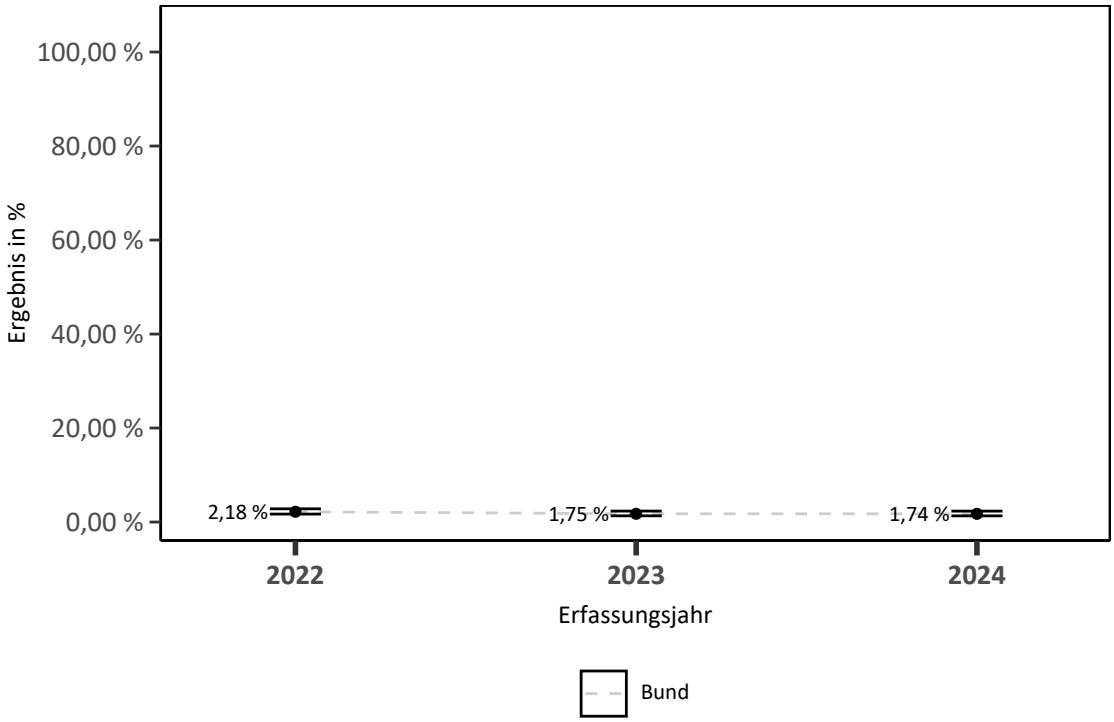
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75 % NASCET) vorlag sowie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

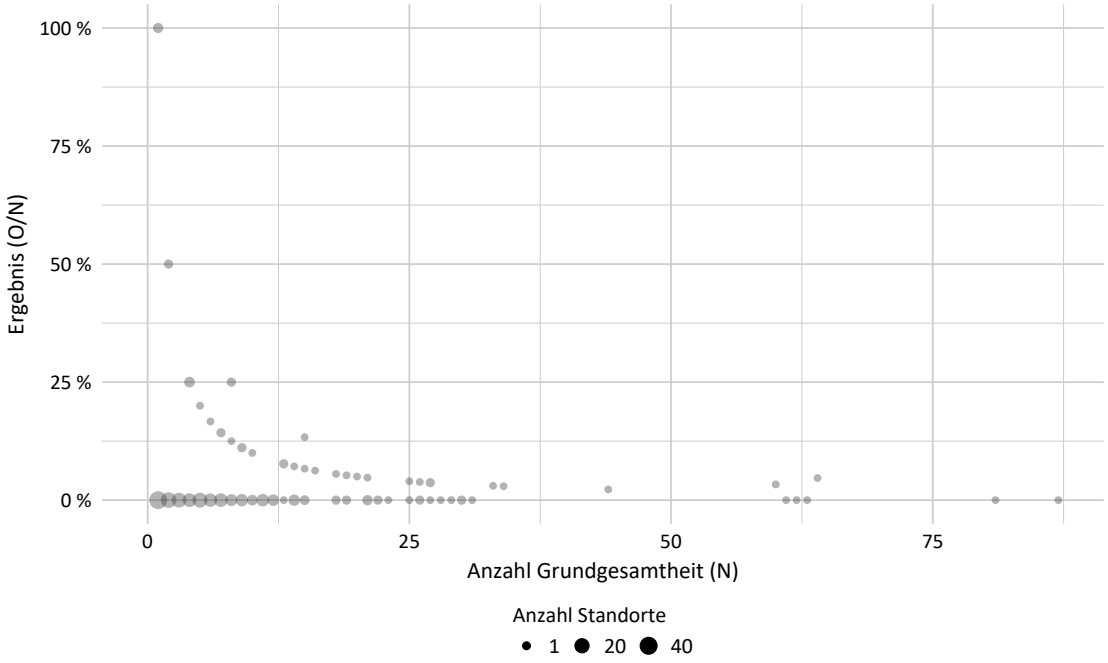
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	57 / 2.611	2,18	1,69 - 2,82
	2023	46 / 2.625	1,75	1,32 - 2,33
	2024	46 / 2.638	1,74	1,31 - 2,32

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	300	0	0,00	100,00	0,00

51448: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt

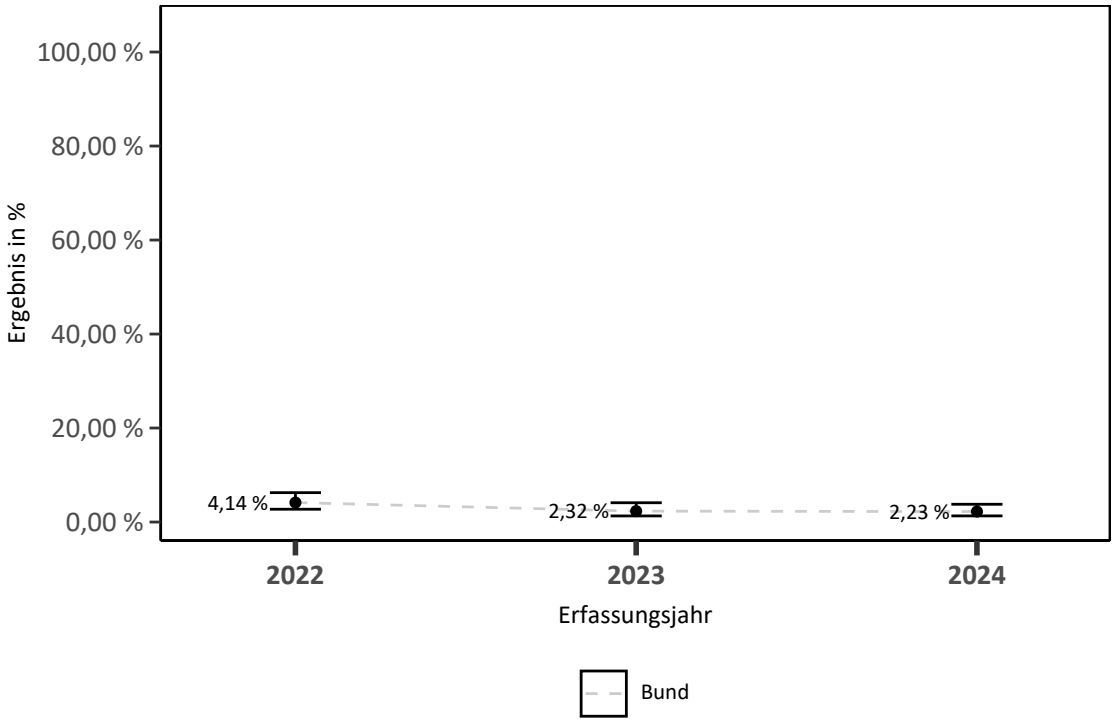
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, und bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75 % NASCET) vorlag sowie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

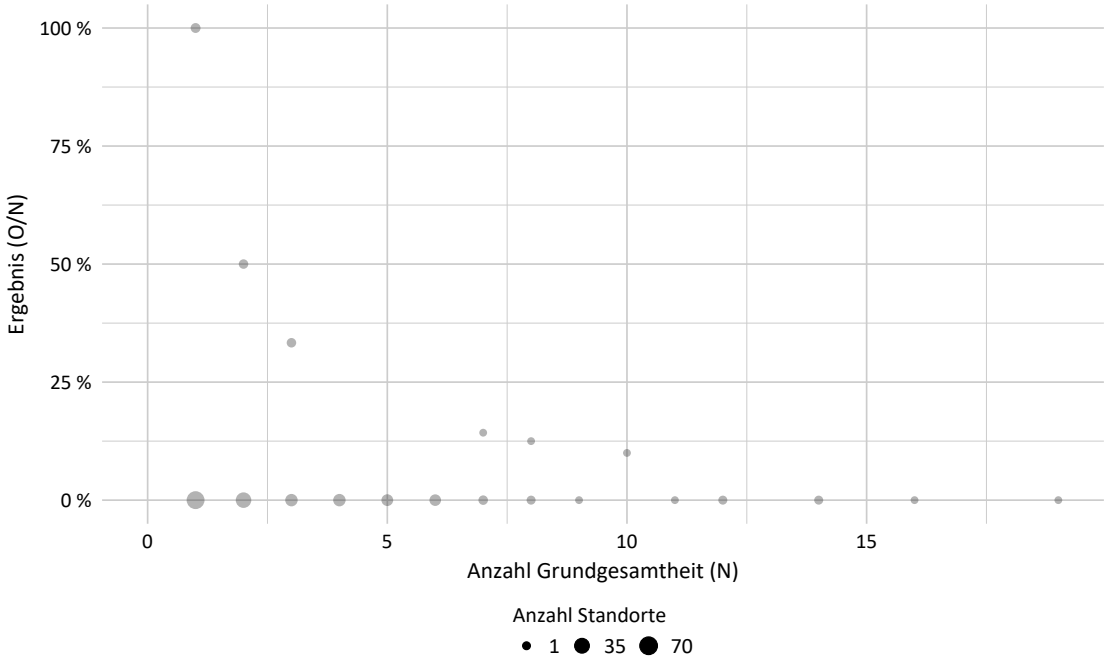
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	21 / 507	4,14	2,72 - 6,25
	2023	11 / 474	2,32	1,30 - 4,11
	2024	13 / 584	2,23	1,31 - 3,77

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	196	0	0,00	100,00	0,00

51860: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

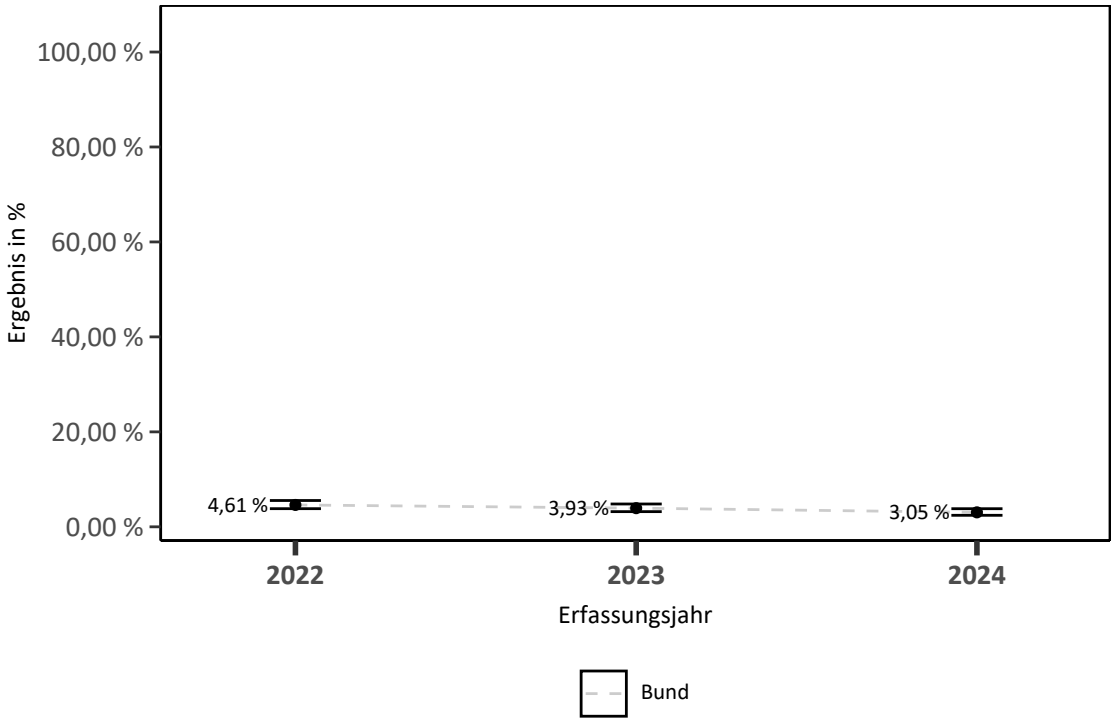
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

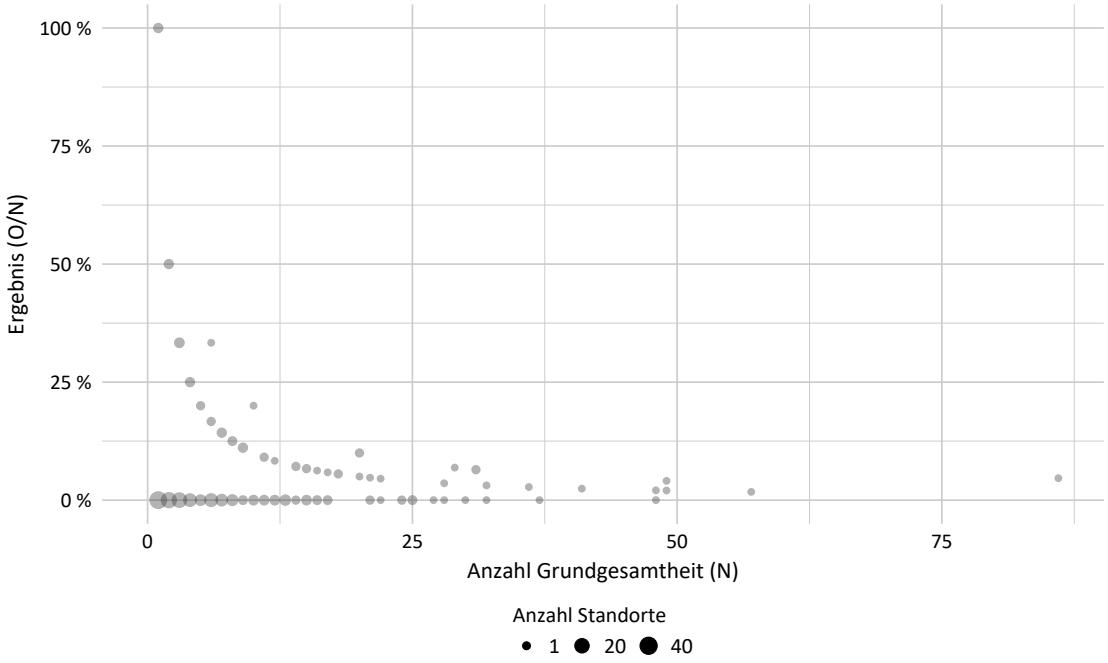
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	105 / 2.279	4,61	3,82 - 5,55
	2023	89 / 2.266	3,93	3,20 - 4,81
	2024	73 / 2.395	3,05	2,43 - 3,82

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	286	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
11.1	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - kathetergestützt	
11.1.1	ID: 16_22088 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Tod - kathetergestützt	3,49 % 233/6.677
11.1.1.1	ID: 16_22089 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A	1,83 % 59/3.222
11.1.1.1.1	**ID: 162304** **Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt**	1,83 % 59/3.222
11.1.1.1.2	**ID: 51445** **Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A ohne kontralateralen Verschluss oder mit kontralateraler Stenose < 75 % (NASCET)**	1,74 % 46/2.638
11.1.1.1.2.1	ID: 16_22104 Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod	1,74 % 46/2.638
11.1.1.1.2.2	ID: 16_22105 Verstorbene Patientinnen und Patienten	0,57 % 15/2.638
11.1.1.1.3	**ID: 51448** **Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A mit kontralateralem Verschluss oder mit kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)**	2,23 % 13/584
11.1.1.1.3.1	ID: 16_22106 Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod	2,23 % 13/584
11.1.1.1.3.2	ID: 16_22107 Verstorbene Patientinnen und Patienten	x % ≤3/584
11.1.1.2	**ID: 51860** **Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B**	3,05 % 73/2.395
11.1.1.2.1	ID: 16_22108 Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod	3,05 % 73/2.395
11.1.1.2.2	ID: 16_22109 Verstorbene Patientinnen und Patienten	1,46 % 35/2.395
11.1.1.3	ID: 16_22091 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe C	10,15 % 83/818
11.1.1.4	ID: 16_22092 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe D	7,44 % 18/242

162303: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt

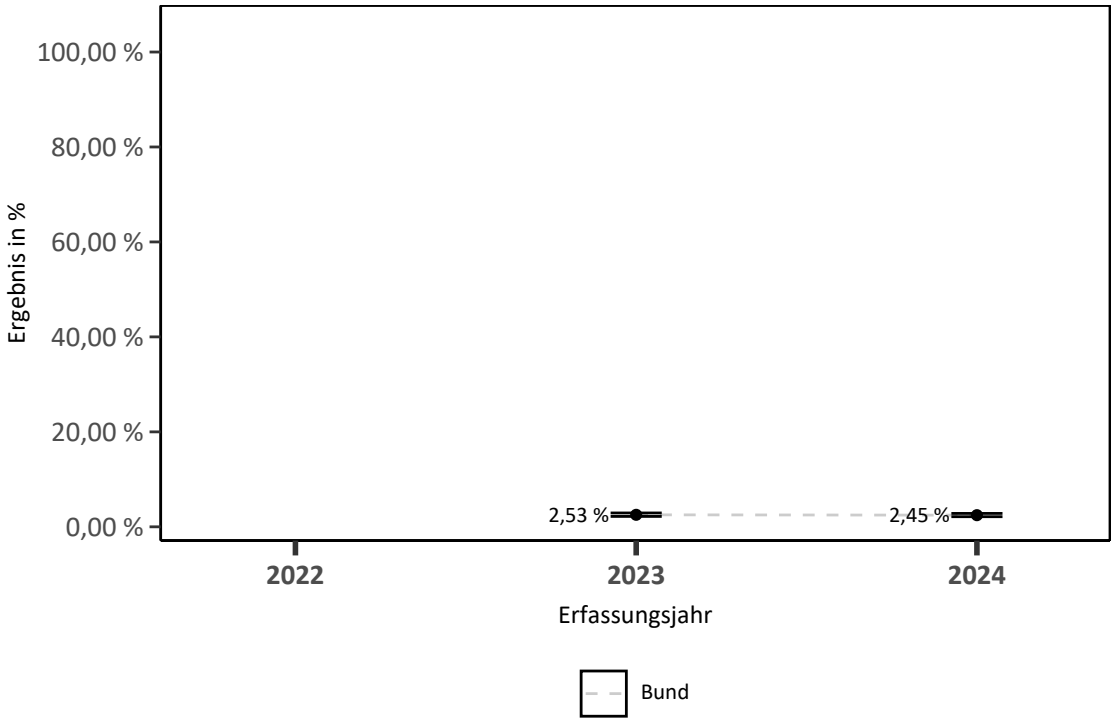
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativen lokalen Komplikationen (OP-pflichtige Nachblutung, Nervenläsion als Folge des Eingriffs, Karotisverschluss, behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle, Wundinfektionen, Sonstige)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

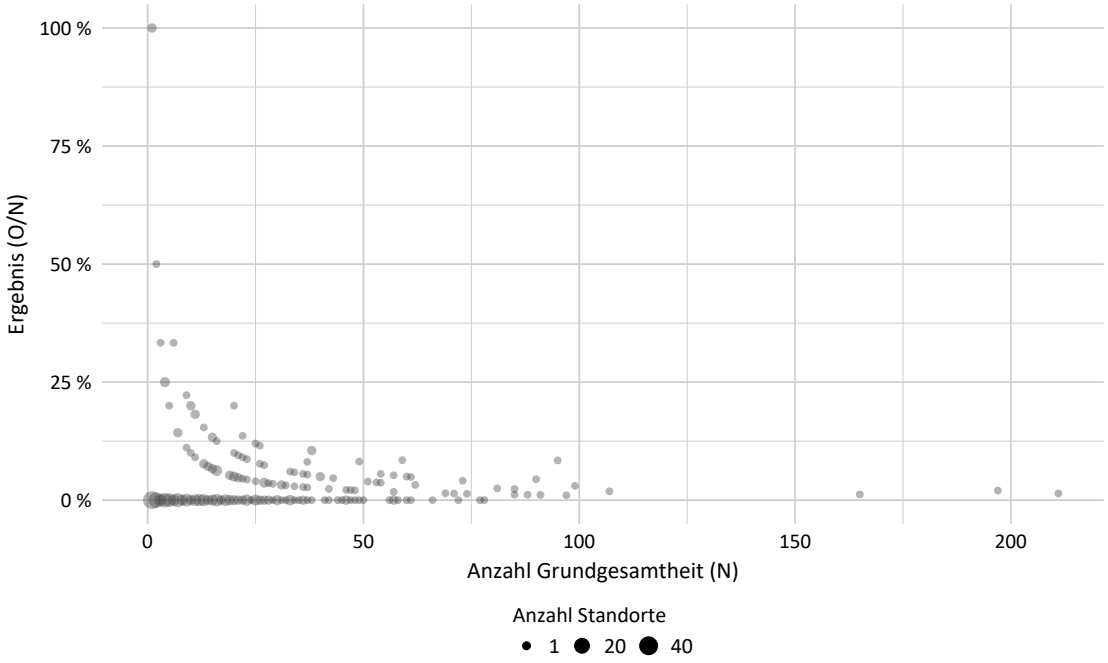
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	183 / 7.230	2,53	2,19 - 2,92
	2024	189 / 7.701	2,45	2,13 - 2,82

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	374	0	0,00	100,00	0,00

162402: Periprozedurales Neuromonitoring

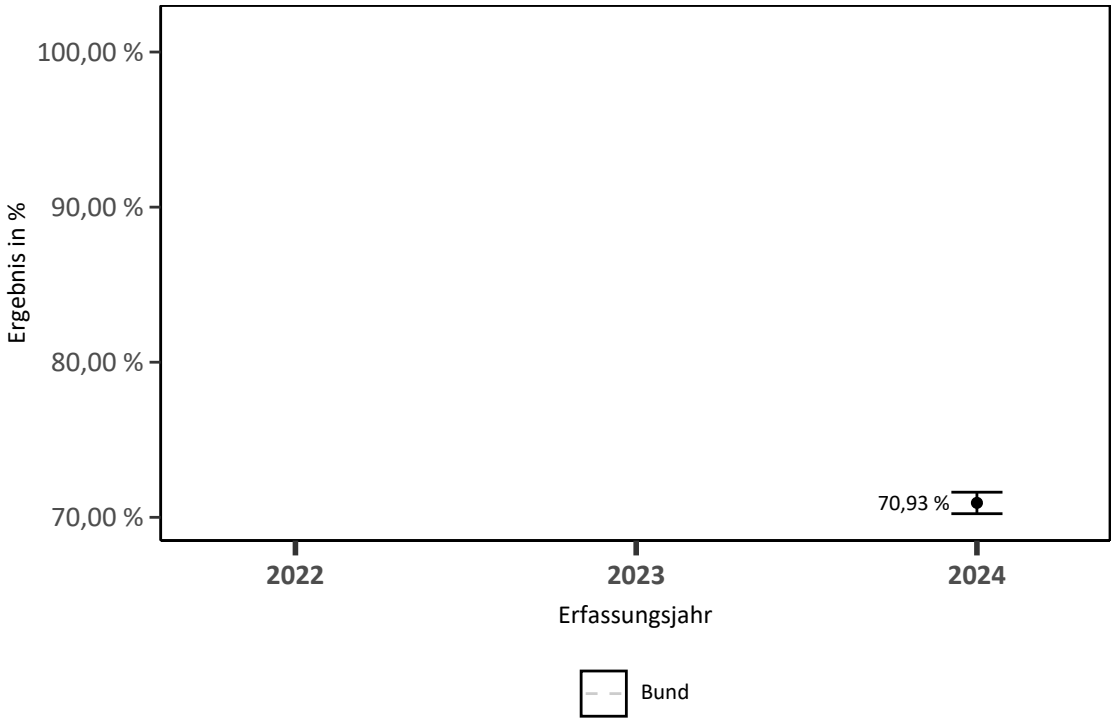
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation mit Allgemeinanästhesie oder Analgosedierung durchgeführt wird, erhalten ein Neuromonitoring
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation mit Allgemeinanästhesie oder Analgosedierung durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Eingriffs an der Karotis ein Neuromonitoring durchgeführt wird
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

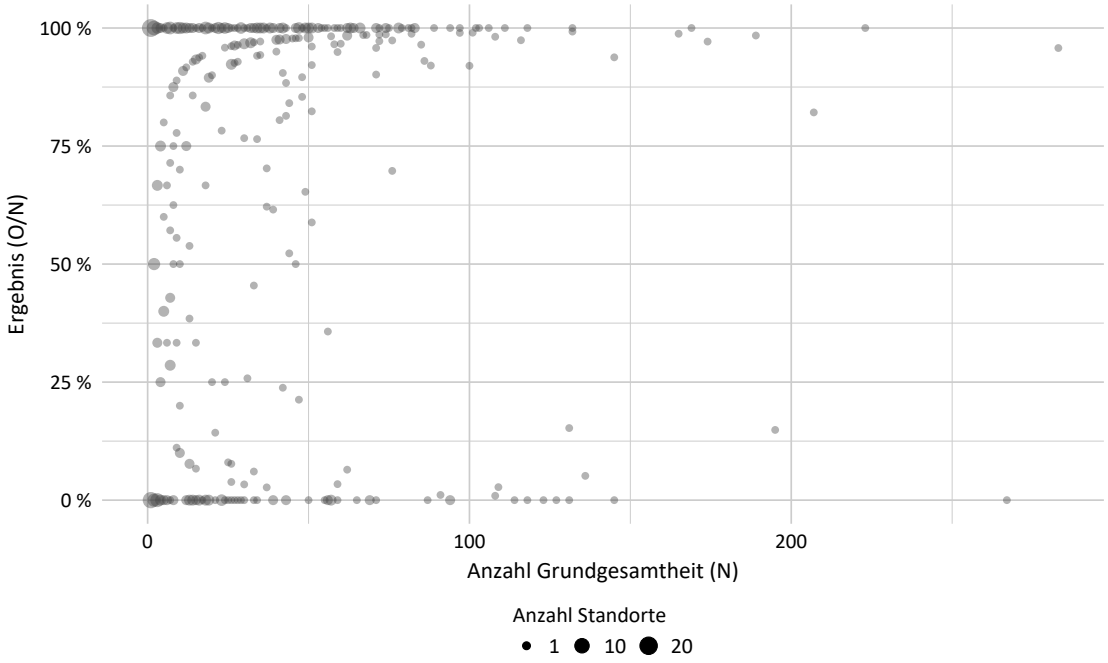
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	11.691 / 16.482	70,93	70,23 - 71,62

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	467	0	0,00	100,00	96,30

161800: Postprozedurale fachneurologische Untersuchung

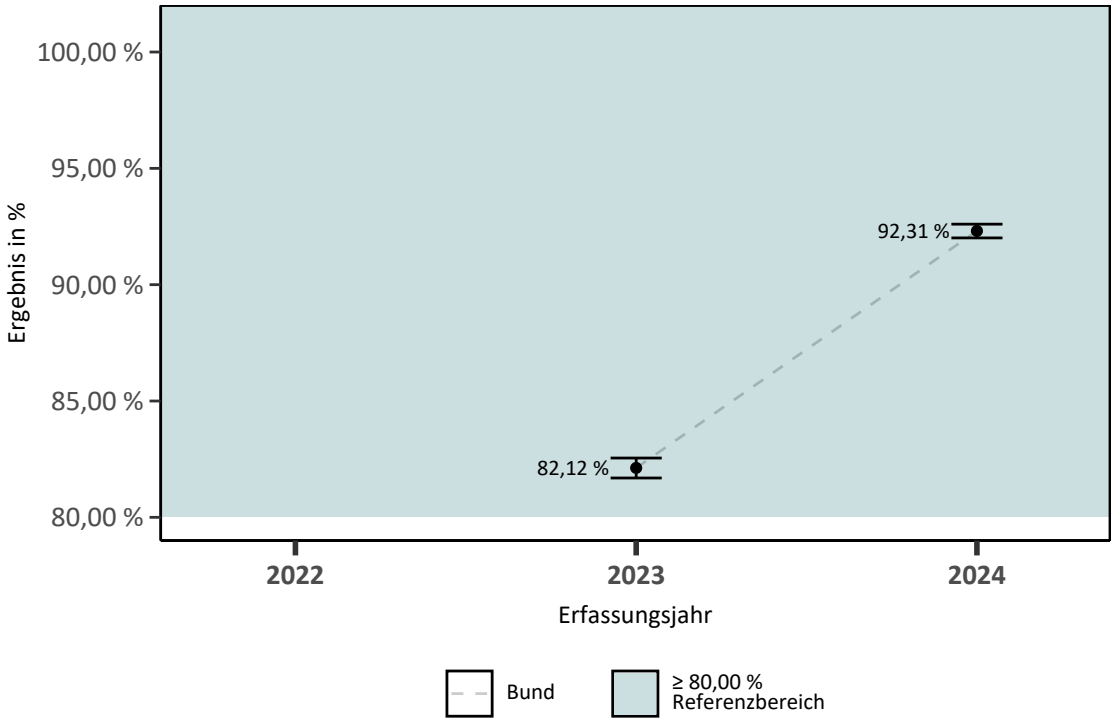
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten erhalten nach einer Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde unter Ausschluss verstorbener Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde
Referenzbereich	≥ 80,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

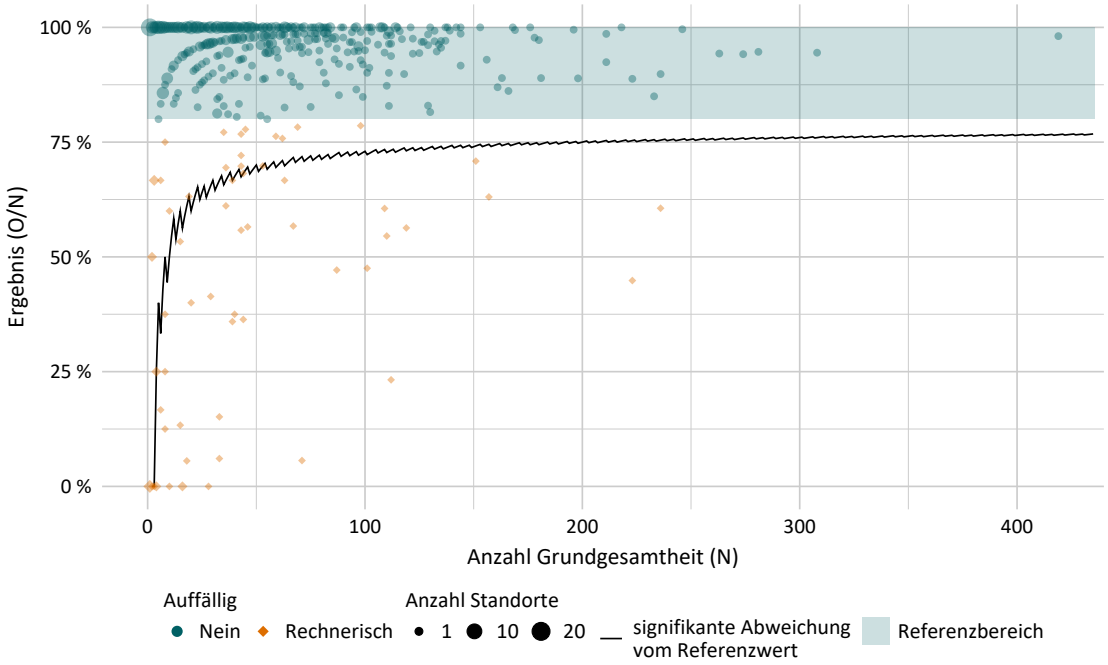
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	25.125 / 30.594	82,12	81,69 - 82,55
	2024	28.838 / 31.240	92,31	92,01 - 92,60

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	567	68	0,00	100,00	98,36

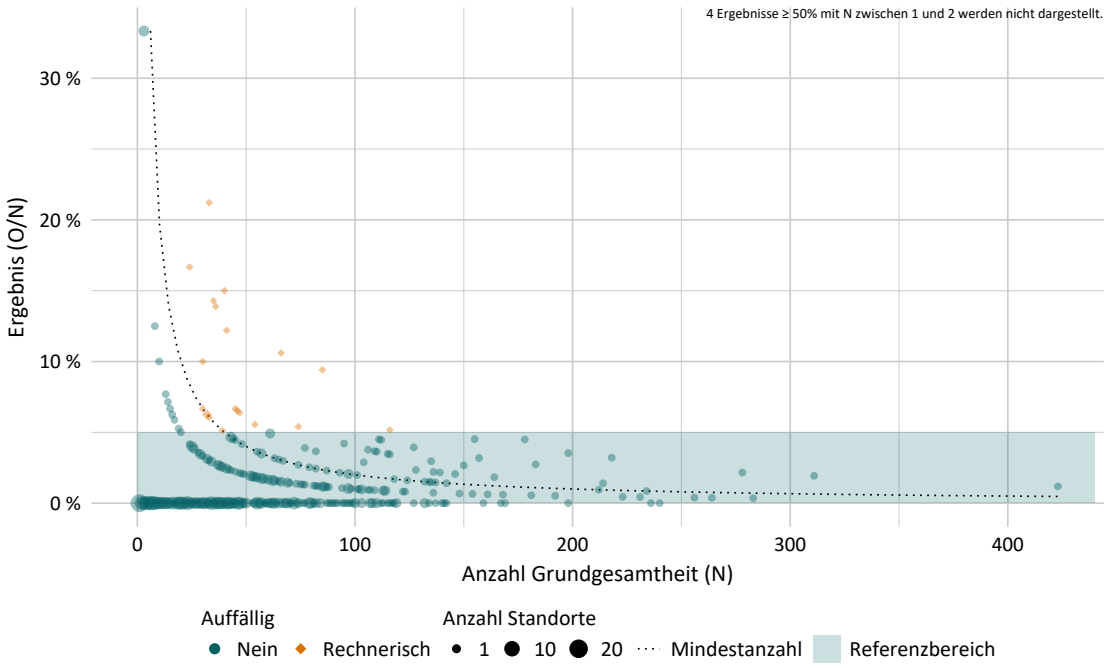
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850332: Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer QI ein. Die korrekte Dokumentation der ASA-Klassifikation ist für die QI, die periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus erfassen (ID 11704 und 51873) von Bedeutung. Die Angabe ASA 4 hat somit Einfluss auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Leistungserbringern und die Berechnung der Ergebnisse der QI. Die häufige Angabe einer höheren ASA-Klassifikation führt zu einem falsch niedrigem Ergebnis in diesen QI. **Hypothese** Überdokumentation. Tatsächlich liegt eine niedrigere ASA-Klassifikation vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt 51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Grundgesamtheit	Alle Fälle, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Fälle mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss von Fällen mit Karotiseingriffen unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit ASA 4
Referenzbereich	≤ 4,99 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	569	20	0,00	100,00	0,00

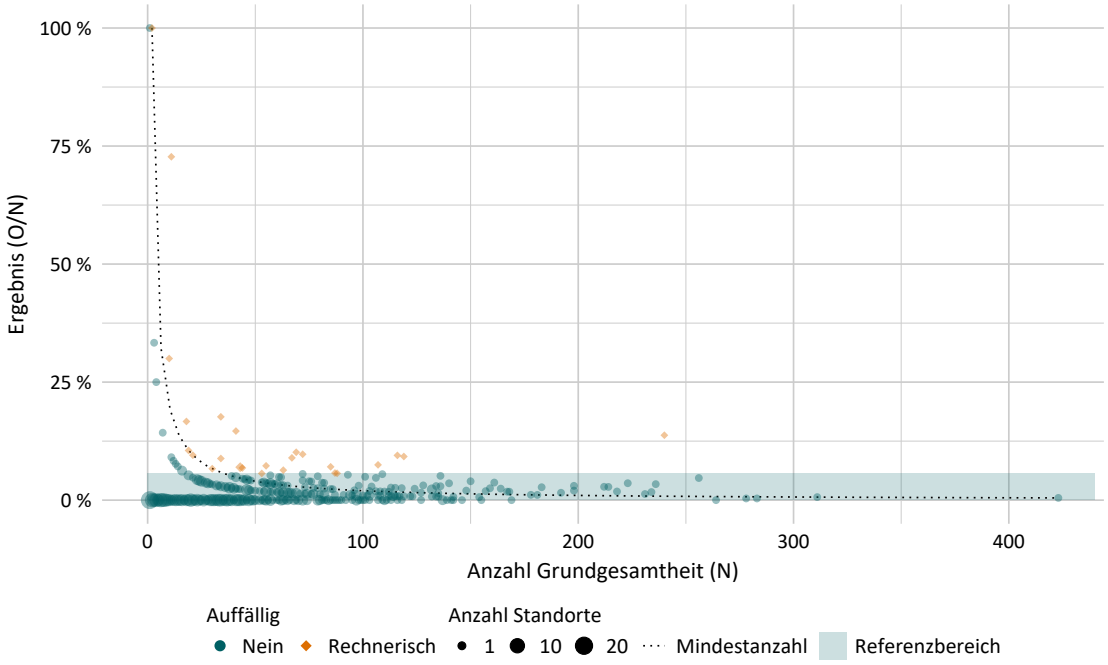
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	391 / 31.703	1,23	3,51 % 20 / 569

852200: Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Eine fehldokumentierte Angabe als „sonstige“ bei den sonstigen Karotisläsionen (der linken Seite oder der rechten Seite) führt zu einer falschen Zuordnung zu den Indikationsgruppen, die für die Berechnung der Indikatoren zur Indikationsstellung verwendet werden. **Hypothese** Es liegt eine Fehldokumentation in den QS-Daten vor. Aus der apparativen Diagnostik geht eine spezifische Karotisläsion hervor, die vor dem Eingriff bekannt gewesen ist und zur Karotis-Revaskularisation auf der entsprechenden Seite geführt hat. Tatsächlich ist eine genaue Angabe der Karotisläsion in der Patientenakte dokumentiert.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation 11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Grundgesamtheit	Alle Fälle, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Fälle mit der Angabe „sonstige“ in den Datenfeldern zur „sonstigen Karotisläsion“ der entsprechend zu operierenden Seite (linke ODER rechte Seite)
Referenzbereich	≤ 5,64 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	569	26	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

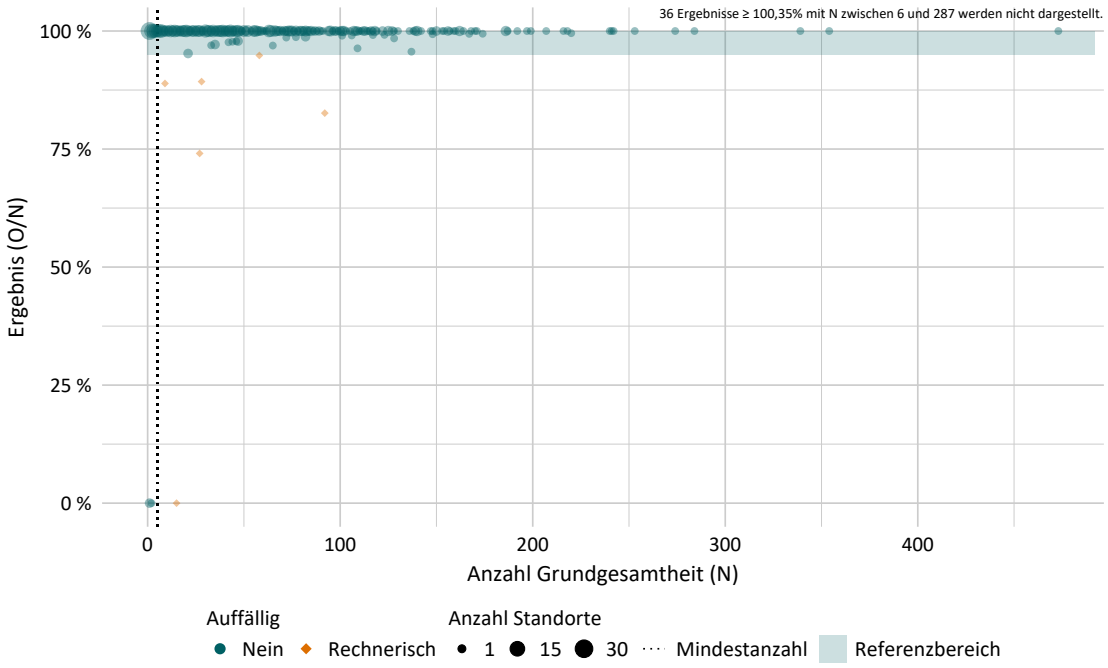
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	561 / 31.703	1,77	4,57 % 26 / 569

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	603	6	0,00	122,50	100,00

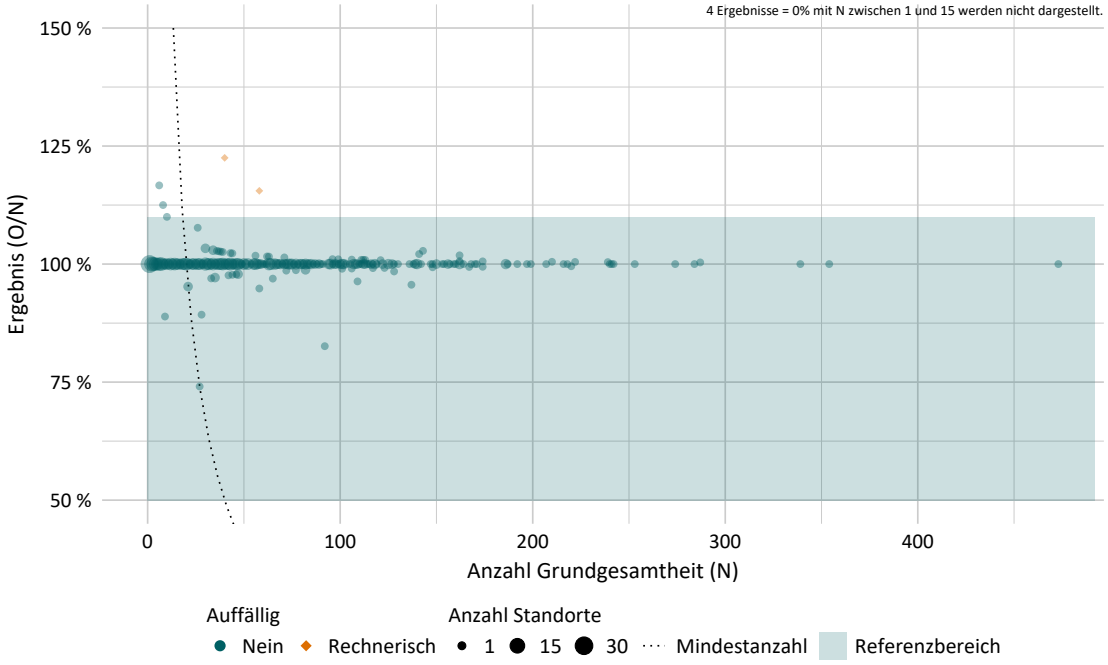
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	34.562 / 34.529	100,10	1,00 % 6 / 603

850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	603	2	0,00	122,50	100,00

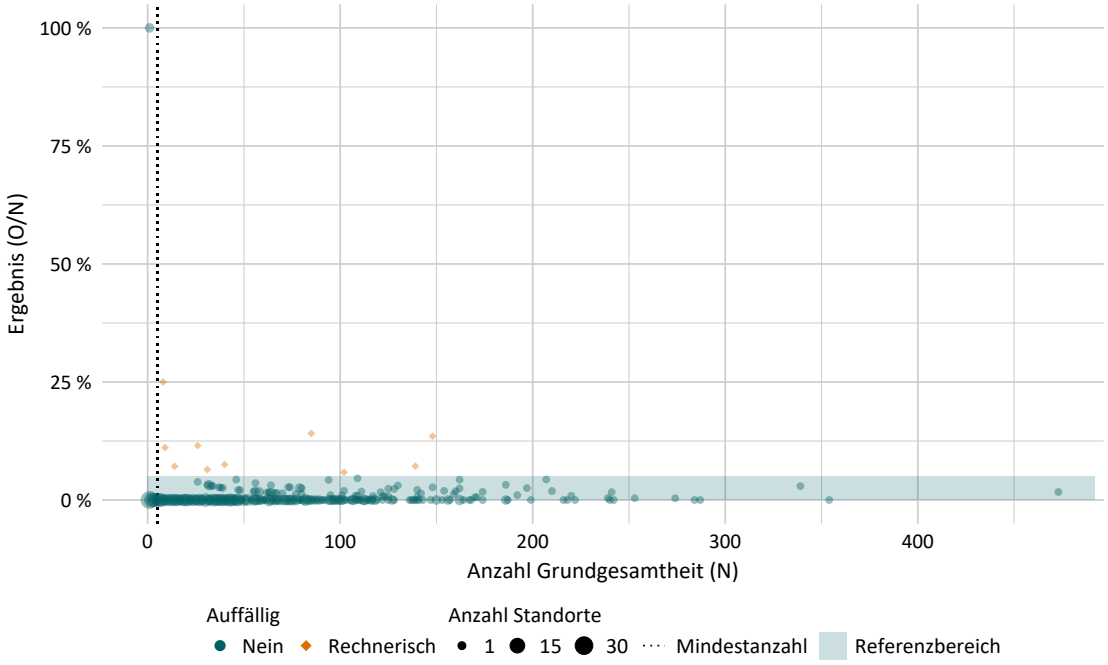
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	34.562 / 34.529	100,10	0,33 % 2 / 603

850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	603	10	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	225 / 34.529	0,65	1,66 % 10 / 603

Basisauswertung

Karotis-Revaskularisation (Gesamt)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 34.337**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	483	1,41
1. Quartal	9.045	26,34
2. Quartal	8.622	25,11
3. Quartal	8.688	25,30
4. Quartal	7.499	21,84

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 34.337**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	405	1,18
50 - 59 Jahre	2.677	7,80
60 - 69 Jahre	10.303	30,01
70 - 79 Jahre	12.931	37,66
80 - 89 Jahre	7.620	22,19
≥ 90 Jahre	401	1,17

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 34.337**	
Geschlecht		
(1) männlich	23.018	67,04
(2) weiblich	11.318	32,96
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	34.337
Minimum	19,00
5. Perzentil	57,00
25. Perzentil	66,00
Mittelwert	71,93
Median	72,00
75. Perzentil	79,00
95. Perzentil	86,00
Maximum	102,00

BMI-Klassifikation (WHO)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 26.972**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	419	1,55
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	9.396	34,84
leichtes Übergewicht (≥ 25 - < 30)	11.301	41,90
Übergewicht Klasse I (≥ 30 - < 35)	4.417	16,38
Übergewicht Klasse II (≥ 35 - < 40)	1.094	4,06
Übergewicht Klasse III (≥ 40)	345	1,28

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 34.337**	
Status Diabetes mellitus bei Aufnahme		
(0) nein	23.911	69,64
(1) ja, diätetisch behandelt	1.252	3,65
(2) ja, orale Medikation	5.585	16,27
(3) ja, mit Insulin behandelt	2.620	7,63
(4) ja, unbehandelt	142	0,41
(9) unbekannt	827	2,41
Status präprozedurale Nierenersatztherapie		
(0) nein	33.760	98,32
(1) akut	78	0,23
(2) chronisch	499	1,45

	Bund (gesamt)
präprozeduraler Kreatininwert i.S. (mg/dl)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten ohne präprozedurale Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	32.419
5. Perzentil	0,60
Mittelwert	1,06
Median	0,90
95. Perzentil	1,70
präprozeduraler Kreatininwert i.S. (µmol/l)[6]	
Anzahl Patientinnen und Patienten ohne präprozedurale Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	32.419
5. Perzentil	53,04
Mittelwert	93,44
Median	80,00
95. Perzentil	150,28

[5] (letzter Wert vor der Prozedur)
[6] (letzter Wert vor der Prozedur)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten ohne präprozedurale Nierenersatztherapie	**N = 33.760**	
Kreatininwert i.S. unbekannt		
(1) ja	1.336	3,96

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 34.337**	
Indikationsgruppen (Ersteingriffe)		
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)	17.482	50,91
Symptomatische Karotisläsion - elektiv (Indikationsgruppe B)	11.141	32,45
davon		
(1) Amaurosis fugax ipsilateral	1.014	9,10
(2) ipsilaterale Hemisphären TIA	933	8,37
(9) sonstige	278	2,50
Karotiseingriff unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)	3.131	9,12
davon		
Symptomatische Karotisläsion, Notfall	123	3,93
davon		
(1) Crescendo-TIA[7]	63	51,22
(9) sonstige	61	49,59
Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	2.583	7,52

[7] rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Indikationsgruppen (Ersteingriffe)		
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)	14.135	58,81
Symptomatische Karotisläsion - elektiv (Indikationsgruppe B)	8.504	35,38
davon		
(1) Amaurosis fugax ipsilateral	794	9,34
(2) ipsilaterale Hemisphären TIA	735	8,64
(9) sonstige	165	1,94
Karotiseingriff unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)	1.104	4,59
davon		
Symptomatische Karotisläsion, Notfall	53	4,80
davon		
(1) Crescendo-TIA[8]	29	54,72
(9) sonstige	24	45,28
Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	280	1,16

[8] rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Indikationsgruppen (Ersteingriffe)		
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)	3.313	40,64
Symptomatische Karotisläsion - elektiv (Indikationsgruppe B)	2.561	31,41
davon		
(1) Amaurosis fugax ipsilateral	220	8,59
(2) ipsilaterale Hemisphären TIA	196	7,65
(9) sonstige	112	4,37
Karotiseingriff unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)	1.455	17,85
davon		
Symptomatische Karotisläsion, Notfall	56	3,85
davon		
(1) Crescendo-TIA[9]	28	50,00
(9) sonstige	28	50,00
Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	787	9,65

[9] rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad.

Art des Eingriffs

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Eingriffe	**N = 34.644**	
Art des Eingriffs		
(1) Offene Operation	24.149	69,71
(2) PTA / Stent	8.221	23,73
(3) Umstieg PTA / Stent auf offene Operation	37	0,11
(4) PTA und PTA / Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur	2.187	6,31
(5) Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	50	0,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Eingriffe der Arten (2) PTA /Stent, (3) Umstieg PTA / Stent auf offene Operationen oder (4) PTA und PTA / Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur	**N = 10.445**	
Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?		
(0) nein	6.864	65,72
(1) ja, Thrombektomie	3.174	30,39
(2) ja, Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls	407	3,90

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Eingriffe	**N = 34.644**	
Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis		
(1) Ersteingriff (weder offene Operation noch eine PTA/Stentimplantation an der ipsilateralen A. carotis vor jetzigem Eingriff)	33.108	95,57
(2) Rezidiveingriff (ipsilateral offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotisrevaskularisation vor jetzigem Eingriff)	1.536	4,43

Karotis-Revaskularisation (offen-chirurgisch)

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	156	0,65
50 - 59 Jahre	1.576	6,56
60 - 69 Jahre	7.145	29,73
70 - 79 Jahre	9.491	39,49
80 - 89 Jahre	5.474	22,78
≥ 90 Jahre	193	0,80
Geschlecht		
(1) männlich	16.082	66,91
(2) weiblich	7.953	33,09
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff und Angabe von Werten	24.035
Minimum	20,00
5. Perzentil	58,00
25. Perzentil	66,00
Mittelwert	72,36
Median	73,00
75. Perzentil	79,00
95. Perzentil	86,00
Maximum	99,00

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Status Diabetes mellitus bei Aufnahme		
(0) nein	16.759	69,73
(1) ja, diätetisch behandelt	910	3,79
(2) ja, orale Medikation	4.167	17,34
(3) ja, mit Insulin behandelt	1.896	7,89
(4) ja, unbehandelt	72	0,30
(9) unbekannt	231	0,96
Status präprozedurale Nierenersatztherapie		
(0) nein	23.646	98,38
(1) akut	39	0,16
(2) chronisch	350	1,46

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Schlaganfall vor der Prozedur[10]		
(0) nein	15.256	63,47
(1) ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff	8.181	34,04
(2) ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	598	2,49
Indikationsgruppen (Ersteingriffe)		
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)	14.135	58,81
Symptomatische Karotisläsion - elektiv (Indikationsgruppe B)	8.504	35,38
davon		
(1) Amaurosis fugax ipsilateral	794	9,34
(2) ipsilaterale Hemisphären TIA	735	8,64
(9) sonstige	165	1,94
Karotiseingriff unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)	1.104	4,59
davon		
Symptomatische Karotisläsion, Notfall	53	4,80
davon		
(1) Crescendo-TIA[11]	29	54,72
(9) sonstige	24	45,28
Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	280	1,16

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	16.589	69,02
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	2.045	8,51
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	3.125	13,00
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	1.658	6,90
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	478	1,99
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	140	0,58

[10] unabhängig von einer Seitenlokalisation

[11] rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad.

Apparative Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Sonstige Karotisläsionen		
mindestens eine sonstige Karotisläsion	4.010	16,68
davon[12]		
exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	3.156	78,70
Aneurysma	129	3,22
symptomatisches Coiling	103	2,57
Mehretagenläsion	404	10,07
sonstige	490	12,22
keine sonstige Karotisläsion	20.025	83,32

[12] Mehrfachnennungen möglich

Stenosegrad (NASCET) - therapierte Seite

	Bund (gesamt)
Stenosegrad therapierte Seite (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff und Angabe von Werten	24.035
Median	80,00
Mittelwert	80,98

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Verteilung - Stenosegrad therapierte Seite (%)[13]		
< 10	113	0,47
10 - 19	14	0,06
20 - 29	27	0,11
30 - 39	27	0,11
40 - 49	76	0,32
50 - 59	449	1,87
60 - 69	1.011	4,21
70 - 79	3.941	16,40
80 - 89	9.140	38,03
≥ 90	9.255	38,51

[13] In der Darstellung der Verteilung sind auch die Angaben zu Stenose bei beidseitigen Eingriffe berücksichtigt, daher addieren sich die Zeilen ggf. zu mehr als 100 % auf.

Stenosegrad (NASCET) - kontralaterale Seite

	Bund (gesamt)
Stenosegrad kontralaterale Seite (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff und Angabe von Werten	24.035
Median	0,00
Mittelwert	24,80

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Verteilung - Stenosegrad kontralaterale Seite (%)[14]		
< 10	13.442	55,93
10 - 19	300	1,25
20 - 29	847	3,52
30 - 39	1.227	5,11
40 - 49	1.391	5,79
50 - 59	2.088	8,69
60 - 69	1.079	4,49
70 - 79	1.028	4,28
80 - 89	986	4,10
≥ 90	1.665	6,93

[14] In der Darstellung der Verteilung sind auch die Angaben zu Stenose bei beidseitigen Eingriffe berücksichtigt, daher addieren sich die Zeilen ggf. zu mehr als 100 % auf.

Überprüfung des Stenosegrades

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Überprüfung des Stenosegrades erfolgt		
(0) nein	715	2,97
(1) ja, durch einen zweiten Untersucher	5.064	21,07
(2) ja, durch ein anderes diagnostisches Verfahren	9.656	40,17
(3) ja, durch zweiten Untersucher und ein anderes diagnostisches Verfahren	8.236	34,27

Indikationsstellung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Erfolgte die Indikationsstellung zum Eingriff an der Karotis durch mehrere Fachdisziplinen?		
(0) nein	2.312	9,62
(1) ja	21.445	89,22
wenn ja, durch welche Fachdisziplinen?[15]		
Neurologie	18.027	84,06
Gefäßchirurgie	20.398	95,12
Interventionelle Radiologie oder Neuroradiologie	10.557	49,23
Angiologie	4.815	22,45
Kardiologie	2.281	10,64
Kardiochirurgie	298	1,39
sonstige	994	4,64

[15] Mehrfachnennungen möglich

Bildgebung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Ist eine Bildgebung des Hirnparenchyms vor dem Eingriff erfolgt?		
(0) nein	2.920	12,15
(1) ja	20.695	86,10
(9) unbekannt	142	0,59

Eingriff/Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 24.149**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)		
(1) normaler, gesunder Patient	165	0,68
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	5.119	21,20
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	17.530	72,59
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	1.132	4,69
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	17	0,07
ASA-Einstufung liegt nicht vor		
(1) ja	458	1,90
Form der Anästhesie		
(1) Allgemeinanästhesie	16.548	68,52
(2) loko-regionale Anästhesie	7.541	31,23
(3) Analgosedierung	60	0,25
Indikation		
(1) elektiver Eingriff	22.533	93,31
(2) Notfall bei Aufnahme	1.375	5,69
(3) Notfall wegen Komplikationen	241	1,00

Eingriff/Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 24.149**	
Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem		
(0) nein	23.860	98,80
(1) Aorto-koronarer Bypass	114	0,47
(2) periphere arterielle Rekonstruktion	30	0,12
(3) Aortenrekonstruktion	15	0,06
(4) PTA / Stent intrakraniell	6	0,02
(5) isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation	15	0,06
(6) kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie	22	0,09
(7) retrograder PTA-Stent A. carotis communis	37	0,15
(9) sonstige	50	0,21
Präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie		
(0) nein	4.459	18,46
(1) ja	19.690	81,54
Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation		
(0) nein	861	3,57
(1) ja	23.288	96,43
davon[16]		
ASS	21.419	91,97
Clopidogrel	2.987	12,83
sonstige ADP-Rezeptorantagonisten (z.B. Prasugrel, Ticagrelor)	94	0,40
GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten (z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban)	37	0,16
NOAK/DOAK	1.152	4,95
Vitamin-K-Antagonisten	146	0,63
sonstige (z.B. Cilostazol)	478	2,05

Eingriff/Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 24.149**	
Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt		
(0) nein	5.634	23,33
(1) ja	18.515	76,67
davon[17]		
SEP	6.016	32,49
MEP	217	1,17
EEG	1.694	9,15
Oxymetrie	6.174	33,35
Wachmonitoring	6.667	36,01
sonstige	1.156	6,24

[16] Mehrfachnennungen möglich
[17] Mehrfachnennungen möglich

Postprozeduraler Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 24.149**	
Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt		
(1) ja	1.803	7,47

Postprozeduraler Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 24.149**	
Neu aufgetretenes zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis[18]		
(0) nein	23.436	97,05
(1) ja	713	2,95
davon[19]		
TIA	117	16,41
Hyperperfusionssyndrom	48	6,73
Hirnnervenausfälle	22	3,09
ischämischer Schlaganfall	391	54,84
symptomatische intrakranielle Blutung	46	6,45
sonstige	127	17,81

[18] bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff; jedes perioprozedural neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralaterale Ereignis ist anzugeben

[19] Mehrfachnennungen möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Offen-chirurgische Eingriffe mit ischämischem Schlaganfall oder symptomatischer intrakranieller Blutung im postprozeduralen Verlauf	**N = 437**	
Schweregrad des neurologischen Defizits[20]		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	9	2,06
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit	42	9,61
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	114	26,09
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	111	25,40
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	70	16,02
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	56	12,81
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	35	8,01

[20] zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 24.149**	
Lokale Komplikationen[21]		
(0) nein	23.003	95,25
(1) ja	1.146	4,75
davon[22]		
OP-pflichtige Nachblutung	539	47,03
Nervenläsion als Folge des Eingriffs	368	32,11
Karotisverschluss	79	6,89
behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle	4	0,35
Wundinfektionen	24	2,09
sonstige	169	14,75

[21] bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff

[22] Mehrfachnennungen möglich

Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Eingriffe	**N = 34.644**	
Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes		
Weitere Karotisrevaskularisationen nach offen-chirurgischem Ersteingriff	134	0,39
davon		
offen-chirurgisch	114	85,07
- ipsilateral	88	77,19
- kontralateral	26	22,81
kathetergestützt	19	14,18
- ipsilateral	17	89,47
- kontralateral	≤3	x

	Bund (gesamt)
Postprozedurale Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff und Angabe von Werten	24.035
Minimum	0,00
5. Perzentil	2,00
25. Perzentil	3,00
Median	4,00
Mittelwert	5,22
75. Perzentil	5,00
95. Perzentil	12,00
Maximum	144,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	20.213	84,10
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.837	7,64
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	26	0,11
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	180	0,75
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	746	3,10
(07) Tod	215	0,89
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[23]	18	0,07
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	584	2,43
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	152	0,63
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	13	0,05
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[24]	17	0,07
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	8	0,03
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[25]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	16	0,07

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[26]		
(1) ja	5	0,02

[23] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[24] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[25] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[26] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Wochentag der Entlassung		
Montag	5.387	22,41
Dienstag	3.890	16,18
Mittwoch	2.089	8,69
Donnerstag	2.576	10,72
Freitag	4.361	18,14
Samstag	3.493	14,53
Sonntag	2.239	9,32

Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 24.035**	
Verstorbene Patientinnen und Patienten		
Verstorbene Patientinnen und Patienten gesamt	215	0,89

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Verstorbenen Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 215**	
Todesfälle nach Wochentagen		
Montag	27	12,56
Dienstag	31	14,42
Mittwoch	33	15,35
Donnerstag	40	18,60
Freitag	33	15,35
Samstag	24	11,16
Sonntag	27	12,56

Karotis-Revaskularisation (kathetergestützt)

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	153	1,88
50 - 59 Jahre	801	9,82
60 - 69 Jahre	2.479	30,41
70 - 79 Jahre	2.870	35,20
80 - 89 Jahre	1.712	21,00
≥ 90 Jahre	138	1,69
Geschlecht		
(1) männlich	5.506	67,53
(2) weiblich	2.646	32,45
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mit kathetergestütztem Eingriff und Angabe von Werten	8.153
Minimum	19,00
5. Perzentil	55,00
25. Perzentil	65,00
Mittelwert	71,28
Median	72,00
75. Perzentil	79,00
95. Perzentil	86,00
Maximum	100,00

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Status Diabetes mellitus bei Aufnahme		
(0) nein	5.657	69,39
(1) ja, diätetisch behandelt	277	3,40
(2) ja, orale Medikation	1.178	14,45
(3) ja, mit Insulin behandelt	621	7,62
(4) ja, unbehandelt	42	0,52
(9) unbekannt	378	4,64
Status präprozedurale Nierenersatztherapie		
(0) nein	7.987	97,96
(1) akut	34	0,42
(2) chronisch	132	1,62

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Schlaganfall vor der Prozedur[27]		
(0) nein	3.843	47,14
(1) ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff	2.680	32,87
(2) ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	1.630	19,99
Indikationsgruppen (Ersteingriffe)		
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)	3.313	40,64
Symptomatische Karotisläsion - elektiv (Indikationsgruppe B)	2.561	31,41
davon		
(1) Amaurosis fugax ipsilateral	220	8,59
(2) ipsilaterale Hemisphären TIA	196	7,65
(9) sonstige	112	4,37
Karotiseingriff unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)	1.455	17,85
davon		
Symptomatische Karotisläsion, Notfall	56	3,85
davon		
(1) Crescendo-TIA[28]	28	50,00
(9) sonstige	28	50,00
Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	787	9,65

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	4.077	50,01
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	862	10,57
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	1.062	13,03
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	902	11,06
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	630	7,73
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	620	7,60

[27] unabhängig von einer Seitenlokalisation

[28] rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad.

Apparative Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Sonstige Karotisläsionen		
mindestens eine sonstige Karotisläsion	1.221	14,98
davon[29]		
exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	521	42,67
Aneurysma	101	8,27
symptomatisches Coiling	24	1,97
Mehretagenläsion	343	28,09
sonstige	364	29,81
keine sonstige Karotisläsion	6.932	85,02

[29] Mehrfachnennungen möglich

Stenosegrad (NASCET) - therapierte Seite

	Bund (gesamt)
Stenosegrad therapierte Seite (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff und Angabe von Werten	8.153
Median	85,00
Mittelwert	81,79

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Verteilung - Stenosegrad therapierte Seite (%)[30]		
< 10	142	1,74
10 - 19	14	0,17
20 - 29	15	0,18
30 - 39	16	0,20
40 - 49	35	0,43
50 - 59	167	2,05
60 - 69	384	4,71
70 - 79	1.278	15,68
80 - 89	2.289	28,08
≥ 90	3.825	46,92

[30] In der Darstellung der Verteilung sind auch die Angaben zu Stenose bei beidseitigen Eingriffe berücksichtigt, daher addieren sich die Zeilen ggf. zu mehr als 100 % auf.

Stenosegrad (NASCET) - kontralaterale Seite

	Bund (gesamt)
Stenosegrad kontralaterale Seite (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff und Angabe von Werten	8.153
Median	0,00
Mittelwert	23,86

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Verteilung - Stenosegrad kontralaterale Seite (%)[31]		
< 10	5.097	62,52
10 - 19	131	1,61
20 - 29	223	2,74
30 - 39	257	3,15
40 - 49	255	3,13
50 - 59	456	5,59
60 - 69	262	3,21
70 - 79	270	3,31
80 - 89	297	3,64
≥ 90	917	11,25

[31] In der Darstellung der Verteilung sind auch die Angaben zu Stenose bei beidseitigen Eingriffe berücksichtigt, daher addieren sich die Zeilen ggf. zu mehr als 100 % auf.

Überprüfung des Stenosegrades

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Überprüfung des Stenosegrades erfolgt		
(0) nein	578	7,09
(1) ja, durch einen zweiten Untersucher	1.112	13,64
(2) ja, durch ein anderes diagnostisches Verfahren	3.250	39,86
(3) ja, durch zweiten Untersucher und ein anderes diagnostisches Verfahren	2.977	36,51

Indikationsstellung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Erfolgte die Indikationsstellung zum Eingriff an der Karotis durch mehrere Fachdisziplinen?		
(0) nein	584	7,16
(1) ja	7.436	91,21
wenn ja, durch welche Fachdisziplinen?[32]		
Neurologie	6.724	90,42
Gefäßchirurgie	3.702	49,78
Interventionelle Radiologie oder Neuroradiologie	5.944	79,94
Angiologie	1.394	18,75
Kardiologie	789	10,61
Kardiochirurgie	57	0,77
sonstige	275	3,70

[32] Mehrfachnennungen möglich

Bildgebung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Ist eine Bildgebung des Hirnparenchyms vor dem Eingriff erfolgt?		
(0) nein	575	7,05
(1) ja	7.386	90,59
(9) unbekannt	59	0,72

Eingriff/Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.258**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)		
(1) normaler, gesunder Patient	580	7,02
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	2.216	26,83
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	2.828	34,25
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	519	6,28
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	55	0,67
ASA-Einstufung liegt nicht vor		
(1) ja	2.262	27,39
Form der Anästhesie		
(1) Allgemeinanästhesie	2.800	33,91
(2) loko-regionale Anästhesie	4.743	57,44
(3) Analgosedierung	715	8,66
Indikation		
(1) elektiver Eingriff	6.005	72,72
(2) Notfall bei Aufnahme	2.054	24,87
(3) Notfall wegen Komplikationen	199	2,41

Eingriff/Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.258**	
Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem		
(0) nein	7.451	90,23
(1) Aorto-koronarer Bypass	16	0,19
(2) periphere arterielle Rekonstruktion	41	0,50
(3) Aortenrekonstruktion	10	0,12
(4) PTA / Stent intrakraniell	99	1,20
(5) isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation	≤3	x
(6) kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie	421	5,10
(7) retrograder PTA-Stent A. carotis communis	125	1,51
(9) sonstige	94	1,14
Präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie		
(0) nein	745	9,02
(1) ja	7.513	90,98
Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation		
(0) nein	278	3,37
(1) ja	7.980	96,63
davon[33]		
ASS	7.372	92,38
Clopidogrel	5.887	73,77
sonstige ADP-Rezeptorantagonisten (z.B. Prasugrel, Ticagrelor)	591	7,41
GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten (z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban)	388	4,86
NOAK/DOAK	305	3,82
Vitamin-K-Antagonisten	29	0,36
sonstige (z.B. Cilostazol)	364	4,56

Eingriff/Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.258**	
Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt		
(0) nein	4.698	56,89
(1) ja	3.560	43,11
davon[34]		
SEP	83	2,33
MEP	7	0,20
EEG	104	2,92
Oxymetrie	1.917	53,85
Wachmonitoring	2.430	68,26
sonstige	611	17,16

[33] Mehrfachnennungen möglich
[34] Mehrfachnennungen möglich

Postprozeduraler Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.258**	
Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt		
(1) ja	706	8,55

Postprozeduraler Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.258**	
Neu aufgetretenes zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis[35]		
(0) nein	7.855	95,12
(1) ja	403	4,88
davon[36]		
TIA	56	13,90
Hyperperfusionssyndrom	36	8,93
Hirnnervenausfälle	≤3	x
ischämischer Schlaganfall	194	48,14
symptomatische intrakranielle Blutung	79	19,60
sonstige	73	18,11

[35] bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff; jedes perioprozedural neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralaterale Ereignis ist anzugeben

[36] Mehrfachnennungen möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Kathetergestützte Eingriffe mit ischämischem Schlaganfall oder symptomatischer intrakranieller Blutung im postprozeduralen Verlauf	**N = 266**	
Schweregrad des neurologischen Defizits[37]		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	21	7,89
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit	23	8,65
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	39	14,66
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	38	14,29
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	33	12,41
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	47	17,67
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	65	24,44

[37] zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.258**	
Lokale Komplikationen[38]		
(0) nein	8.038	97,34
(1) ja	220	2,66
davon[39]		
OP-pflichtige Nachblutung	22	10,00
Nervenläsion als Folge des Eingriffs	≤3	x
Karotisverschluss	34	15,45
behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle	122	55,45
Wundinfektionen	5	2,27
sonstige	51	23,18

[38] bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff

[39] Mehrfachnennungen möglich

Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Eingriffe	**N = 34.644**	
Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes		
Weitere Karotisrevaskularisationen nach kathetergestütztem Ersteingriff	119	0,34
davon		
offen-chirurgisch	8	6,72
- ipsilateral	5	62,50
- kontralateral	≤3	x
kathetergestützt	111	93,28
- ipsilateral	72	64,86
- kontralateral	39	35,14

	Bund (gesamt)
Postprozedurale Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff und Angabe von Werten	8.153
Minimum	0,00
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	1,00
Median	2,00
Mittelwert	5,79
75. Perzentil	6,00
95. Perzentil	21,30
Maximum	182,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	6.221	76,30
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	223	2,74
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	13	0,16
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	81	0,99
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	636	7,80
(07) Tod	330	4,05
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[40]	13	0,16
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	492	6,03
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	105	1,29
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,06
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[41]	21	0,26
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[42]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	7	0,09

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[43]		
(1) ja	≤3	x

[40] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[41] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[42] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[43] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Wochentag der Entlassung		
Montag	948	11,63
Dienstag	1.057	12,96
Mittwoch	1.392	17,07
Donnerstag	1.629	19,98
Freitag	1.849	22,68
Samstag	985	12,08
Sonntag	293	3,59

Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 8.153**	
Verstorbene Patientinnen und Patienten		
Verstorbene Patientinnen und Patienten gesamt	330	4,05

	Bund (gesamt)	
	n	%
Verstorbenen Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 330**	
Todesfälle nach Wochentagen		
Montag	50	15,15
Dienstag	47	14,24
Mittwoch	51	15,45
Donnerstag	47	14,24
Freitag	53	16,06
Samstag	47	14,24
Sonntag	35	10,61

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Ambulant erworbene Pneumonie

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 5
Vorbemerkung 6
1 Hintergrund 7
2 Einordnung der Ergebnisse 11
2.1 Datengrundlage 11
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 12
2.2.1 Überblick 12
2.2.2 Detailergebnisse 15
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 22
2.3.1 Überblick 22
2.3.2 Detailergebnisse 26
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 31
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 31
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 34
4 Evaluation 36
5 Ausblick 37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – CAP....8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CAP....9
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - CAP....11
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - CAP....13
Tabelle 5: QI 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie....15
Tabelle 6: QI 2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme....16
Tabelle 7: QI 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme....16
Tabelle 8: QI 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung....17
Tabelle 9: QI 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme....18
Tabelle 10: QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus....19
Tabelle 11: TKez 2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)....20
Tabelle 12: TKez 2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)....20
Tabelle 13: TKez 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung....21
Tabelle 14: TKez 231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)....21
Tabelle 15: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - CAP....22
Tabelle 16: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – CAP....24
Tabelle 17: AK 811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit....26
Tabelle 18: AK 811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“....27
Tabelle 19: AK 851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben....27
Tabelle 20: AK 850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation....28
Tabelle 21: AK 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation....28
Tabelle 22: AK 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)....30
Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP....31
Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CAP....33
Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP....34
Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CAP....35

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie (*community-acquired pneumonia*)
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019 (*coronavirus disease 2019*)
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
n. a.	nicht anwendbar
QS	Qualitätssicherung
QS CAP	QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht

Vorbemerkung

Im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* (*QS CAP*) werden zum Auswertungsjahr 2027 alle Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen ausgesetzt. Für den Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778) sollen ab dem Auswertungsjahr 2028 Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden. Hintergrund dieser Entwicklung ist das Ergebnis der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung, bei welcher das gesamte Indikatorenset hinsichtlich seiner Eignung für die Qualitätssicherung anhand definierter Kriterien (Eignungskriterien) geprüft wurde. Da Eignungskriterien zum Teil nicht erfüllt sind, wurde vom IQTIG empfohlen, die Qualitätsindikatoren/Transparenzkennzahlen zur Prozessqualität abzuschaffen; vor diesem Hintergrund wurden mit den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 bereits die Referenzbereiche der betroffenen Indikatoren ausgesetzt.

© IQTIG 2025

1 Hintergrund

Bei einer Pneumonie handelt es sich um eine Entzündung des Lungengewebes (Lungenentzündung), welche meist durch eine Infektion mit bakteriellen Erregern, wie z. B. Streptococcus pneumoniae („Pneumokokken"), entsteht. Seltener sind auch Viren oder Pilze die Verursacher einer Pneumonie. Pneumonien werden neben der Entstehungsursache auch danach unterschieden, ob sie außerhalb des Krankenhauses (ambulant) oder aber während eines Krankenhausaufenthalts (nosokomial) erworben werden. Die ambulant erworbene Pneumonie (*community-acquired pneumonia*, CAP) ist eine der häufigsten infektionsbedingten Todesursachen in Deutschland. Eine erhöhte Sterblichkeit im Krankenhaus kann unter anderem durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein. Jährlich werden mehr als 350.000 Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie in Deutschland stationär behandelt. Für einen kleineren Teil der Patientinnen und Patienten ist die Lungenentzündung eine schwerwiegende Komplikation im Rahmen einer schweren chronischen oder einer unheilbaren Grunderkrankung, wie z. B. einer fortgeschrittenen Krebs -, Lungen -, Herz - oder Stoffwechselerkrankung. Vorbestehende Grunderkrankungen sind mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf der Pneumonie verbunden und erschweren zudem den Behandlungserfolg.

Seit dem Jahr 2005 zählen ambulant erworbene Pneumonien zu den dokumentationspflichtigen Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung. Das Verfahren *QS CAP* dient der Beurteilung der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie. Neben der Sterblichkeit der Betroffenen betrachtet das QS-Verfahren insbesondere frühe diagnostische und therapeutische Prozesse während des akutstationären Krankenhausaufenthalts sowie Prozesse kurz vor der Entlassung aus der Akutversorgung.

Nosokomiale Pneumonien sowie Pneumonien bei Patientinnen und Patienten mit geschwächtem Immunsystem aufgrund von Bestrahlung, Chemotherapie oder anderen immunsuppressiven Maßnahmen werden nicht mit dem QS-Verfahren adressiert.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Mit dem Verfahren *QS CAP* werden die Ziele einer rechtzeitigen diagnostischen und therapeutischen Versorgung sowie einer Verringerung der Sterblichkeit im Krankenhaus verfolgt. Hierfür wird mittels 5 Prozessindikatoren und 3 Kennzahlen die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung der notwendigen diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen gemessen. In Bezug auf die diagnostischen Prozesse werden folgende Qualitätsindikatoren verwendet:

- Der Indikator „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie" (ID 2005) misst, wie häufig eine Blutgasanalyse oder eine Messung der Sauerstoffsättigung (Pulsoxymetrie) innerhalb der ersten 8 Stunden nach Krankenhausaufnahme durchgeführt wurde. Beide Diagnoseverfahren liefern Informationen zum Schweregrad der Erkrankung und folglich auch zur Einleitung entsprechender Behandlungsmaßnahmen.

- Der Indikator „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 50722) misst die Anzahl der Patienten und Patientinnen, bei denen die Atemfrequenz bei Aufnahme ins Krankenhaus gemessen wurde (das heißt möglichst noch in der Notaufnahme). Ausgeschlossen sind maschinell beatmete Patientinnen und Patienten. Eine frühzeitige Messung der Atemfrequenz ist für die Bestimmung des Schweregrades der Pneumonie sowie für die Behandlungsstrategie und die Risikoabschätzung von hoher Bedeutung.
- Der Indikator „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) misst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten festgelegte klinische Stabilitätskriterien bis zum Zeitpunkt der Entlassung (darunter fallen auch Verlegungen) bestimmt wurden. Dazu gehören u. a. Herzfrequenz und Körpertemperatur. Auf diese Weise kann der Therapieerfolg beurteilt und sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten stabil genug für die Entlassung sind, um das Letalitätsrisiko zu senken und stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden.

Therapeutische Maßnahmen werden über zwei Prozessindikatoren erfasst:

- Der Indikator „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) erfasst alle Patientinnen und Patienten, bei denen u. a. zur Verbesserung der Lungenfunktion und zur Vermeidung von Komplikationen eine Mobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme durchgeführt wurde.
- Der Indikator „Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) misst das Verabreichen von Antibiotika innerhalb der ersten 8 Stunden nach Krankenhausaufnahme. Eine frühzeitige Behandlung mit Antibiotika ist entscheidend für einen schnellen Behandlungserfolg bei einer Pneumonie.

Mithilfe eines risikoadjustierten Qualitätsindikators sowie einer nicht risikoadjustierten Kennzahl zur Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts (IDs 50778 und 231900) wird die Wirksamkeit der Krankenhausbehandlung gemessen.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – CAP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QS-Dokumentation	2024
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation	2024
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation	2024
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	QS-Dokumentation	2024
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2024
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)*	QS-Dokumentation	2024
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS CAP* sind 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit definiert.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	QS-Dokumentation
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	QS-Dokumentation
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Mittels des Auffälligkeitskriteriums 811822 wird überprüft, ob für Patientinnen und Patienten eine chronische Bettlägerigkeit angegeben wurde. Fälle von Patientinnen und Patienten mit chronischer Bettlägerigkeit sollen nicht in den Indikator zur Frühmobilisation (ID 2013) eingehen. Eine Überdokumentation der chronischen Bettlägerigkeit würde entsprechend zu einer geringeren Validität in diesem Indikator zur Frühmobilisation führen.

Mithilfe des Auffälligkeitskriteriums 811826 wird überprüft, ob für Patientinnen und Patienten eine Atemfrequenz von 30 oder mehr Atemzügen pro Minute dokumentiert wurde. Die Atemfrequenz wird u. a. für die Risikoadjustierung des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 50778) erfasst. Wird in über 20 % der Fälle (= Referenzbereich) eine Atemfrequenz von ≥ 30 Atemzügen pro Minute dokumentiert, wird dies als unplausibel betrachtet.

Mittels des Auffälligkeitskriteriums 851900 wird überprüft, ob für Patientinnen und Patienten kurz vor dem Versterben eine palliative Therapiezielsetzung dokumentiert wurde. Diese Fälle werden aus den drei Prozessindikatoren zur frühen antibiotischen Therapie, zur Frühmobilisation und zur vollständigen Bestimmung der Stabilitätskriterien (IDs 2009, 2013 und 2028) sowie aus dem risikoadjustierten Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungserbringerergebnisse haben.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Anzahl der gelieferten Datensätze liegt etwas über der Anzahl der erwarteten Datensätze. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden zum Auswertungsjahr 2025 mehr Datensätze übermittelt, bei vergleichbarer Vollzähligkeit.

Der Anstieg der Datensätze von ca. 17 % im Vergleich zum Vorjahr ist zum einen zu erklären mit einer Versiebenfachung der Fälle von Pneumonien, die durch Mykoplasmen verursacht werden, und zum anderen mit einer Verdoppelung der Fallzahlen der mit Grippe assoziierten Pneumonien (mit Nachweis eines saisonalen Influenzavirus). Weiterhin kam es 2024 möglicherweise auch zu einem Anstieg von Pneumonien, die bei einem vorangegangenen Krankenhausaufenthalt innerhalb von 28 Tagen erworben wurden. Diese Pneumonien können seit einer Anpassung von ICD-Kodes im Katalog des Bundesamts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Jahr 2023 nicht mehr aus dem Verfahren *QS CAP* ausgeschlossen werden.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - CAP

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	390.971 390.484 487	388.275	100,69
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.293		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.304	1.294	100,77
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	1.087	1.080	100,65

Für das Verfahren *QS CAP* erfolgt die Auswertung nach dem Auswertungsstandort. Dabei ist der Auswertungsstandort der aufnehmende Standort.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Prozessindikatoren unterscheiden sich trotz der stark gestiegenen Fallzahlen nur geringfügig von den Bundesergebnissen des Vorjahres und sind weiterhin auf einem stabilen und hohen Niveau. Die Stabilität der Indikatoren- und Kennzahlergebnisse deutet auf eine insgesamt gute Versorgungsqualität hin – auch unter Einbezug der nosokomialen Pneumonien aus einem vorangegangenen Krankenhausaufenthalt.

Die Bundesergebnisse des Ergebnisindikators zur Sterblichkeit (ID 50778) und der Transparenzkennzahl zur Gesamtsterblichkeit (ID 231900) im Krankenhaus sind auffallend geringer als im Auswertungsjahr 2024. In den vorangegangenen Jahren sind Schwankungen in der Mortalitätsrate sichtbar. Vor der COVID-19-Pandemie verstarben etwa 13 % der stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie während des Krankenhausaufenthalts, wobei in dieser Rate Fälle mit palliativer Therapiezielsetzung inkludiert sind. Während der COVID-19-Pandemie stieg die Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus auf ca. 18 % an und liegt im Auswertungsjahr 2025 wieder bei ca. 13 %. Die im Vergleich zum Vorjahr niedrigere Sterblichkeit ist vor dem Hintergrund einer niedrigeren Sterblichkeitsrate bei durch Mykoplasmen ausgelösten Pneumonien im Jahr 2024 plausibel und auch durch die Anpassung des ICD-Katalogs erklärbar. Außerdem haben sich die Fallzahlen der unter 30-jährigen Patientinnen und Patienten verdreifacht, welche aufgrund des jungen Alters und weniger Komorbiditäten eine geringere Sterblichkeit aufweisen. Ein Teil der Schwankung bei der Sterblichkeit lässt sich jedoch, auch nach Konsultation des Expertengremiums auf Bundesebene, nicht hinreichend erklären.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - CAP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	98,94 % O = 330.129 N = 333.649	98,92 % O = 386.268 N = 390.484 (Nicht definiert)	vergleichbar
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	98,99 % O = 314.675 N = 317.891	98,98 % O = 369.852 N = 373.675	vergleichbar
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	98,07 % O = 15.454 N = 15.758	97,66 % O = 16.416 N = 16.809	vergleichbar
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	93,83 % O = 207.243 N = 220.872	94,05 % O = 275.223 N = 292.636 (Nicht definiert)	vergleichbar
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	92,88 % O = 151.953 N = 163.602	93,18 % O = 170.721 N = 183.209 (Nicht definiert)	vergleichbar

© IQTIG 2025

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	96,00 % O = 231.557 N = 241.210	96,90 % O = 285.683 N = 294.808 (Nicht definiert)	vergleichbar
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	98,51 % O = 227.855 N = 231.292	98,43 % O = 280.971 N = 285.464	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,02 O/E = 21.461 / 21.123,67 7,52 % O/N = 21.461 / 285.505	0,88 O/E = 19.496 / 22.186,79 5,72 % O/N = 19.496 / 340.975 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)*	15,88 % O = 52.984 N = 333.649	13,16 % O = 51.407 N = 390.484	vergleichbar
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,49 % O = 315.019 N = 326.472	97,01 % O = 371.511 N = 382.969 (Nicht definiert)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 5: QI 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,02 % O = 268.624 N = 271.285	98,94 % O = 330.129 N = 333.649	**98,92 %** **O = 386.268** **N = 390.484**
rechnerische Auffälligkeiten	51 von 1.338 3,81 %	44 von 1.322 3,33 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 51 (9,80 %)	**5 / 44** **(11,36 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.338 (0,37 %)	**5 / 1.322** **(0,38 %)**	n. a.

Die frühzeitige Messung der Sauerstoffsättigung des Blutes liefert Informationen zum Schweregrad der Erkrankung und folglich auch zur Einleitung entsprechender Behandlungsmaßnahmen. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen frühzeitig eine erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie durchgeführt wird, soll hoch sein.

Das Bundesergebnis ist auf einem ähnlich hohen Niveau wie in den beiden Vorjahren. Die Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse ist bei gleicher Anzahl qualitativ auffälliger Leistungserbringerergebnisse leicht zurückgegangen (Tabelle 5). Es wurden 22 Stellungnahmeverfahren geführt, bei denen 5 Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft wurden. Als Begründungen hierzu wurden verschiedene Dokumentations- sowie Struktur- und Prozessmängel genannt, wie z. B. die mangelnde Erfassung auf den QS-Dokumentationsbögen oder die bisher fehlende Etablierung der Blutgasanalyse/Pulsoxymetrie. Bei 8 (36 %) der geführten Stellungnahmen wurde angegeben, dass eine Bewertung aufgrund unzureichender oder falscher Dokumentation nicht möglich war. Die Nichteinleitung des Stellungnahmeverfahrens wurde vor allem damit begründet, dass es sich nur um eine geringe Abweichung vom Referenzwert oder um Einzelfälle handelte.

Tabelle 6: QI 2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	93,08 % O = 135.629 N = 145.705	93,83 % O = 207.243 N = 220.872	**94,05 %** **O = 275.223** **N = 292.636**
rechnerische Auffälligkeiten	276 von 1.287 21,45 %	221 von 1.281 17,25 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	59 / 276 (21,38 %)	**56 / 221** **(25,34 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	59 / 1.287 (4,58 %)	**56 / 1.281** **(4,37 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator bildet die Gabe einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten acht Stunden nach der Aufnahme ins Krankenhaus ab. Mit der frühzeitigen Gabe eines Antibiotikums kann ein schnellerer Behandlungserfolg erzielt werden. Das Ergebnis des Indikators sollte daher möglichst hoch sein.

Das Bundesergebnis dieses Indikators ist das dritte Jahr in Folge gestiegen. Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich geringer. Die Anzahl der als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnisse ist ebenfalls zurückgegangen, wenn auch weniger deutlich (Tabelle 6). Es wurden 134 Stellungnahmeverfahren mit Leistungserbringern geführt und abgeschlossen. 56 Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig eingestuft. Als Begründungen wurden vor allem eine verzögerte Diagnosestellung, eine nicht rechtzeitige Antibiose sowie Kodier- und Dokumentationsprobleme genannt. Die Nichteinleitung eines Stellungnahmeverfahrens wurde mit einer geringen Abweichung vom Referenzwert sowie mit Einzelfällen begründet (siehe auch Indikator 2005). Die Einstufung als qualitativ unauffällig wurde zumeist mit Einzelfällen, Viruspneumonien oder „besonderem Patientenklientel" begründet.

Tabelle 7: QI 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	92,79 % O = 117.888 N = 127.047	92,88 % O = 151.953 N = 163.602	**93,18 %** **O = 170.721** **N = 183.209**
rechnerische Auffälligkeiten	260 von 1.291 20,14 %	252 von 1.275 19,76 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	44 / 260 (16,92 %)	**47 / 252** **(18,65 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	44 / 1.291 (3,41 %)	**47 / 1.275** **(3,69 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert eine frühzeitige Mobilisation von klinisch stabilen Patientinnen und Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt länger als einem Tag. Als klinisch stabil gelten Betroffene, die gemäß dem CRB-65-Score in die Risikoklasse 1 und 2 fallen. Folgende Kriterien sind Bestandteil des CRB-65 Score:

- pneumoniebedingte Desorientierung (*mental **c**onfusion*)
- spontane Atemfrequenz ≥ 30 pro Minute (***r**espiratory rate*)
- Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (***b**lood pressure*)
- Alter ≥ **65** Jahre

Die Eingruppierung der Betroffenen erfolgt in drei Risikoklassen:

- Risikoklasse 1 = 0 vorhandene Kriterien nach CRB-65
- Risikoklasse 2 = 1 bis 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65
- Risikoklasse 3 = 3 bis 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65

Eine Mobilisation gilt als ausreichend intensiv und rechtzeitig, wenn sie insgesamt (auch kumulativ) mindestens 20 Minuten dauert und innerhalb der ersten 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme erfolgt. Der Anteil an frühzeitig mobilisierten klinisch stabilen Patientinnen und Patienten soll möglichst hoch sein.

Bei diesem Indikator hat sich das Bundesergebnis im Vergleich zu den Vorjahren weiter verbessert. Der Anteil rechnerisch auffälliger Ergebnisse ist leicht zurückgegangen und der Anteil an Ergebnissen, die als qualitativ auffällig bewertet wurden, ist etwas gestiegen (Tabelle 7). Nach den 155 abgeschlossenen Stellungnahmeverfahren wurden 47 Ergebnisse als qualitativ auffällig und 71 als qualitativ unauffällig eingestuft. Weiterhin war bei 30 Ergebnissen eine Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich (D80). Das entspricht ca. 19 % der geführten Stellungnahmeverfahren. Als Begründung für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vor allem nicht vorgelegte Stellungnahmen, Dokumentationsprobleme, fehlende SOPs, nicht zielführende Maßnahmen sowie keine leitliniengerechte Durchführung der Frühmobilisation von den LAG genannt.

Tabelle 8: QI 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	95,93 % O = 182.621 N = 190.369	96,00 % O = 231.557 N = 241.210	**96,90 %** **O = 285.683** **N = 294.808**
rechnerische Auffälligkeiten	285 von 1.308 21,79 %	267 von 1.283 20,81 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	110 / 285 (38,60 %)	**97 / 267** **(36,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	110 / 1.308 (8,41 %)	**97 / 1.283** **(7,56 %)**	n. a.

Zu den klinischen Stabilitätskriterien bei einer Pneumonie gehören systolischer Blutdruck, Herzfrequenz, spontane Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Körpertemperatur und stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme sowie Orientierung bzw. pneumoniebedingte Desorientierung. Der Qualitätsindikator bildet die vollständige Bestimmung dieser Kriterien für alle Patientinnen und Patienten bis zur Entlassung ab. Da es sich um wichtige diagnostische Informationen zur Erfassung des Therapieerfolgs handelt, soll das Ergebnis des Indikators möglichst hoch sein.

Der Bundeswert liegt im Auswertungsjahr 2025 bei knapp 97 % und damit erneut über dem des Vorjahres. Von den eingeleiteten Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern konnten 72 % abgeschlossen werden. Von den rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 46,4 % mit dem Verweis auf Struktur- und Prozessmängel (A71) als qualitativ auffällig eingestuft. Hierbei wurden vor allem Dokumentationsprobleme sowie die fehlende Messung der Atemfrequenz in den Begründungen der LAG genannt.

Tabelle 9: QI 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	96,71 % O = 256.324 N = 265.056	96,49 % O = 315.019 N = 326.472	**97,01 %** **O = 371.511** **N = 382.969**
rechnerische Auffälligkeiten	264 von 1.331 19,83 %	255 von 1.318 19,35 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	77 / 264 (29,17 %)	**82 / 255** **(32,16 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	77 / 1.331 (5,79 %)	**82 / 1.318** **(6,22 %)**	n. a.

Eine frühzeitige, das heißt möglichst noch in der Notaufnahme stattfindende, Messung der Atemfrequenz ist für die Bestimmung des Schweregrades der Pneumonie sowie für die Behandlungsstrategie und die Risikoabschätzung von hoher Bedeutung. Der Qualitätsindikator bildet die umgehende Bestimmung der Atemfrequenz für alle bei Aufnahme nicht maschinell beatmeten Patientinnen und Patienten bei der Erstaufnahmeuntersuchung im Krankenhaus ab. Das Ergebnis des Indikators sollte möglichst hoch sein.

Das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2025 ist im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht angestiegen und liegt insgesamt weiterhin auf einem sehr hohen Niveau. Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer ist ähnlich zum Vorjahr, wohingegen die Anzahl der qualitativen Auffälligkeiten um ca. 3 % gestiegen ist (Tabelle 9). Bei 79 der 82 als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnissen wurden Struktur- und Prozessmängel (A71) als Begründungen angegeben, vor allem Dokumentationsprobleme sowie nicht durchgeführte Atemfrequenzmessungen. Weitere 38-mal, das entspricht 20,5 % der geführten Stellungnahmeverfahren, war eine Bewertung wegen gravierender Dokumentationsfehler (D80) nicht möglich.

Tabelle 10: QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,17 O/E = 20.927 / 17.901,26 9,09 % O/N = 20.927 / 230.113	1,02 O/E = 21.461 / 21.123,67 7,52 % O/N = 21.461 / 285.505	**0,88** **O/E = 19.496 / 22.186,79** **5,72 %** **O/N = 19.496 / 340.975**
rechnerische Auffälligkeiten	80 von 1.312 6,10 %	95 von 1.319 7,20 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 80 (12,50 %)	**10 / 95** **(10,53 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 1.312 (0,76 %)	**10 / 1.319** **(0,76 %)**	n. a.

In diesem Indikator werden die Patientinnen und Patienten erfasst, die mit einer ambulant erworbenen Pneumonie im Krankenhaus verstorben sind. Das Ergebnis des Indikators sollte möglichst gering sein. Der Indikator ist mittels multipler logistischer Regression risikoadjustiert. Als Risikofaktoren werden Falleigenschaften gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst werden und für die im statistischen Schätzmodell signifikante Effekte auf den betrachteten Endpunkt nachgewiesen werden können. Eine vollständige Liste der Risikofaktoren und deren Gewichtung ist den endgültigen Rechenregeln (AJ 2025) zu entnehmen. Das Ergebnis wird als O/E-Wert (*observed/expected*) berechnet.

Im Auswertungsjahr 2025 liegt das Ergebnis bei 0,88. Dies bedeutet, es ist um 12 % geringer, als anhand der Vorjahresdaten zu erwarten gewesen ist. Das Expertengremium auf Bundesebene bestätigt, dass die durch Mykoplasmen verursachten Pneumonien, welche im Jahr 2024 stark gehäuft aufgetreten sind, mit einer geringeren Sterblichkeit in Verbindung stehen. Zudem ist der Anteil der unter 30-jährigen Patientinnen und Patienten im Auswertungsjahr 2025 deutlich höher. Aufgrund des jungen Alters und der meist geringeren Anzahl und Schwere der Komorbiditäten weist dieses Patientenklientel eine geringere Sterblichkeit auf. Der höhere Anteil junger Menschen korreliert mit dem ebenfalls gestiegenen Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem CRB-65-Score = 0 und dem gleichzeitigen Rückgang des Anteils von Patientinnen und Patienten mit CRB-65-Score von 1-4. Jedoch habe es auch in der Vergangenheit große Schwankungen im Ergebnis dieses Indikators gegeben hat, welche nicht vollends erklärt werden konnten. Damit ist die Interpretierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt.

Die Anzahl der rechnerisch und qualitativ auffälligen Leistungserbringer hat sich zum Vorjahr nicht verändert. Etwas mehr als die Hälfte der Stellungnahmeverfahren wurde mit der Bewertung „qualitativ unauffällig“ abgeschlossen (37 von 63). Davon wurde 25-mal auf Einzelfälle (U62) verwiesen. Begründungen von den LAG liegen dazu nicht vor. Bei den qualitativ auffälligen Ergebnissen wurden von den LAG häufig Empfehlungen zur Schulung in den Ein- und Ausschlusskriterien

des Verfahrens ausgesprochen, mit dem Ziel der Verbesserung der Kodierung zur Vermeidung fälschlich eingeschlossener Fälle.

Tabelle 11: TKez 2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,05 % O = 257.959 N = 260.422	98,99 % O = 314.675 N = 317.891	**98,98 %** **O = 369.852** **N = 373.675**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 12: TKez 2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,18 % O = 10.665 N = 10.863	98,07 % O = 15.454 N = 15.758	**97,66 %** **O = 16.416** **N = 16.809**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Diese Transparenzkennzahlen stellen Strata des Qualitätsindikators „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ (ID 2005) dar. Die Transparenzkennzahl „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (ID 2006) gibt dabei an, wie häufig eine erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme bei Patientinnen und Patienten durchgeführt wurde, die nicht aus einem anderen Krankenhaus verlegt wurden. Die Transparenzkennzahl „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)“ (ID 2007) inkludiert dagegen Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden.

Die Bundesergebnisse sind bei steigender Grundgesamtheit in beiden Transparenzkennzahlen weiterhin auf einem nahezu identisch hohen Niveau.

Tabelle 13: TKez 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,69 % O = 180.042 N = 182.424	98,51 % O = 227.855 N = 231.292	**98,43 %** **O = 280.971** **N = 285.464**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Diese Transparenzkennzahl ist ein Stratum des Qualitätsindikators „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung" (ID 2028). Sie gibt die Anzahl der Fälle an, bei denen die Mindestanforderungen der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung erreicht waren. Das Bundesergebnis der Transparenzkennzahl liegt trotz der steigenden Fallzahl in der Grundgesamtheit weiterhin stabil auf einem sehr hohen Niveau.

Tabelle 14: TKez 231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	18,28 % O = 49.593 N = 271.285	15,88 % O = 52.984 N = 333.649	**13,16 %** **O = 51.407** **N = 390.484**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Mit dieser Transparenzkennzahl wird die Anzahl aller im Krankenhaus verstorbenen Patientinnen und Patienten ohne patientenbezogene Risikoadjustierung gemessen. Das Ergebnis wird ratenbasiert berechnet und ist im Vergleich zum Vorjahr erneut gesunken. Eine Möglichkeit hierfür könnte in der deutlich gestiegenen Anzahl von Mykoplasmen-Pneumonien liegen, welche eine geringere Sterblichkeitsrate vorweisen. Ein Teil der Schwankung bei der Sterblichkeit lässt sich jedoch nicht hinreichend erklären. Diese Einschätzungen wurden auch durch das Expertengremium auf Bundesebene bestätigt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Bei den 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ist das Bundesergebnis niedriger als im Vorjahr. Die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse ist dabei bei den Auffälligkeitskriterien „Angabe von chronischer Bettlägerigkeit" (ID 811822) und „Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben" (ID 851900) auffallend zurückgegangen (siehe Tabelle 17 und Tabelle 19). Das Auffälligkeitskriterium 811822 hat Bezug zu den Qualitätsindikatoren „Frühmobilisation nach Aufnahme" (ID 2013) und „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 50778).

Im Auswertungsjahr 2025 gab es im Auffälligkeitskriterium 811822 bei 12.744 Zählerfällen 5 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei Leistungserbringern, von denen 3 bereits im Auswertungsjahr 2024 rechnerische Auffälligkeiten aufwiesen. Wiederholte Auffälligkeiten in diesem Auffälligkeitskriterium können auch mit dem spezifischen Patientenkollektiv der betroffenen Kliniken zusammenhängen.

Das Auffälligkeitskriterium „Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben" (ID 851900) hat einen Bezug zu den Indikatoren zur frühen antimikrobiellen Therapie nach Aufnahme (ID 2009), zur Frühmobilisation nach Aufnahme (ID 2013), zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ID 2028) und zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778). Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse ist von 10 (AJ 2023) auf 5 (AJ 2024) zurückgegangen. Im Auswertungsjahr 2025 sind ebenfalls 5 rechnerisch auffällige Ergebnisse zu verzeichnen. Die Anzahl im Zähler und Nenner ist dabei über die letzten beiden Jahre stabil geblieben.

Tabelle 15: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	4,48 % 12.744/284.625 (≤ 20,00 %)
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme"	6,54 % 22.029/337.055 (≤ 16,39 %; 97. Perzentil)
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	14,06 % 2.755/19.590 (≤ 50,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,69 % 390.971/388.275 (≥ 95,00 %)
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,69 % 390.971/388.275 (≤ 110,00 %)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,13 % 487/388.275 (≤ 5,00 %)

Tabelle 16: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	5 von 1.287	0,39	3
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme"	50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 232007_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) 232010_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 232004_2013: Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme 232009_50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	2024	34 von 1.273	2,67	8
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	5 von 1.135	0,44	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	15 von 1.294	1,16	2
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	7 von 1.294	0,54	2
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	7 von 1.294	0,54	2

© IQTIG 2025

2.3.2 Detailergebnisse

Tabelle 17: AK 811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	5,27 % O = 9.971 N = 189.173	5,21 % O = 12.210 N = 234.355	**4,48 %** **O = 12.744** **N = 284.625**
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 1.319 0,61 %	9 von 1.311 0,69 %	**5 von 1.287** **0,39 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 8 (25,00 %)	**4 / 9** **(44,44 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 1.319 (0,15 %)	**4 / 1.311** **(0,31 %)**	n. a.

Fälle von Patienten und Patientinnen, die chronisch bettlägerig sind, werden aus dem Indikator „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) ausgeschlossen. Außerdem wird chronische Bettlägerigkeit als Risikofaktor für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) geführt. Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums wird geprüft, ob eine unplausibel hohe Anzahl solcher Fälle dokumentiert wurde. Der Referenzbereich liegt bei ≤ 20 % und ein Leistungserbringer muss mindestens 20 Fälle im Nenner haben.

Zu 5 Leistungserbringern wurde im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis ermittelt. Dies entspricht 0,39 % der Leistungserbringer. Trotz des erneut hohen Fallzahlanstiegs im Zähler und Nenner des Auffälligkeitskriteriums ist dieses Ergebnis deutlich geringer als im Vorjahr (Tabelle 17). Dies harmoniert mit dem in der Basisauswertung der Bundesauswertung angegebenen Anteil der Patientinnen und Patienten mit chronischer Bettlägerigkeit. Dieser ist im Vergleich zum Vorjahr von 15,50 % auf 14,06 % gesunken. Im Rahmen der 8 geführten Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 4 Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Das sind bei etwa gleichgebliebener Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse doppelt so viele wie im Vorjahr. Davon wurde bei 3 Ergebnissen eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt und bei einem Ergebnis keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt.

Tabelle 18: AK 811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	8,30 % O = 14.230 N = 171.489	7,45 % O = 19.414 N = 260.729	**6,54 %** **O = 22.029** **N = 337.055**
rechnerische Auffälligkeiten	34 von 1.293 2,63 %	34 von 1.293 2,63 %	**34 von 1.273** **2,67 %** **(Refbereich: ≤ 16,39 %; 97. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 34 (14,71 %)	**6 / 34** **(17,65 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 1.293 (0,39 %)	**6 / 1.293** **(0,46 %)**	n. a.

Die Atemfrequenz ist ein Parameter, der Aufschlüsse über die Schwere der Erkrankung gibt und folglich auch für den Verlauf der Erkrankung und für Behandlungsentscheidungen von Bedeutung ist. Dieser Wert wird daher auch für die Risikoadjustierung des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) herangezogen. Wird für mehr als 5 % der Fälle eine Atemfrequenz von ≥ 30 Atemzügen pro Minute dokumentiert, wird ein Leistungserbringer rechnerisch auffällig. Das Ergebnis des Auffälligkeitskriteriums sollte möglichst gering sein.

Das Bundesergebnis ist im Auswertungsjahr 2025 erneut gesunken (Tabelle 18). Zu den 34 rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2024 wurden 24 Stellungnahmen mit Leistungserbringern geführt, wovon 17 mit der Bewertung als qualitativ unauffällig abgeschlossen wurden, da eine korrekte Dokumentation bestätigt werden konnte (U60). Bei 5 der 6 als qualitativ auffällig eingestuften rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A70).

Tabelle 19: AK 851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	12,92 % O = 2.335 N = 18.079	14,33 % O = 2.803 N = 19.561	**14,06 %** **O = 2.755** **N = 19.590**
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 1.168 0,86 %	5 von 1.155 0,43 %	**5 von 1.135** **0,44 %** **(Refbereich: ≤ 50,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 10 (20,00 %)	**1 / 5** **(20,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 1.168 (0,17 %)	**1 / 1.155** **(0,09 %)**	n. a.

Wird ein Therapieverzicht aufgrund einer palliativen Therapiezielsetzung in über 50 % der Fälle im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert, kann dies ein Hinweis auf Fehldokumentationen sein. Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus den Prozessindikatoren zur frühen antibiotischen Therapie nach Aufnahme (ID 2009), zur Frühmobilisation nach Aufnahme (ID 2013) und zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ID 2028) sowie aus dem Sterblichkeitsindikator (ID 50778) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend relevanten Einfluss auf die Einrichtungsergebnisse haben. Die Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums sollten möglichst niedrig sein.

Nach einem Anstieg im Auswertungsjahr 2024 liegt das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2025 wieder etwas niedriger, jedoch noch deutlich höher als im Auswertungsjahr 2023 (Tabelle 19). Das Ergebnis eines Leistungserbringers ist rechnerisch auffällig, wenn über 4 Fälle im Nenner vorliegen und zu über der Hälfte der Fälle (Referenzbereich ≥ 50 %) ein Therapieverzicht kurz vor Versterben dokumentiert wurde. Es gab im Auswertungsjahr 2025, genau wie im Auswertungsjahr 2024, 5 Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis. 3 Stellungnahmeverfahren wurden geführt und bei einem Leistungserbringer wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt und das Ergebnis folglich als qualitativ auffällig eingestuft.

Tabelle 20: AK 850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	101,32 % O = 271.548 N = 268.013	101,11 % O = 334.062 N = 330.404	**100,69 %** **O = 390.971** **N = 388.275**
rechnerische Auffälligkeiten	16 von 1.348 1,19 %	19 von 1.314 1,45 %	**15 von 1.294** **1,16 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 16 (43,75 %)	**13 / 19** **(68,42 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	7 / 1.348 (0,52 %)	**13 / 1.314** **(0,99 %)**	n. a.

Tabelle 21: AK 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	101,32 % O = 271.548 N = 268.013	101,11 % O = 334.062 N = 330.404	**100,69 %** **O = 390.971** **N = 388.275**
rechnerische Auffälligkeiten	36 von 1.348 2,67 %	11 von 1.314 0,84 %	**7 von 1.294** **0,54 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	27 / 36 (75,00 %)	**5 / 11 (45,45 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	27 / 1.348 (2,00 %)	**5 / 1.314 (0,38 %)**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien 850101 und 850102 zielen darauf ab, eine mögliche Unter- bzw. Überdokumentation abzubilden. Die Dokumentationsrate wird ermittelt, indem die Anzahl der Fälle, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird.

Eine Unter- oder Überdokumentation kann Auswirkung auf Ebene der Indikatorenergebnisse haben, daher sollte das Ergebnis der Auffälligkeitskriterien möglichst über 95 % bzw. unter 110 % liegen. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens können mögliche Ursachen für eine Unterdokumentation identifiziert und Optimierungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Die Bundesergebnisse beider Auffälligkeitskriterien liegen bei 100,69 %. Dieses Ergebnis zeigt, dass bundesweit keine Über- oder Unterdokumentation von systemischer Relevanz vorhanden ist. Die rechnerischen Auffälligkeiten sind im Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation vom Auswertungsjahr 2023 zum Auswertungsjahr 2024 deutlich zurückgegangen und haben sich im Auswertungsjahr 2025 noch einmal verringert. Die Anzahl der qualitativ auffälligen Ergebnisse liegt nach 27 im Auswertungsjahr 2023 bei 5 im Auswertungsjahr 2024. Bei 9 geführten Stellungnahmeverfahren wurde insgesamt 3-mal die Bewertung „S99 – Sonstiges“ mit der Angabe von Softwareproblemen begründet.

Im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation zeigt sich eine gegenteilige Entwicklung: Die Zahl der qualitativ auffälligen Ergebnisse hat sich im Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 von 7 auf 13 erhöht. Auch in diesem Auffälligkeitskriterium wurden in den Begründungen der LAG zur Bewertung „S99- Sonstiges“ Softwareprobleme genannt.

Tabelle 22: AK 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,10 % O = 263 N = 268.013	0,12 % O = 413 N = 330.404	**0,13 %** **O = 487** **N = 388.275**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 1.348 0,37 %	5 von 1.314 0,38 %	**7 von 1.294** **0,54 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 (20,00 %)	**1 / 5** **(20,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 1.348 (0,07 %)	**1 / 1.314** **(0,08 %)**	n. a.

Bei fälschlich ausgelösten Sekundärbehandlungen von bereits austherapierten Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbenen Pneumonien kann der MDS angelegt werden. Gemeint sind Patientinnen und Patienten, die in eine Reha-Einrichtung verlegt wurden, in welcher dann die Diagnose (der zu dem Zeitpunkt bereits ausgeheilten) Pneumonie als Hauptdiagnose angegeben wurde.

Diese Fälle werden im Verfahren nicht betrachtet und mittels des Auffälligkeitskriteriums 850229 wird geprüft, ob eine unplausible Anzahl an Minimaldatensätzen angegeben wurde. Der Referenzbereich liegt bei ≤ 5,00 % und die Ergebnisse zum AJ 2024 zeigen, dass genau wie im AJ 2023 5 Leistungserbringer über 5 % ihrer Datensätze als MDS angegeben haben. Es wurden bei 5 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern 4 Stellungnahmeverfahren geführt, wovon bei einem Leistungserbringer die fehlerhafte Dokumentation bestätigt und das Ergebnis als qualitativ auffällig gewertet wurde. Bei den als qualitativ unauffällig eingestuften Leistungserbringern wurden einmal Kodierfehler angegeben, und zu den anderen beiden Leistungserbringern liegen dem IQTIG keine weiteren Informationen vor. Im Auswertungsjahr 2025 gibt es 7 rechnerisch auffällige Leistungserbringer, dies entspricht 0,54 %. Das Bundesergebnis liegt damit leicht über dem der beiden Vorjahre (AJ 2023: 0,37 %, AJ 2024: 0,38 %). Aufgrund der stark gestiegenen Anzahl in der Grundgesamtheit (plus ca. 60.000 Fälle) geht das IQTIG nicht von einem qualitativen Defizit aus.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7.867	-	7.798	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.867	100,00	7.798	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1.216	15,46	1.134	14,54
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1.216	100,00	1.134	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1.216	100,00	1.134	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	303	24,92	380	33,51
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	913	75,08	754	66,49
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	913	100,00	754	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	0,77	13	1,72
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	0,77	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	451	37,09	298	26,28
Bewertung als qualitativ auffällig	305	25,08	297	26,19
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	124	10,20	132	11,64
Sonstiges	33	2,71	27	2,38

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	144	n. a.	127	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS CAP* hat sich die Anzahl der Indikatorenergebnisse von 7.867 im Auswertungsjahr 2023 zu 7.798 im Auswertungsjahr 2024 nicht wesentlich verändert. Der Anteil rechnerisch auffälliger Indikatorenergebnisse ist im Vergleich leicht gesunken – von 15,46 % auf 14,54 %. Eine Bewertung als qualitativ unauffällig wurde deutlich weniger vergeben als im Vorjahr (- 9 %). Gleichzeitig hat sich der Anteil der Bewertung als qualitativ auffällig nicht erhöht, dafür aber die Anzahl der nicht eingeleiteten Stellungnahmeverfahren (AJ 2023: rund 25 %, AJ 2024: rund 34 %). Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass sie bei Einzelfällen oder nur geringen Abweichungen vom Referenzbereich auf die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens verzichtet haben.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der wegen schwerwiegenden Dokumentationsfehlern nicht abschließend bewertbaren rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnisse erhöht. Auf das gesamte Verfahren bezogen stieg der Anteil von 10,20 % auf 11,64 %. Bei einzelnen Qualitätsindikatoren hat diese Bewertung bis zu 25 % (Indikator 2005) zugenommen.

Die Einstufung „qualitativ auffällig“ wurde im Auswertungsjahr 2024 in etwa gleich häufig wie im Auswertungsjahr 2023 vergeben. Hierin wurden vor allem Struktur- und Prozessmängel (A71) als Begründungen angegeben. Am häufigsten (97-mal) wurde diese Bewertung bei Ergebnissen im Indikator „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) vorgenommen. Vor allem eine fehlende Atemfrequenzmessung sowie verschiedene Dokumentationsprobleme und Struktur- bzw. Prozessmängel wurden als Begründung für das Ergebnis von den LAG an das IQTIG übermittelt. Weiterhin wurden im Indikator „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 50722) 82 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Dieses Ergebnis harmoniert mit den Angaben zur fehlenden Atemfrequenzmessung bei Entlassung als Teil der Messung der klinischen Stabilitätskriterien.

Es wurde insgesamt 127-mal die Maßnahmenstufe 1 initiiert. Mit jeweils 26 Ergebnissen waren am häufigsten die Indikatoren „Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) und „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) davon betroffen. Im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen in Bezug auf Dokumentationsprobleme werden über alle Indikatoren hinweg Schulungen zur Dokumentation, zu den Ein- und Ausschlusskriterien des Verfahrens oder zur Kodierung empfohlen. Die Anmerkungen der LAG im Qualitätssicherungsbericht (QSEB) zeigen hinsichtlich struktureller Probleme bei den betroffenen Leistungserbringern ein vielfältiges Bild. Zum Teil wurden Atemfrequenzmessungen nicht durchgeführt, Antibiosen verzögert verabreicht, keine leitliniengerechte Frühmobilisation durchgeführt oder es

erfolgte keine Messung bzw. Dokumentation der klinischen Stabilitätskriterien. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Maßnahmenstufe 2 wurden nicht eingeleitet.

Das Stellungnahmeverfahren wurde bei rechnerischer Auffälligkeit in ca. 1/3 der Fälle nicht eingeleitet. Begründet wurde dies über alle Qualitätsindikatoren hinweg mit Einzelfällen, einer nur geringen Abweichung vom Referenzwert, einer erstmaligen Abweichung oder mit statistischen, methodischen oder inhaltlichen Gründen. Der Anteil der Bewertung „qualitativ unauffällig" ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich zurückgegangen (-11 Prozentpunkte, Tabelle 23), wobei der Rückgang dieser Bewertung in jedem Qualitätsindikator zu verzeichnen ist (vgl. Bundesqualitätsbericht zum Auswertungsjahr 2024, Tabelle 10). Innerhalb dieser Kategorie wurden Auswertungsjahr 2024 vor allem Einzelfälle (U62) oder vereinzelte Dokumentationsprobleme ohne Hinweise auf Einschränkung der medizinischen Qualität (U63) genannt.

Innerhalb der geführten Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern lag der Anteil der Ergebnisse, bei denen eine Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht möglich war (D80), bei 3 Indikatoren über 20 % (ID 2013: 21,2 %; ID 50772: 22,16 %; ID 50778: 22,22 %) und bei einem Indikator sogar über 30 % (ID 2005: 36 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist diese Bewertung vor allem im Indikator 2005 (+ 25 %) und dem Indikator 2013 (+ 10 %) deutlich häufiger vergeben wurden. Den Begründungen ist zu entnehmen, dass Unklarheiten sowohl bezüglich des zeitlichen Aspekts der Dokumentation (z. B. Erfassung der Stabilitätskriterien auch vor Entlassung) als auch im Prozess in Bezug auf die Übertragung der Informationen in den QS-Bogen bestehen. Aus den Rückmeldungen der LAG geht außerdem hervor, dass Indikatorenergebnisse bei wiederholter Auffälligkeit in Bezug auf die Dokumentation zukünftig als qualitativ auffällig eingestuft würden.

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CAP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
313	192	132	150	41	21

Der Anteil von Leistungserbringern mit mehr als 2 rechnerischen Auffälligkeiten ist im Vergleich zu anderen QS-Verfahren relativ hoch. Gleichzeitig sind die rechnerischen Auffälligkeiten der Prozessindikatoren vor dem Hintergrund der in der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeauftragung festgestellten Einschränkungen der Eignungskriterien der Indikatoren eingeschränkt valide. Allerdings werden relativ viele Indikatorenergebnisse im Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern als qualitativ auffällig bewertet. Auch der Anteil an Leistungserbringern mit mehreren qualitativen Auffälligkeiten ist vergleichsweise hoch. Dies wertet das IQTIG als Hinweis darauf, dass weiterhin ein Verbesserungspotenzial in Bezug auf die Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie besteht. Aufgrund der methodischen Einschränkungen der Prozessindikatoren kann dieses Defizit jedoch nicht ausreichend gut gemessen werden. Dieses Verbesserungspotenzial wird künftig über einen sozialdatenbasierten Indikator zur Sterblichkeit adressiert.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	7.852	100,00	7.753	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	109	1,39	83	1,07
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	109	100,00	83	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	25	22,94	17	20,48
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	84	77,06	66	79,52
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	84	100,00	66	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	35	32,11	30	36,14
Bewertung als qualitativ auffällig	44	40,37	30	36,14
Sonstiges	5	4,59	6	7,23
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	8	n. a.	3	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Insgesamt ist im Verfahren *QS CAP* die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse bei den Auffälligkeitskriterien und auch der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren geringer als im Vorjahr. Die Bewertungen „qualitativ auffällig" und „qualitativ unauffällig" sind jeweils gleich häufig vergeben worden (36,14 %). Nicht eingeleitete Stellungnahmeverfahren wurden vor allem damit begründet,

dass die entsprechende Einrichtung geschlossen ist oder dass es sich um eine erstmalige geringfügige Abweichung handelt. Als Begründungen für Bewertungen als qualitativ auffällig wurden nicht vorgelegte Stellungnahmen trotz wiederholter Aufforderung genannt. Die meisten (n = 12) qualitativ auffälligen Ergebnisse gab es im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850101)

In 6 Fällen wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertung „Sonstiges" abgeschlossen Diese Bewertung wurde vorrangig mit Software- oder IT-Problemen begründet.

Qualitativ unauffällige Ergebnisse wurden vor allem mit einer bestätigten korrekten Dokumentation (U60) sowie in einem Fall mit einer Fehlkodierung von Minimaldatensätzen begründet.

In 3 Fällen wurden Maßnahmen der Stufe 1 zur Verbesserung des festgestellten Defizits initiiert. 2 davon betrifft das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation und ein Ergebnis bezieht sich auf das Auffälligkeitskriterium „Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben". Die Maßnahmen bestehen in Zielvereinbarungen zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials.

Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht eingeleitet.

Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – CAP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
77	3	0	28	1	0

Leistungserbringer mit einer rechnerischen oder qualitativen Auffälligkeit in Auffälligkeitskriterien haben in der Regel keine mehrfachen Auffälligkeiten. Die meisten Auffälligkeiten sowohl rechnerisch als auch qualitativ liegen im Auffälligkeitskriterium „Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei ‚spontane Atemfrequenz bei Aufnahme'" (ID 811826) vor.

4 Evaluation

Die im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung festgestellten Einschränkungen der Eignungskriterien bei der Mehrheit der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen resultierte in der Entscheidung des G-BA, das Verfahren im Erfassungsjahr 2026 auszusetzen und ab dem Erfassungsjahr 2027 ausschließlich mit dem sozialdatenbasierten Qualitätsindikator zur Sterblichkeit fortzusetzen. In den Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 zeigten sich bei den prozessbezogenen Qualitätsindikatoren häufig schwerwiegende Dokumentationsprobleme, die eine Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten seitens der LAG nicht möglich machten. Bei einigen Qualitätsindikatoren lag der Anteil dieser Bewertung bei über 20 %. Dieses Ergebnis korrespondiert mit den festgestellten Einschränkungen der Eignungskriterien. So wurde zum Beispiel im Rahmen der Evaluationsbefragung zurückgemeldet, dass die Definition der Bettlägerigkeit zu ungenau sei.

Die Anzahl der insgesamt übermittelten Fälle im Verfahren *QS CAP* ist erneut stark gestiegen. Diese Gesamtfallzahl bleibt auch zukünftig für den Indikator zur Sterblichkeit relevant. Daher wurden im Rahmen der Sitzung mit dem Expertengremium auf Bundesebene mögliche Hintergründe diskutiert. Ein Teil lässt sich mit dem deutlichen Anstieg von grippeassoziierten Pneumonien sowie von Mykoplasmen-Pneumonien erklären. Ein weiterer Aspekt, der zum Fallzahlanstieg beigetragen hat, ist nach Einschätzung des Expertengremiums – wie im Vorjahr – durch die Änderungen an den Diagnosekodes (U-Kodes der ICD) bedingt. Infolge der Anpassung wird ein nicht bestimmbarer Anteil nosokomialer Pneumonien im Verfahren eingeschlossen. Dass die Indikatorenergebnisse dennoch auf einem hohen Niveau liegen, ist ein Hinweis darauf, dass die abgefragten Prozesse unabhängig von der Art der Pneumonie gut in die Klinikprozesse implementiert sind.

Das Verfahren *QS CAP* soll qualitätsrelevante Aspekte zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts messen, vergleichend darstellen und bewerten. Die 6 Qualitätsindikatoren verfolgen die in der DeQS-RL aufgeführten Verfahrensziele:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Verringerung der Sterblichkeit

Eine Herausforderung wird die Entwicklung der Risikoadjustierung auf Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen sein, da sich die bisher verwendeten Risikofaktoren, die mittels Datenfeldern im QS-Bogen abgefragt wurden, nicht eins zu eins in eindeutige ICD-Kodes übersetzen lassen und Kodes, die nicht abrechnungsrelevant sind, aber für die Risikoadjustierung eine Rolle spielen, nicht zuverlässig kodiert werden. Im Rahmen des Expertengremiums auf Bundesebene wurden einzelne Ideen zur Umsetzung diskutiert. Darunter fiel zum Beispiel die Erfassung der Bettlägerigkeit mittels Abrechnungskodes zur palliativen Komplexbehandlung. Außerdem betonte das Expertengremium auf Bundesebene, dass vor allem ohne die Informationen aus den Prozessindikatoren die Hintergründe für die Ergebnisse oder auch mögliche Schwankungen in den Ergebnissen des Sterblichkeitsindikators schwierig zu verstehen seien.

5 Ausblick

Das Verfahren *QS CAP* wird nach Beschluss des G-BA zum Erfassungsjahr 2026 ausgesetzt. Zum Erfassungsjahr 2027 wird das Verfahren mit einem Qualitätsindikator, der die Sterblichkeit erfassen soll, basierend auf Sozialdaten bei den Krankenkassen wiedereingeführt. Hintergrund für diesen Beschluss war zum einen die Prüfung zur Reduktion des Aufwandes und zum anderen die Ergebnisse der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung, bei welcher das gesamte Indikatorenset hinsichtlich seiner Eignung für die Qualitätssicherung anhand definierter Kriterien (Eignungskriterien) geprüft wurde. Die Prozessindikatoren erfüllten einige Eignungskriterien nicht, sodass die Datenqualität im Verfahren *QS CAP* maßgebliche Einschränkungen aufweist und das IQTIG folglich die Abschaffung dieser Indikatoren empfohlen hatte. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahren soll es auch zukünftig möglich sein, die Gründe der auffälligen Ergebnisse im Indikator zur Sterblichkeit ermitteln zu können, sodass die Ziele des QS-Verfahrens zur Verbesserung der Prozessqualität und zur Verringerung der Sterblichkeit weiterhin adressiert werden können. Im Mai 2025 wurde das IQTIG mit der hierfür notwendigen Sozialdatenspezifikation beauftragt, die im Januar 2026 an den G-BA übermittelt werden wird.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

CAP:
Ambulant erworbene Pneumonie

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Ambulant erworbene Pneumonie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 8

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 10

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 12

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 12

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 12

2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) 15

2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) 18

Details zu den Ergebnissen 21

2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme 22

Details zu den Ergebnissen 25

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 27

Details zu den Ergebnissen 30

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 31

Details zu den Ergebnissen 34

2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 35

Details zu den Ergebnissen 38

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus 39

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 39

231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert) 43

Details zu den Ergebnissen 45

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme 50

Details zu den Ergebnissen 53

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 54

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 54

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit 54

811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ 56

851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben 58

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 60

850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 60

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 62

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 64

Basisauswertung 66

Basisdokumentation 66

Patientin und Patient 66

Altersverteilung und Geschlecht 68

Aufnahme 69

CRB-65-Score 71

Verlauf 74

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 75

Entlassung 77

Sterblichkeit 80

Einleitung

Bei einer Lungenentzündung (Pneumonie) kann sowohl nach der Art des Krankheitserregers unterschieden werden als auch danach, ob sich die Patientin oder der Patient außerhalb des Krankenhauses (ambulant) oder aber während eines Krankenhausaufenthalts (nosokomial) infiziert hat. Die ambulant erworbene Pneumonie (Community Acquired Pneumonia, CAP) ist eine der häufigsten durch eine Infektion bedingten Todesursachen in Deutschland. Eine erhöhte Sterblichkeit kann durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein.

Um die Versorgungsqualität zu messen und ggf. Schritte zu ihrer Verbesserung einzuleiten, gehört die Pneumonie seit dem Jahr 2005 zu den dokumentationspflichtigen Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung. In Deutschland werden jährlich mehr als eine Viertelmillion Fälle von Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie stationär behandelt. Bei ca. 13 % dieser stationären Fälle versterben die behandelten Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthalts.

Die Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Ambulant erworbene Pneumonie beziehen sich auf die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung von notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf die Sterblichkeit im Krankenhaus.

Weiterführende Informationen
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CAP, wie beispielsweise die endgültigen Rechenregeln mit ausführlichen Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-cap/.
- Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen können Sie zusätzlich unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ einsehen.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen, sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das QS-Verfahren QS CAP erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	390.971 390.484 487	388.275	100,69
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.293		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.304	1.294	100,77
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	1.087	1.080	100,65

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CAP finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-cap/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Nicht definiert	98,92 % O = 386.268 N = 390.484
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	98,98 % O = 369.852 N = 373.675
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	97,66 % O = 16.416 N = 16.809
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	Nicht definiert	94,05 % O = 275.223 N = 292.636
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	Nicht definiert	93,18 % O = 170.721 N = 183.209
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Nicht definiert	96,90 % O = 285.683 N = 294.808
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Transparenzkennzahl	98,43 % O = 280.971 N = 285.464

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	0,88 O/E = 19.496 / 22.186,79 N = 340.975
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	Transparenzkennzahl	13,16 % O = 51.407 N = 390.484
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	Nicht definiert	97,01 % O = 371.511 N = 382.969

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit[1]	≤ 20,00 %	4,48 % 12.744 / 284.625	0,39 % 5 / 1.287
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“[2]	≤ 16,39 % (97. Perzentil)	6,54 % 22.029 / 337.055	2,67 % 34 / 1.273
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben[3]	≤ 50,00 %	14,06 % 2.755 / 19.590	0,44 % 5 / 1.135

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,69 % 390.971 / 388.275	1,16 % 15 / 1.294
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,69 % 390.971 / 388.275	0,54 % 7 / 1.294
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,13 % 487 / 388.275	0,54 % 7 / 1.294

[1] Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf Qualitätsindikatoren dessen Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt sind. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.

[2] Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf Qualitätsindikatoren dessen Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt sind. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.

[3] Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf Qualitätsindikatoren dessen Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt sind. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

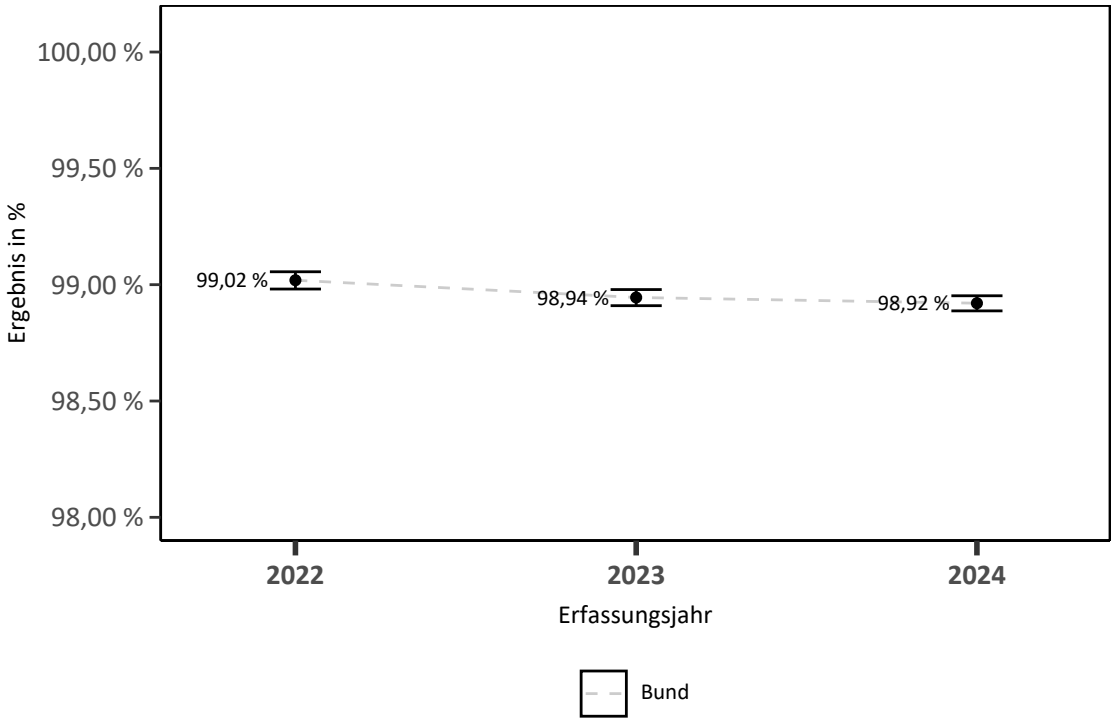
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

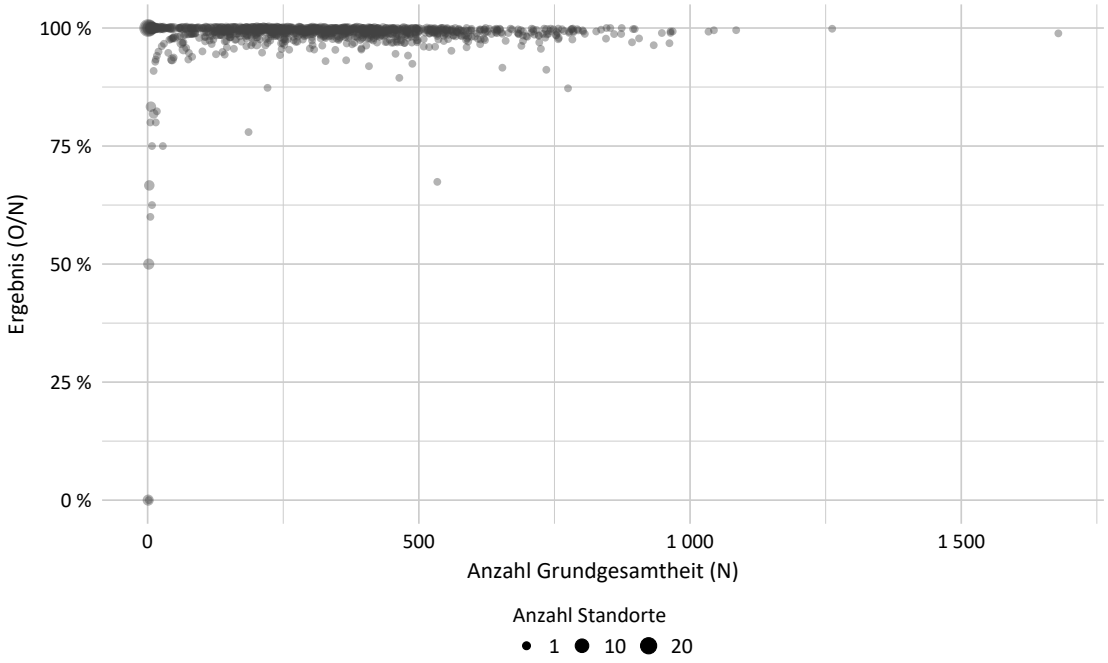
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	268.624 / 271.285	99,02	98,98 - 99,06
	2023	330.129 / 333.649	98,94	98,91 - 98,98
	2024	386.268 / 390.484	98,92	98,89 - 98,95

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.293	0	0,00	100,00	99,56

2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)

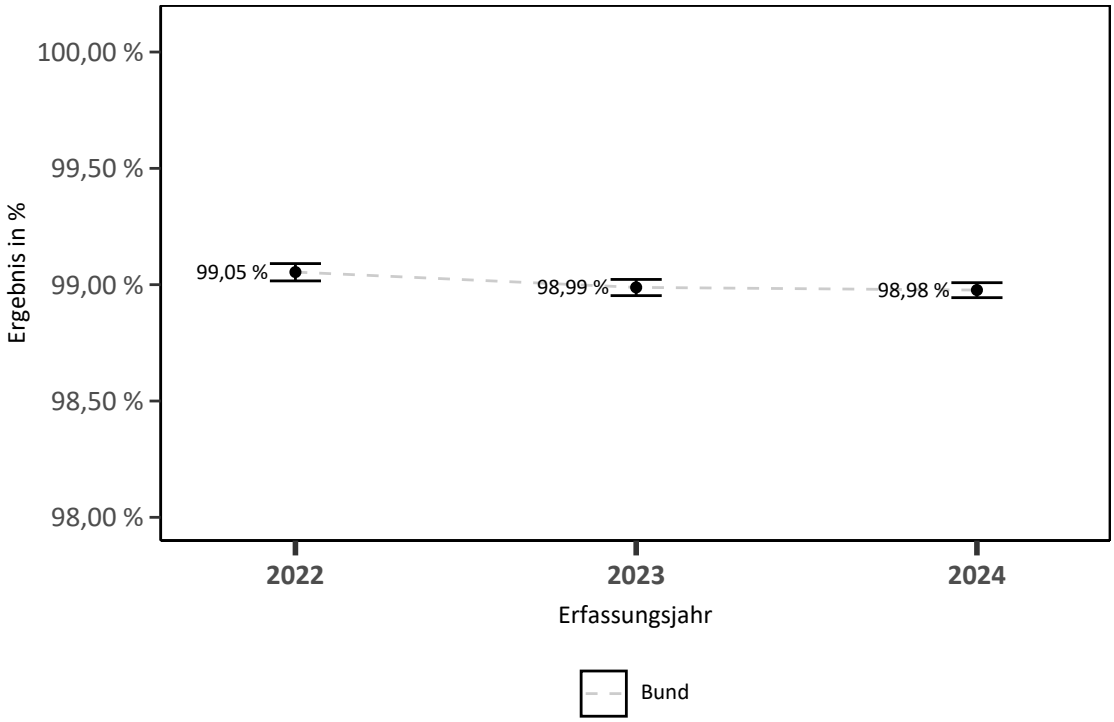
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

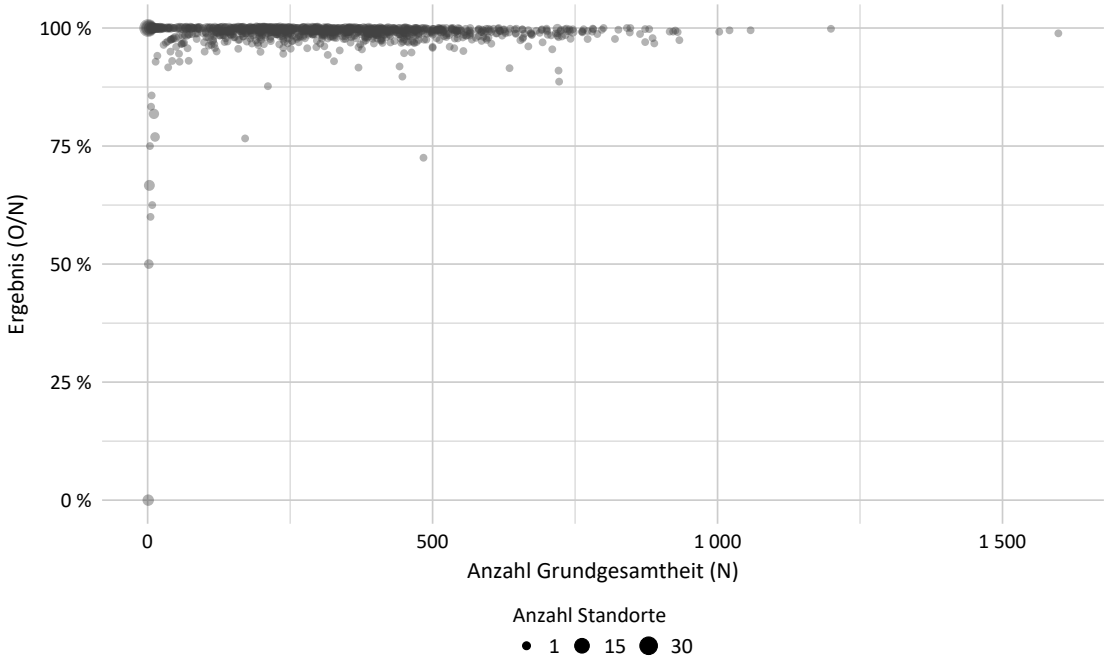
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	257.959 / 260.422	99,05	99,02 - 99,09
	2023	314.675 / 317.891	98,99	98,95 - 99,02
	2024	369.852 / 373.675	98,98	98,94 - 99,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.266	0	0,00	100,00	99,57

2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)

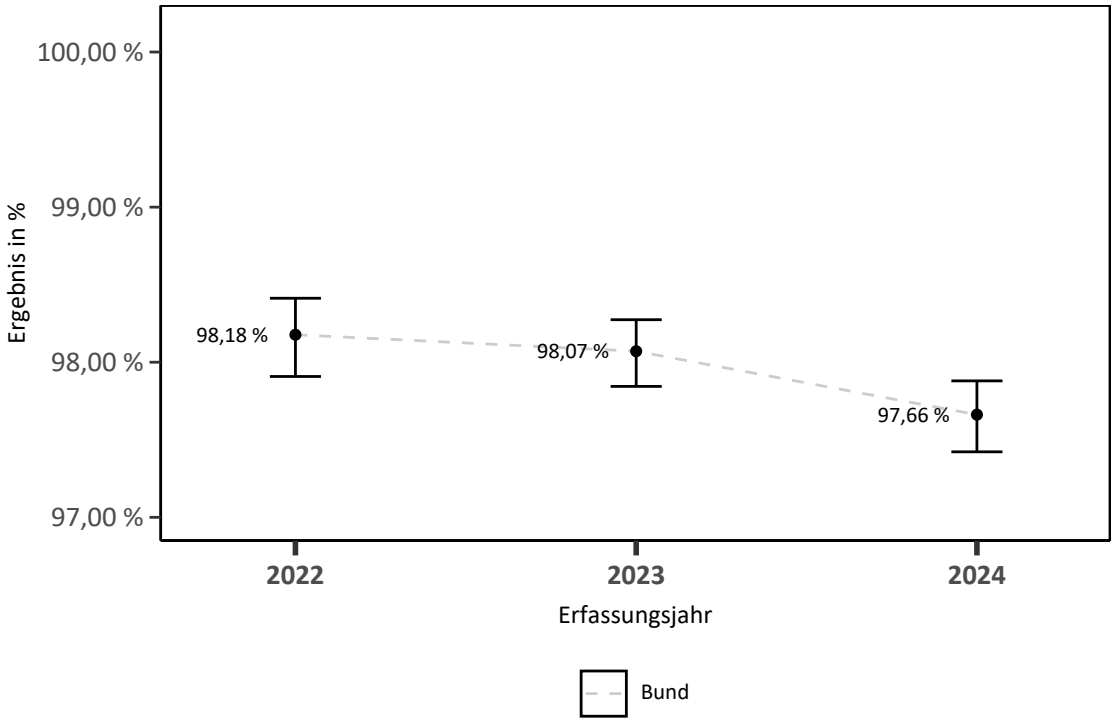
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

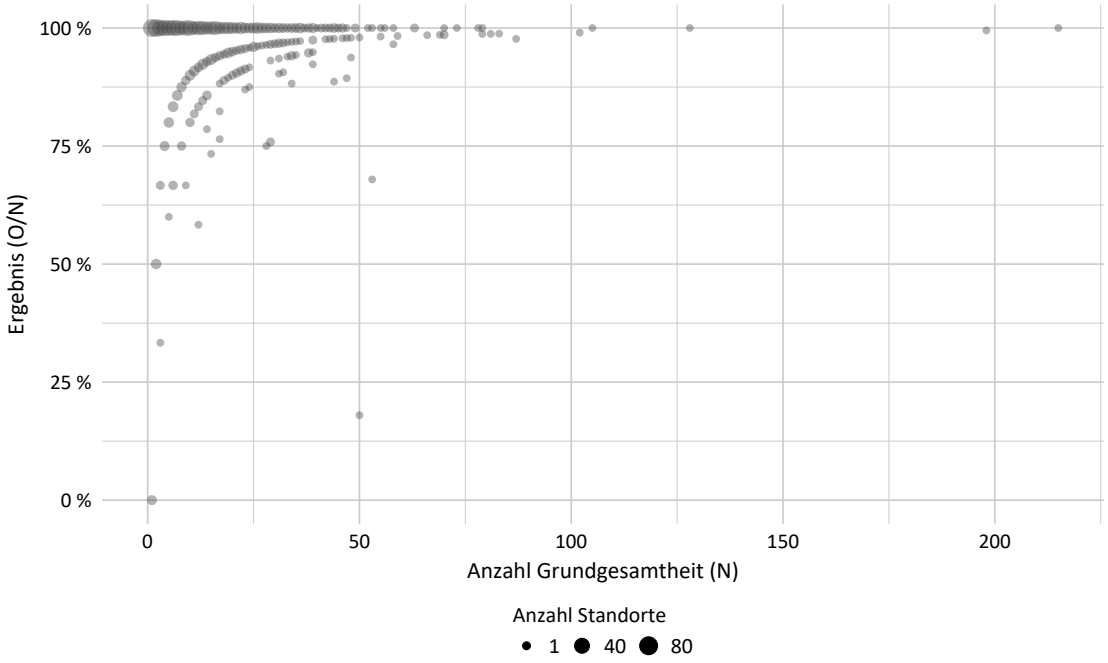
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	10.665 / 10.863	98,18	97,91 - 98,41
	2023	15.454 / 15.758	98,07	97,84 - 98,27
	2024	16.416 / 16.809	97,66	97,42 - 97,88

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.193	0	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 2005** **Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde**	98,92 % 386.268/390.484
1.1.1	**ID: 2006** **Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus**	98,98 % 369.852/373.675
1.1.2	**ID: 2007** **Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus**	97,66 % 16.416/16.809

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 232000_2005 Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde (ohne COVID-19-Fälle)	98,91 % 350.583/354.462
1.2.1	ID: 232001_2006 Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	98,96 % 336.207/339.726
1.2.2	ID: 232002_2007 Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	97,56 % 14.376/14.736

2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme

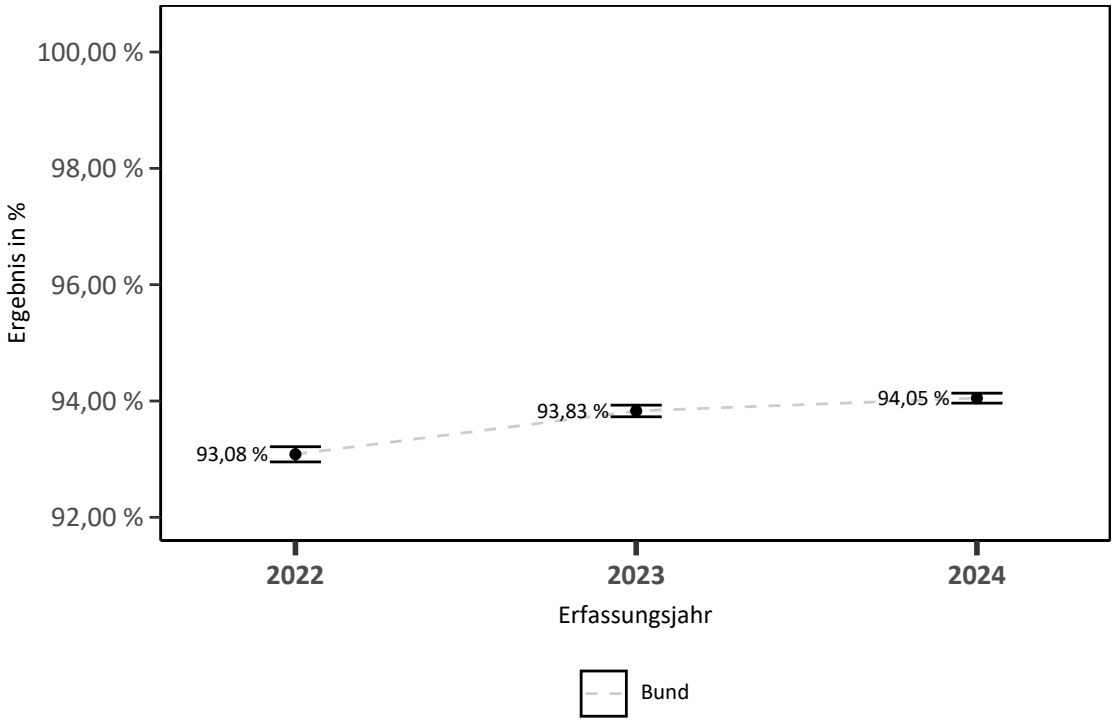
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose
Zähler	Patientinnen und Patienten mit antibiotischer Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

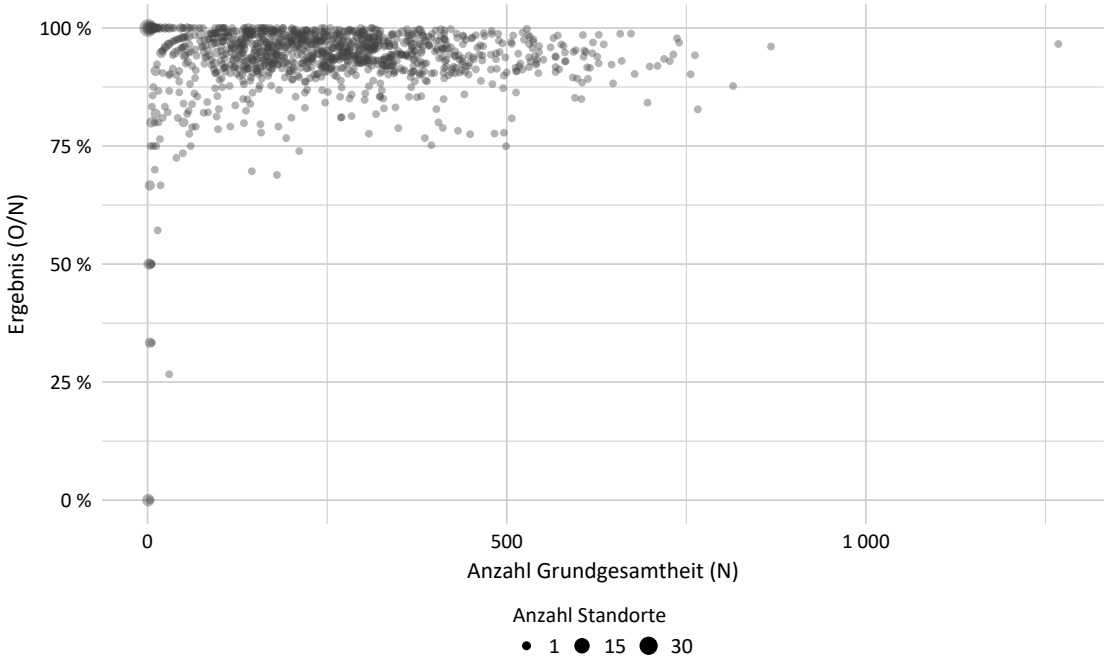
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	135.629 / 145.705	93,08	92,95 - 93,21
	2023	207.243 / 220.872	93,83	93,73 - 93,93
	2024	275.223 / 292.636	94,05	93,96 - 94,13

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.259	0	0,00	100,00	95,29

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 23_22000 Alle Patientinnen und Patienten (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 310.268/310.268
2.1.1	ID: 23_22001 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie	93,81 % 291.065/310.268
2.1.1.1	ID: 23_22002 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	94,02 % 76.802/81.689
2.1.1.2	ID: 23_22003 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	93,66 % 202.512/216.220
2.1.1.3	ID: 23_22004 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,08 % 11.751/12.359
2.1.2	ID: 23_22005 Ohne antibiotische Therapie	1,62 % 5.032/310.268

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 23_22006 Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose)	100,00 % 292.636/292.636
2.2.1	**ID: 2009** **Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie**	94,05 % 275.223/292.636
2.2.1.1	ID: 23_22007 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	94,27 % 73.608/78.080
2.2.1.2	ID: 23_22008 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	93,90 % 191.620/204.073
2.2.1.3	ID: 23_22009 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,34 % 9.995/10.483
2.2.2	ID: 232003_2009 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie (inkl. COVID-19-Fälle)	93,98 % 282.041/300.107
2.2.3	ID: 23_22010 Ohne antibiotischeTherapie	1,40 % 4.089/292.636

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 23_22011 Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 12.347/12.347
2.3.1	ID: 23_22012 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie	93,53 % 11.548/12.347
2.3.2	ID: 23_22013 Ohne antibiotische Therapie	2,50 % 309/12.347

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

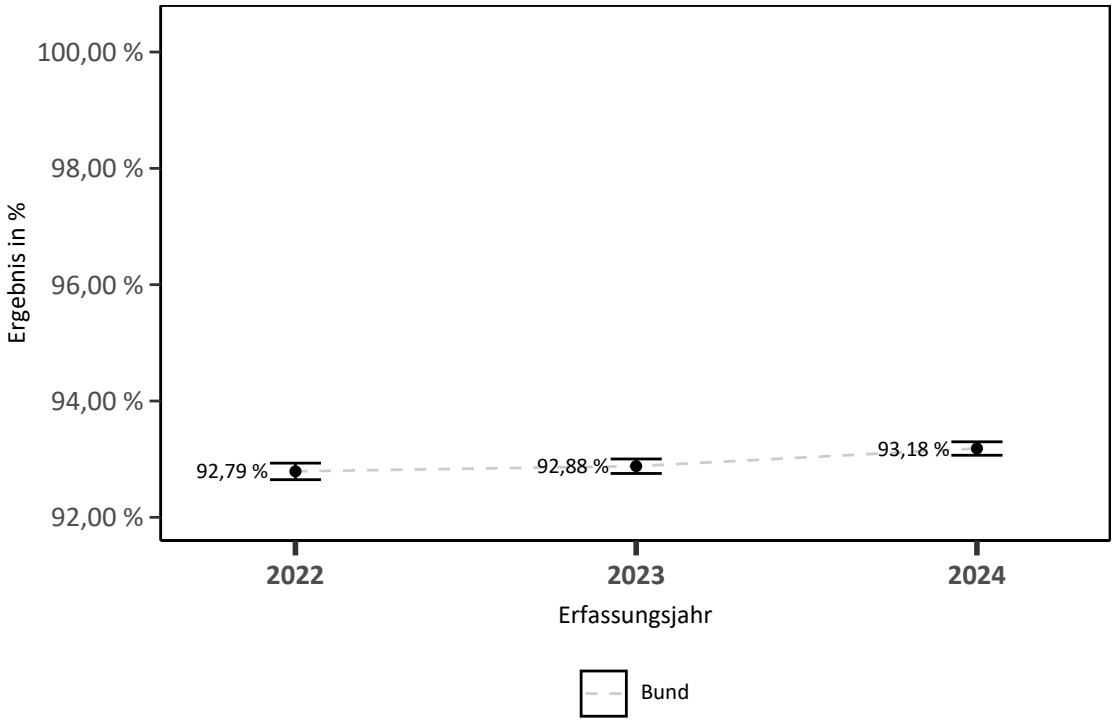
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne palliative Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

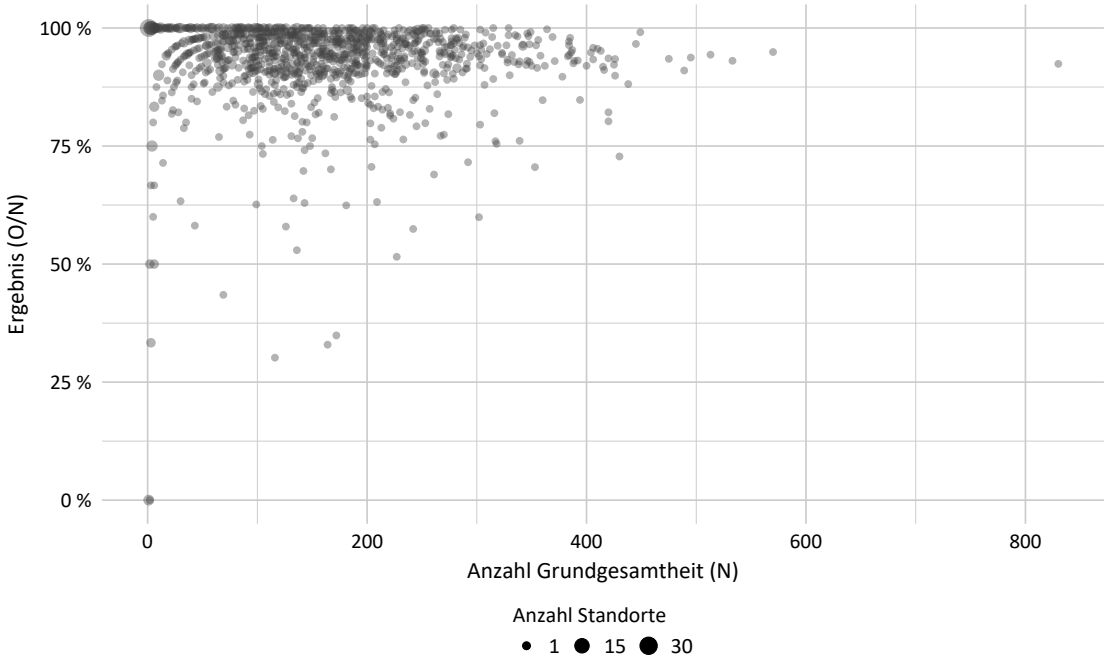
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	117.888 / 127.047	92,79	92,65 - 92,93
	2023	151.953 / 163.602	92,88	92,75 - 93,00
	2024	170.721 / 183.209	93,18	93,07 - 93,30

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.252	0	0,00	100,00	95,54

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 23_22016 Alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde[4]	93,86 % 244.214/260.187
3.1.1	ID: 23_22017 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 Index punkte nach CRB-65-Index)	96,28 % 70.281/72.996
3.1.2	**ID: 2013** **Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score)**	93,18 % 170.721/183.209
3.1.3	ID: 232004_2013 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score) (ohne COVID-19-Fälle)	93,35 % 153.187/164.100
3.1.4	ID: 23_22018 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 Index punkte nach CRB-65-Score)	80,66 % 3.212/3.982

[4] Ausschluss von Patienten, die maschinell beatmet oder chronisch bettlägerig sind, verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung.

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

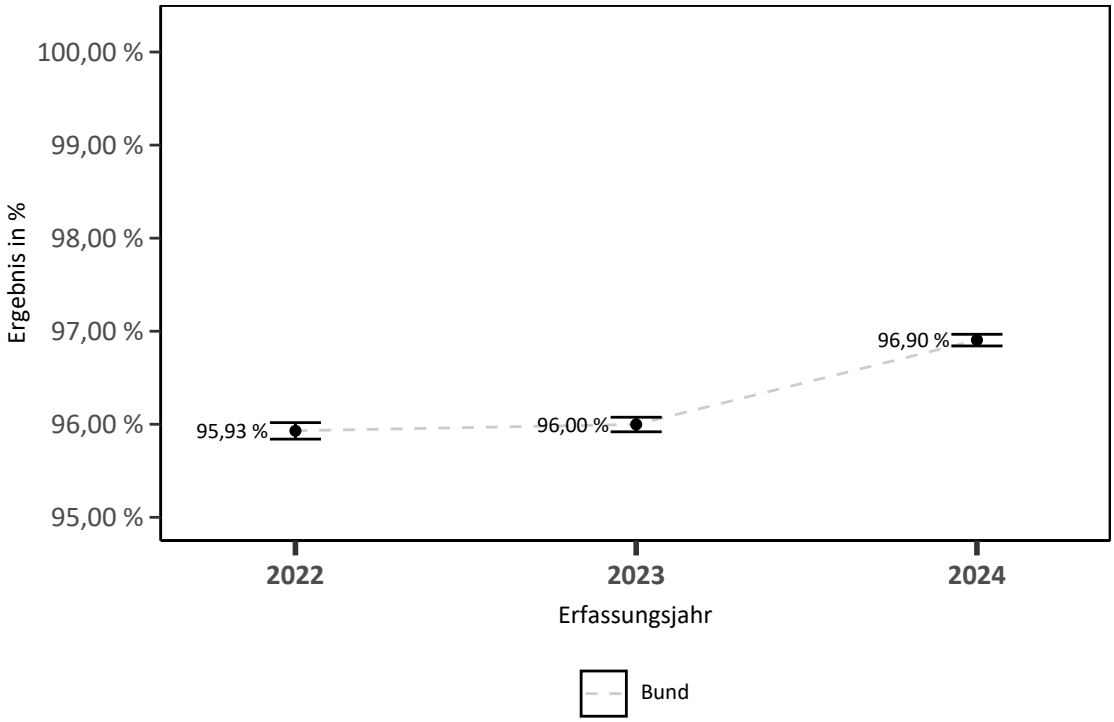
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

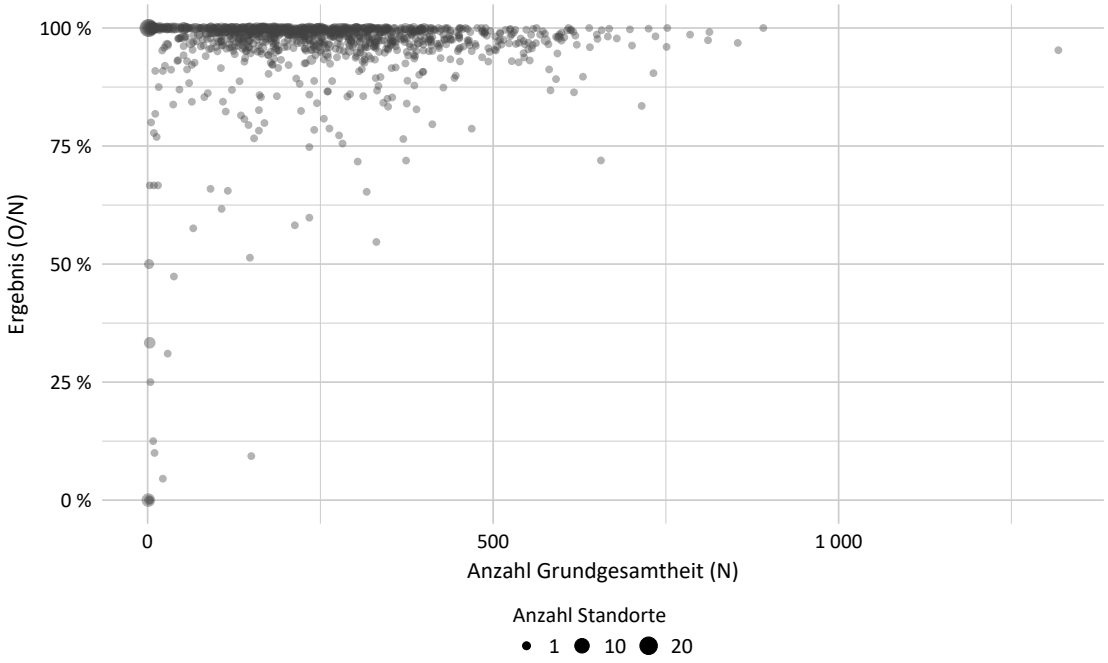
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	182.621 / 190.369	95,93	95,84 - 96,02
	2023	231.557 / 241.210	96,00	95,92 - 96,08
	2024	285.683 / 294.808	96,90	96,84 - 96,97

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.263	0	0,00	100,00	99,06

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	
4.1.1	**ID: 2028** **Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt**	96,90 % 285.683/294.808
4.1.2	ID: 232005_2028 Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt (ohne COVID-19-Fälle)	96,88 % 260.544/268.933
4.1.3	ID: 23_22019 Orientierung/Desorientierung untersucht	100,00 % 294.808/294.808
4.1.4	ID: 23_22020 Nahrungsaufnahme untersucht	100,00 % 294.808/294.808
4.1.5	ID: 23_22021 Spontane Atemfrequenz gemessen oder nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	97,17 % 286.455/294.808
4.1.6	ID: 23_22022 Herzfrequenz gemessen	99,88 % 294.441/294.808
4.1.7	ID: 23_22023 Temperatur gemessen	99,89 % 294.474/294.808
4.1.8	ID: 23_22024 Sauerstoffsättigung gemessen	99,54 % 293.460/294.808
4.1.9	ID: 23_22025 Blutdruck gemessen	99,87 % 294.431/294.808

2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

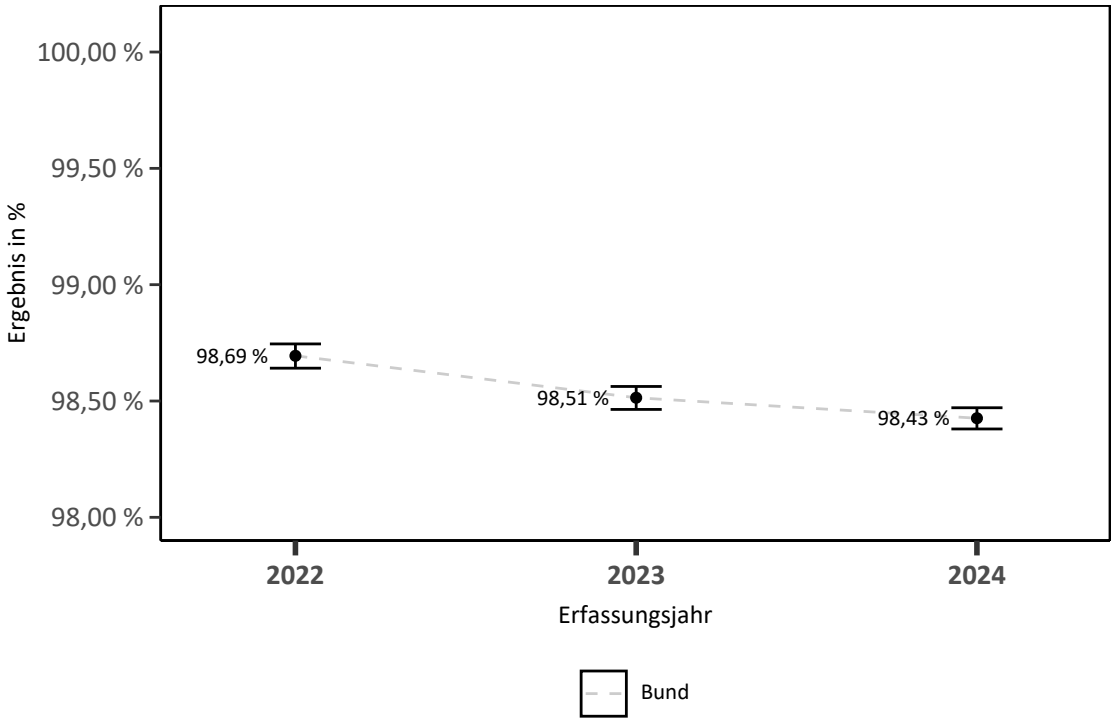
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen UND vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

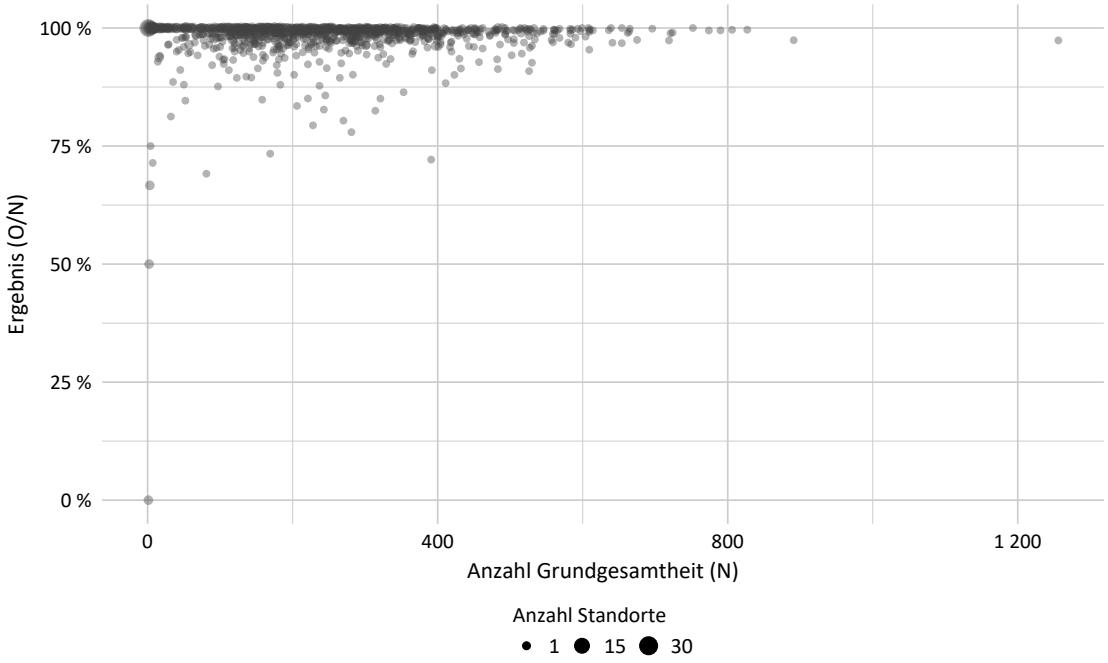
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	180.042 / 182.424	98,69	98,64 - 98,75
	2023	227.855 / 231.292	98,51	98,46 - 98,56
	2024	280.971 / 285.464	98,43	98,38 - 98,47

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.252	0	0,00	100,00	99,55

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 2036** **Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit vollständiger Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung**	98,43 % 280.971/285.464
5.1.1	ID: 23_22026 Keine pneumoniebedingte Desorientierung	99,27 % 283.370/285.464
5.1.2	ID: 23_22027 Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	96,78 % 276.282/285.464
5.1.3	ID: 23_22028 Spontane Atemfrequenz ≤ 24 Atemzüge pro Minute	98,02 % 279.814/285.464
5.1.4	ID: 23_22029 Herzfrequenz ≤ 100 Herzschläge pro Minute	97,73 % 278.982/285.464
5.1.5	ID: 23_22030 Temperatur ≤ 37,8 °C	98,74 % 281.864/285.464
5.1.6	ID: 23_22031 Sauerstoffsättigung ≥ 90 %	98,12 % 280.105/285.464
5.1.7	ID: 23_22032 Systolischer Blutdruck ≥ 90 mmHg	99,09 % 282.858/285.464

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	ID: 232006_2036 Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit vollständiger Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	98,43 % 256.255/260.338

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für ID 50778
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Alter (linear bis 100) Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung Chronische Bettlägerigkeit Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme Desorientierung bei Aufnahme, pneumoniebedingt Desorientierung bei Aufnahme, nicht pneumoniebedingt Desorientierung bei Aufnahme nicht beurteilbar Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 7 und 17) Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (quadratisch zwischen 7 und 17) Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 17 und 43) Mittlerer arterieller Blutdruck bei Aufnahme (linear zwischen 30 und 100) Differenz zwischen Blutdruck systolisch und Blutdruck diastolisch bei Aufnahme (linear bis 60) Bösartige Tumorerkrankungen Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen & andere Herzerkrankungen chronische Lungenerkrankung chronische Magen-Darm- oder Lebererkrankungen chronische rheumatische Erkrankungen chronische zerebrovaskuläre oder neurologische Erkrankung
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

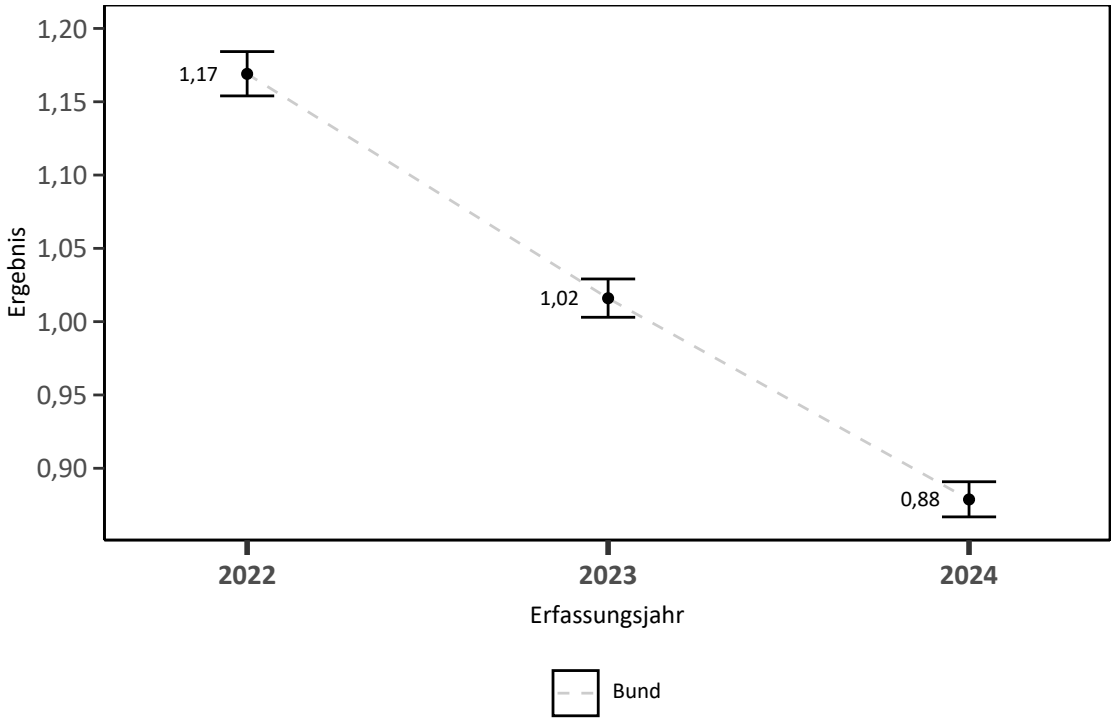
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	230.113	20.927 / 17.901,26	1,17	1,15 - 1,18
	2023	285.505	21.461 / 21.123,67	1,02	1,00 - 1,03
	2024	340.975	19.496 / 22.186,79	0,88	0,87 - 0,89

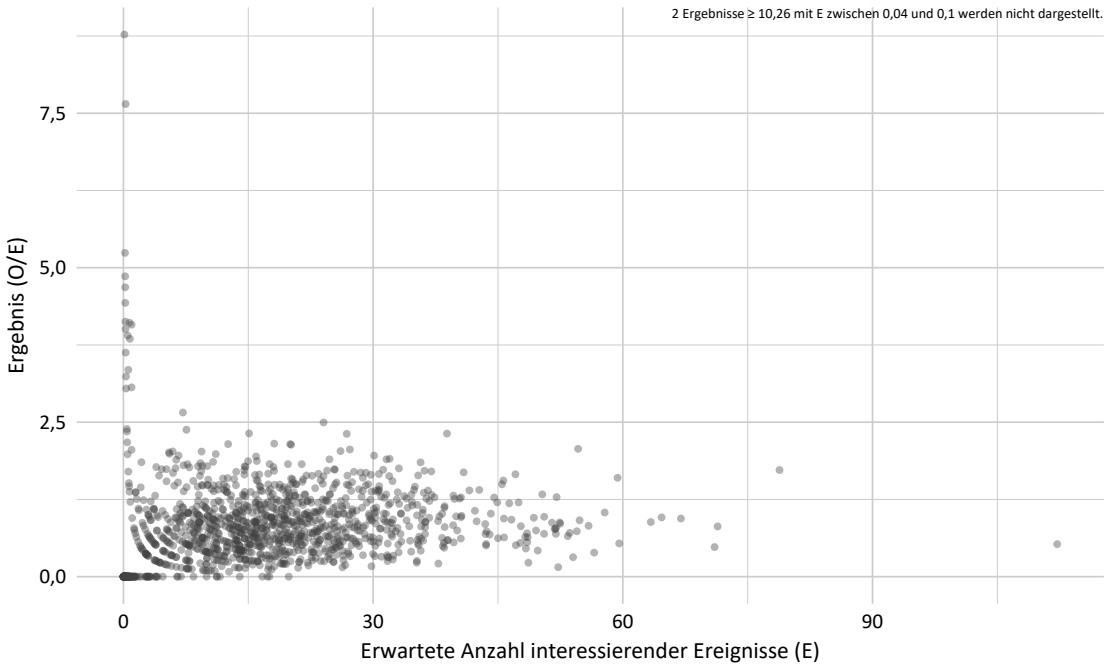
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



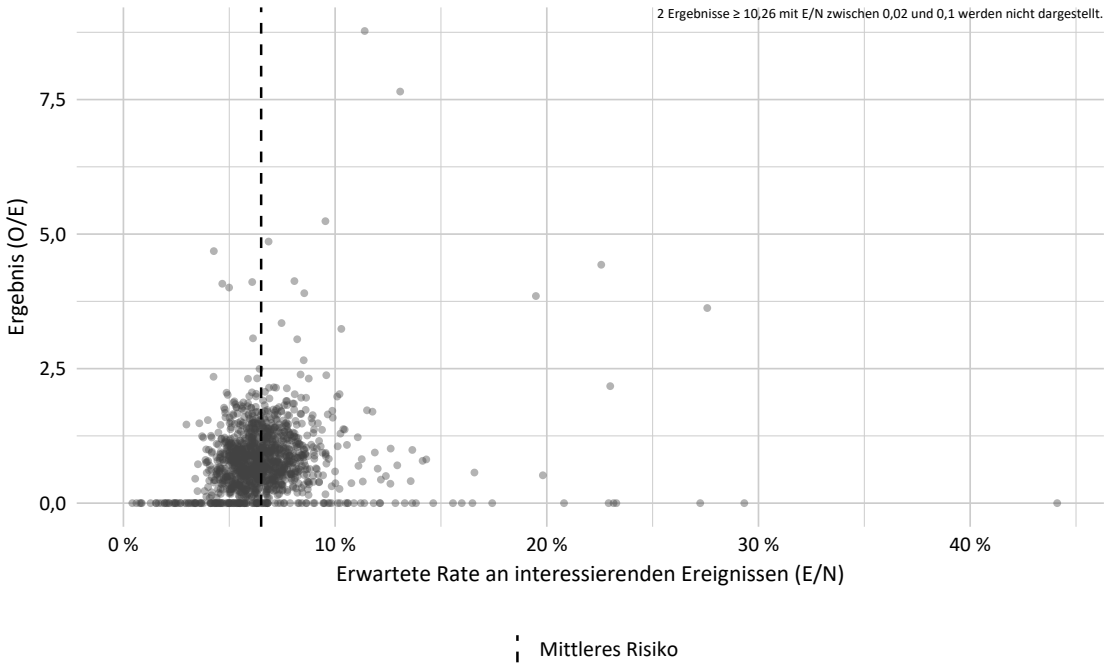
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.289	0	0,00	24,43	0,75

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

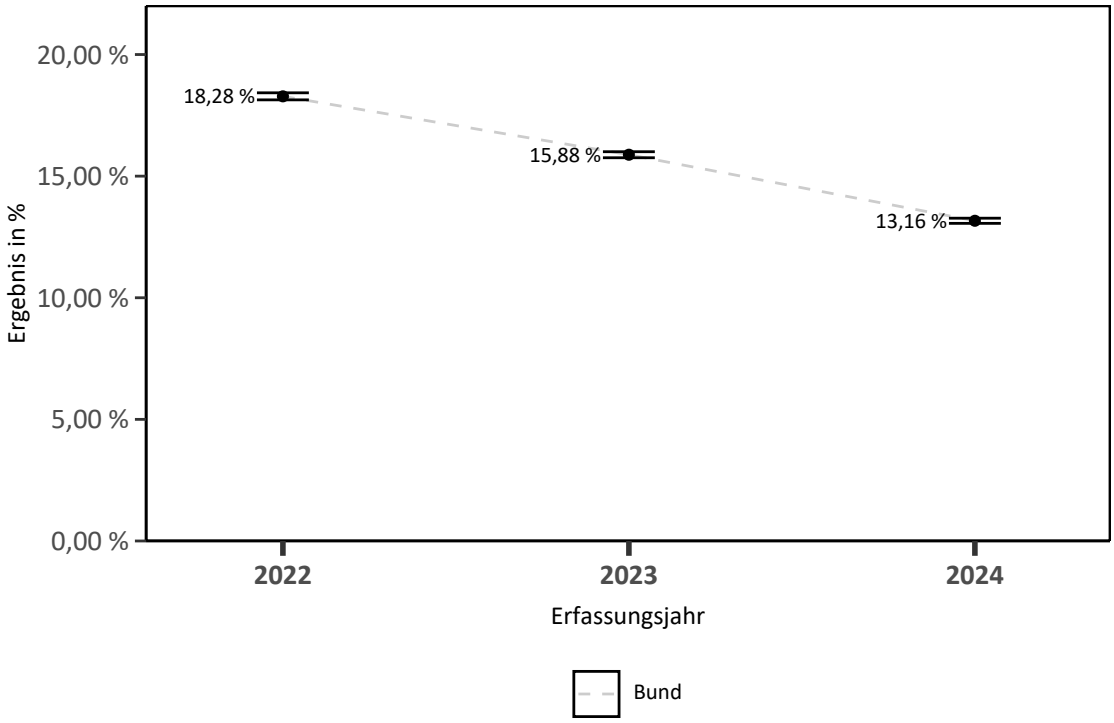
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

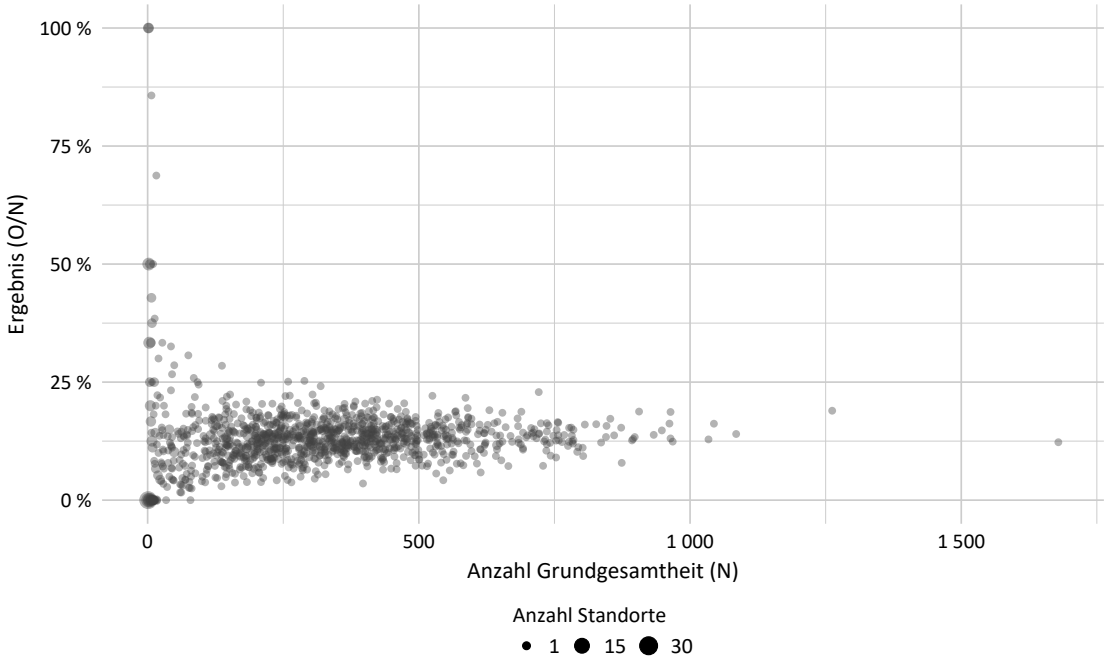
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	49.593 / 271.285	18,28	18,14 - 18,43
	2023	52.984 / 333.649	15,88	15,76 - 16,00
	2024	51.407 / 390.484	13,16	13,06 - 13,27

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.293	0	0,00	100,00	12,69

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 23_22033 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung (inkl. COVID-19-Fälle)	5,72 % 19.496/340.975
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[5]	
6.1.1.1	ID: O_50778 O/N (observed, beobachtet)	5,72 % 19.496/340.975
6.1.1.2	ID: E_50778 E/N (expected, erwartet)	6,51 % 22.186,79/340.975
6.1.1.3	**ID: 50778** **O/E**	0,88

[5] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 23_22035 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung (ohne COVID-19-Fälle)	5,53 % 17.155/310.268
6.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[6]	
6.2.1.1	ID: O_232007_50778 O/N (observed, beobachtet)	5,53 % 17.155/310.268
6.2.1.2	ID: E_232007_50778 E/N (expected, erwartet)	6,19 % 19.207,56/310.268
6.2.1.3	ID: 232007_50778 O/E (ohne COVID-19-Fälle)	0,89

[6] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	ID: 23_22036 COVID-19-Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	7,62 % 2.341/30.707
6.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[7]	
6.3.1.1	ID: O_232010_50778 O/N (observed, beobachtet)	7,62 % 2.341/30.707
6.3.1.2	ID: E_232010_50778 E/N (expected, erwartet)	9,70 % 2.979,23/30.707

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3.1.3	ID: 232010_50778 O/E (nur COVID-19-Fälle)	0,79

[7] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.4	ID: 23_22037 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 1 (0 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle)	2,13 % 1.858/87.223
6.4.1	ID: 23_22038 ohne palliative Therapiezielsetzung	0,99 % 843/85.423
6.4.2	ID: 23_22039 mit palliativer Therapiezielsetzung	56,39 % 1.015/1.800

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.5	ID: 23_22040 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 2 (1 bis 2 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle)	14,48 % 40.900/282.521
6.5.1	ID: 23_22041 ohne palliative Therapiezielsetzung	6,47 % 15.648/241.770
6.5.2	ID: 23_22042 mit palliativer Therapiezielsetzung	61,97 % 25.252/40.751

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.6	ID: 23_22043 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 3 (3 bis 4 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle)	41,70 % 8.649/20.740
6.6.1	ID: 23_22044 ohne palliative Therapiezielsetzung	21,80 % 3.005/13.782
6.6.2	ID: 23_22045 mit palliativer Therapiezielsetzung	81,12 % 5.644/6.958

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7	ID: 23_22046 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (inkl. COVID-19-Fälle)	13,16 % 51.407/390.483

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7.1	ID: 23_22047 18 - 19 Jahre	0,77 % 18/2.335
6.7.2	ID: 23_22048 20 - 29 Jahre	0,80 % 91/11.445
6.7.3	ID: 23_22049 30 - 39 Jahre	1,23 % 217/17.596
6.7.4	ID: 23_22050 40 - 49 Jahre	2,38 % 478/20.081
6.7.5	ID: 23_22051 50 - 59 Jahre	5,55 % 1.707/30.756
6.7.6	ID: 23_22052 60 - 69 Jahre	8,78 % 5.308/60.458
6.7.7	ID: 23_22053 70 - 79 Jahre	12,92 % 10.819/83.750
6.7.8	ID: 23_22054 80 - 89 Jahre	18,65 % 23.834/127.773
6.7.9	ID: 23_22055 ≥ 90 Jahre	24,62 % 8.935/36.289

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8	ID: 23_22056 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (inkl. COVID-19-Fälle)	100,00 % 51.407/51.407
6.8.1	ID: 23_22057 18 - 19 Jahre	0,04 % 18/51.407
6.8.2	ID: 23_22058 20 - 29 Jahre	0,18 % 91/51.407
6.8.3	ID: 23_22059 30 - 39 Jahre	0,42 % 217/51.407
6.8.4	ID: 23_22060 40 - 49 Jahre	0,93 % 478/51.407
6.8.5	ID: 23_22061 50 - 59 Jahre	3,32 % 1.707/51.407
6.8.6	ID: 23_22062 60 - 69 Jahre	10,33 % 5.308/51.407
6.8.7	ID: 23_22063 70 - 79 Jahre	21,05 % 10.819/51.407
6.8.8	ID: 23_22064 80 - 89 Jahre	46,36 % 23.834/51.407

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8.9	ID: 23_22065 ≥ 90 Jahre	17,38 % 8.935/51.407

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.9	ID: 23_22066 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung) (inkl. COVID-19-Fälle)	5,72 % 19.496/340.974
6.9.1	ID: 23_22067 18 - 19 Jahre	0,34 % 8/2.321
6.9.2	ID: 23_22068 20 - 29 Jahre	0,34 % 39/11.354
6.9.3	ID: 23_22069 30 - 39 Jahre	0,65 % 113/17.427
6.9.4	ID: 23_22070 40 - 49 Jahre	1,26 % 249/19.730
6.9.5	ID: 23_22071 50 - 59 Jahre	2,64 % 773/29.304
6.9.6	ID: 23_22072 60 - 69 Jahre	4,10 % 2.291/55.878
6.9.7	ID: 23_22073 70 - 79 Jahre	5,96 % 4.427/74.227
6.9.8	ID: 23_22074 80 - 89 Jahre	8,22 % 8.561/104.158
6.9.9	ID: 23_22075 ≥ 90 Jahre	11,42 % 3.035/26.575

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10	ID: 23_22076 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung) (inkl. COVID-19-Fälle)	100,00 % 19.496/19.496
6.10.1	ID: 23_22077 18 - 19 Jahre	0,04 % 8/19.496
6.10.2	ID: 23_22078 20 - 29 Jahre	0,20 % 39/19.496
6.10.3	ID: 23_22079 30 - 39 Jahre	0,58 % 113/19.496

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10.4	ID: 23_22080 40 - 49 Jahre	1,28 % 249/19.496
6.10.5	ID: 23_22081 50 - 59 Jahre	3,96 % 773/19.496
6.10.6	ID: 23_22082 60 - 69 Jahre	11,75 % 2.291/19.496
6.10.7	ID: 23_22083 70 - 79 Jahre	22,71 % 4.427/19.496
6.10.8	ID: 23_22084 80 - 89 Jahre	43,91 % 8.561/19.496
6.10.9	ID: 23_22085 ≥ 90 Jahre	15,57 % 3.035/19.496

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.11	**ID: 231900** **Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)**	13,16 % 51.407/390.484

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.12	ID: 232008_231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	12,81 % 45.407/354.462

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

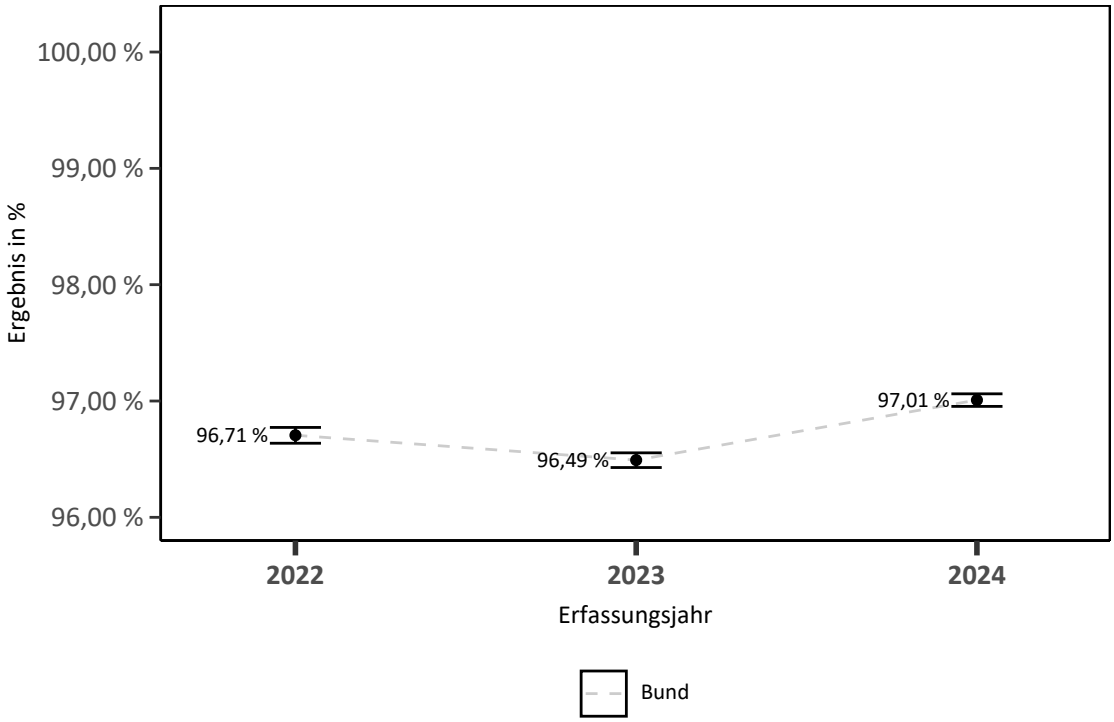
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

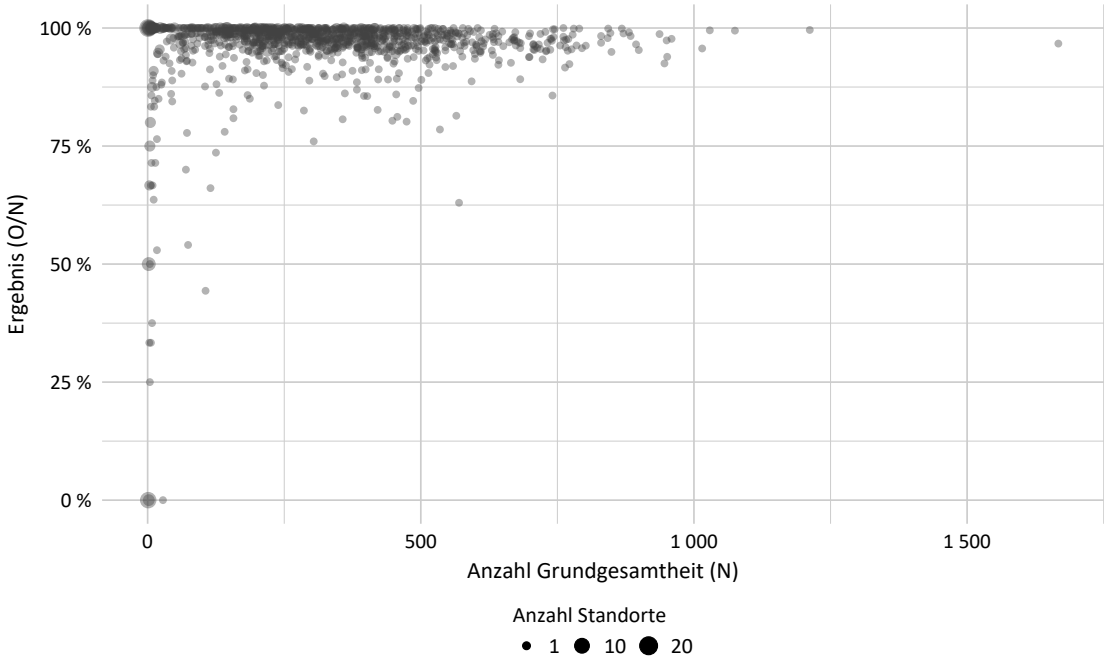
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	256.324 / 265.056	96,71	96,64 - 96,77
	2023	315.019 / 326.472	96,49	96,43 - 96,55
	2024	371.511 / 382.969	97,01	96,95 - 97,06

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.293	0	0,00	100,00	98,25

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	**ID: 50722** **Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**	97,01 % 371.511/382.969

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 232009_50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	96,98 % 337.055/347.537

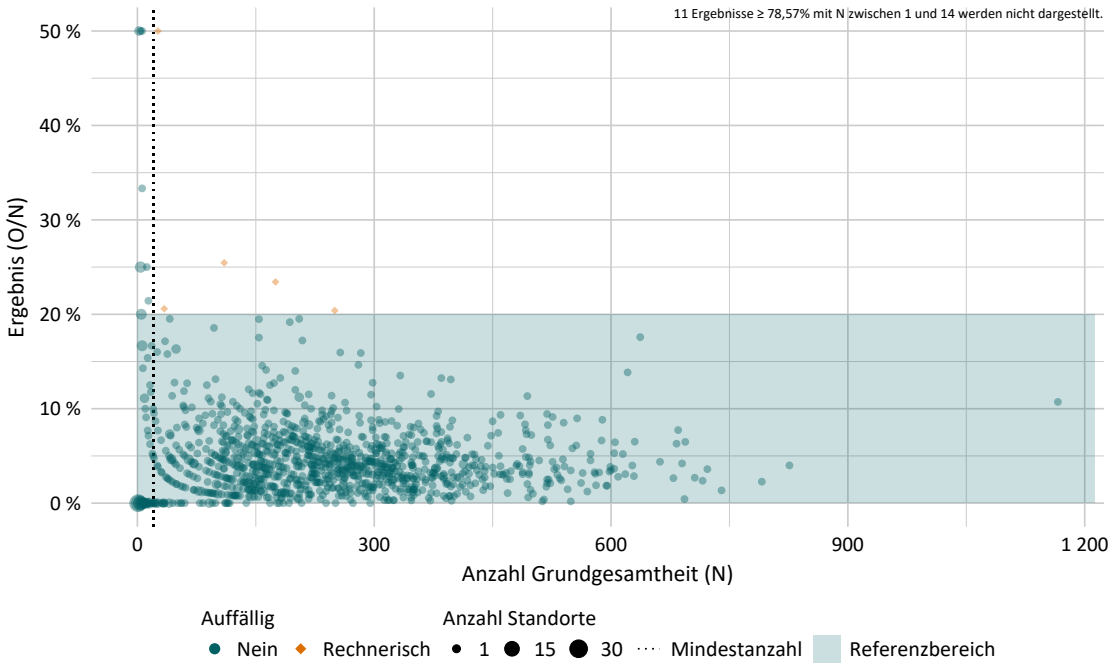
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe chronischer Bettlägerigkeit ist u. a. für den QI 2013 zur Frühmobilisation relevant. Ein Ausschluss von Fällen aus diesem QI sollte nur in berechtigten Konstellationen vorkommen. **Hypothese** Überdokumentation/Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung unter Ausschluss von Fällen mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Fälle mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.287	5	0,00	100,00	3,85

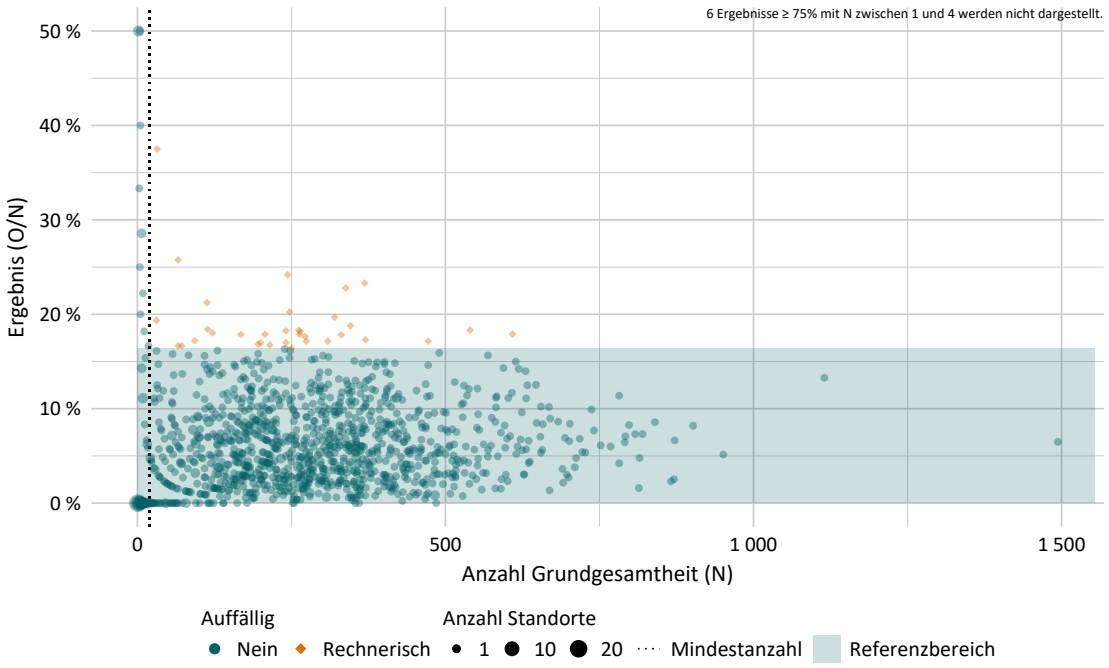
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	12.744 / 284.625	4,48	0,39 % 5 / 1.287

811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Atemfrequenz ist u. a. für die Risikoadjustierung des QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus relevant. Eine häufig dokumentierte Atemfrequenz von > 30 wird als unplausibel betrachtet. **Hypothese** Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 232007_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) 232010_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 232004_2013: Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme 232009_50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme unter Ausschluss von Fällen mit COVID-19
Zähler	Fälle mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute
Referenzbereich	≤ 16,39 % (97. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.273	34	0,00	100,00	5,34

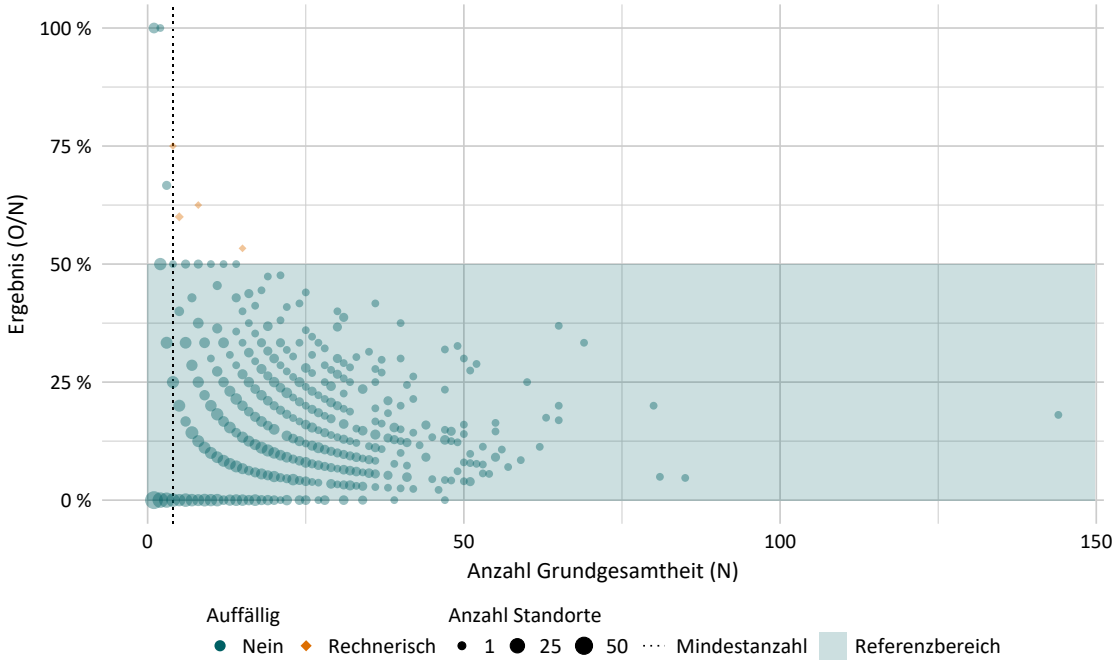
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	22.029 / 337.055	6,54	2,67 % 34 / 1.273

851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus drei Prozessindikatoren (2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus), 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2), 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung) und dem Sterblichkeitsindikator (50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend eine große Auswirkung auf Einrichtungsergebnisse haben. **Hypothese** Wenn sehr häufig ein Therapieverzicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war
Zähler	Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum
Referenzbereich	≤ 50,00 %
Mindestanzahl Nenner	4
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.135	5	0,00	100,00	10,71

Detailergebnisse

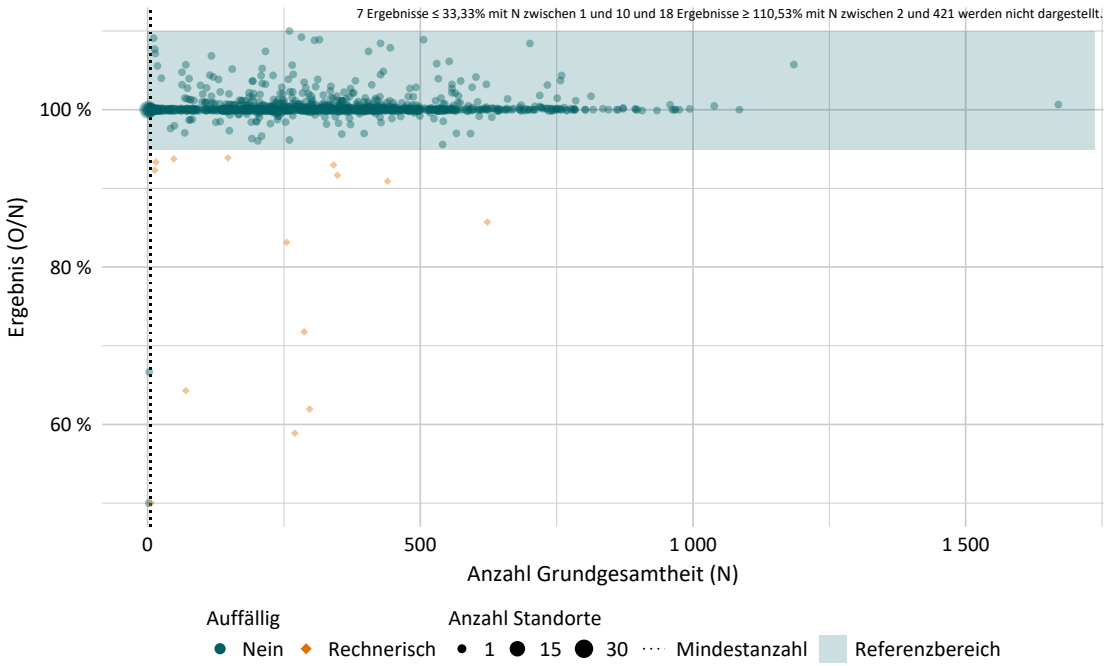
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.755 / 19.590	14,06	0,44 % 5 / 1.135

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.294	15	0,00	150,00	100,00

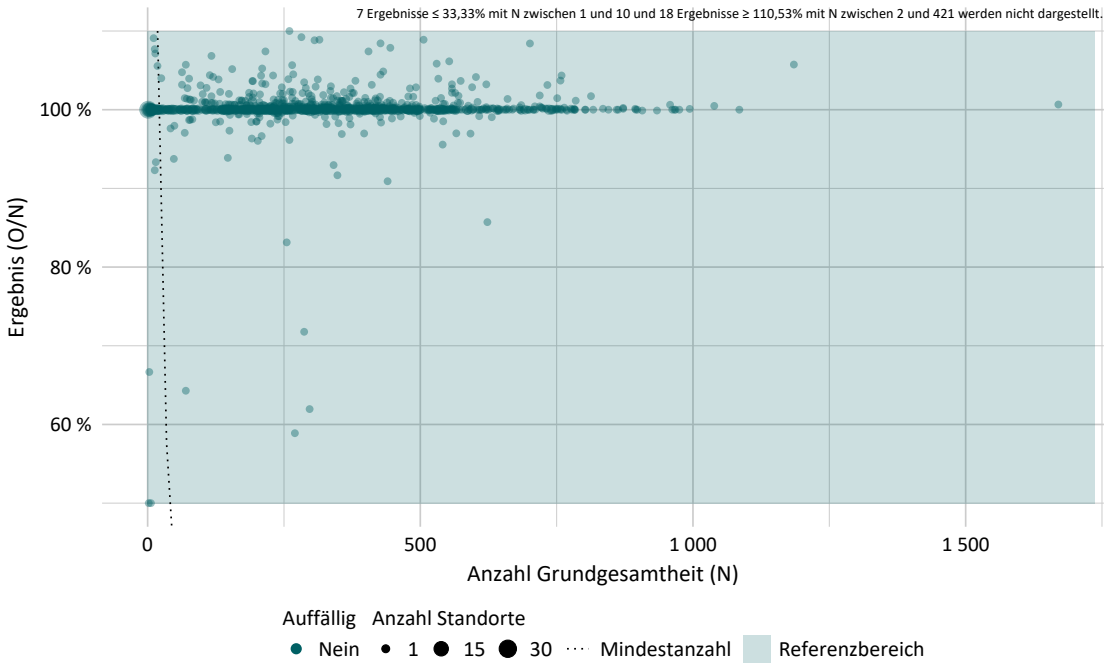
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	390.971 / 388.275	100,69	1,16 % 15 / 1.294

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.294	7	0,00	150,00	100,00

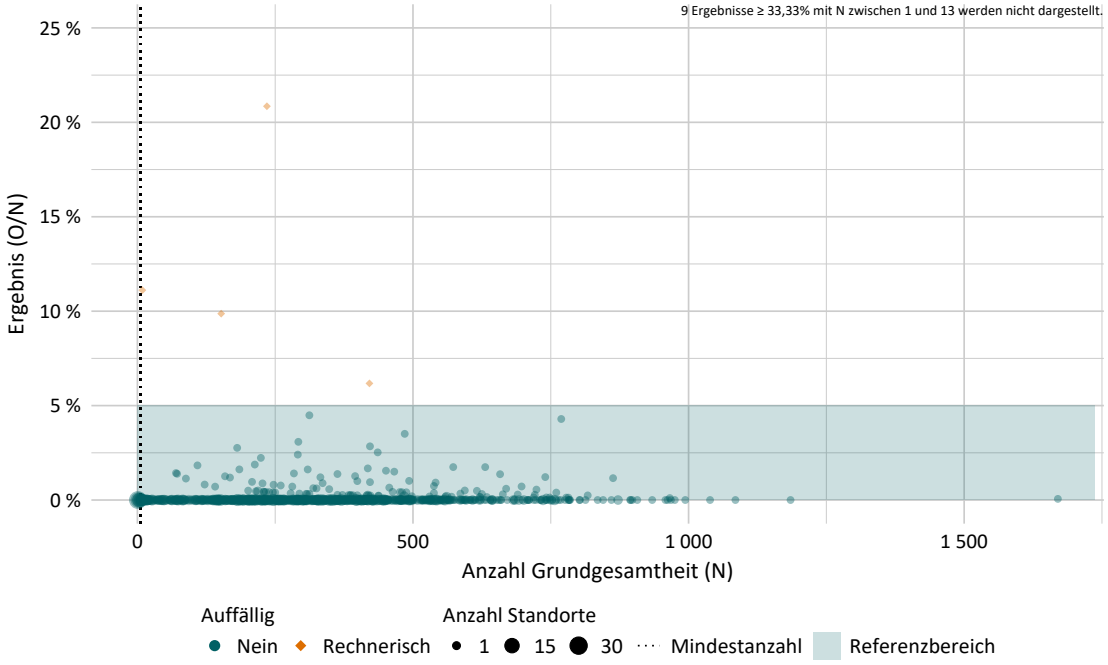
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	390.971 / 388.275	100,69	0,54 % 7 / 1.294

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.294	7	0,00	115,38	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	487 / 388.275	0,13	0,54 % 7 / 1.294

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	12.477	3,20
1. Quartal	110.009	28,17
2. Quartal	89.566	22,94
3. Quartal	84.651	21,68
4. Quartal	93.781	24,02

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	2.336	0,60
20 - 29 Jahre	11.445	2,93
30 - 39 Jahre	17.596	4,51
40 - 49 Jahre	20.081	5,14
50 - 59 Jahre	30.756	7,88
60 - 69 Jahre	60.458	15,48
70 - 79 Jahre	83.750	21,45
80 - 89 Jahre	127.773	32,72
≥ 90 Jahre	36.289	9,29

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	390.484
Minimum	17,00
5. Perzentil	33,00
25. Perzentil	63,00
Mittelwert	71,35
Median	76,00
75. Perzentil	85,00
95. Perzentil	92,00
Maximum	124,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Geschlecht		
(1) männlich	220.399	56,44
(2) weiblich	170.069	43,55
(3) divers	9	0,00
(8) unbestimmt	7	0,00

Altersverteilung und Geschlecht

Altersverteilung und Geschlecht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	männlich	weiblich	divers	unbestimmt	Gesamt
Alle Patientinnen und Patienten					
Bund (gesamt)					
< 30 Jahre	7.453 **1,91 %**	6.325 **1,62 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	13.781 **3,53 %**
30 - 39 Jahre	8.674 **2,22 %**	8.918 **2,28 %**	4 **0,00 %**	0 **0,00 %**	17.596 **4,51 %**
40 - 49 Jahre	10.763 **2,76 %**	9.317 **2,39 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	20.081 **5,14 %**
50 - 59 Jahre	18.298 **4,69 %**	12.456 **3,19 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	30.756 **7,88 %**
60 - 69 Jahre	36.736 **9,41 %**	23.720 **6,07 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	60.458 **15,48 %**
70 - 79 Jahre	51.206 **13,11 %**	32.543 **8,33 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	83.750 **21,45 %**
80 - 89 Jahre	71.312 **18,26 %**	56.459 **14,46 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	127.773 **32,72 %**
≥ 90 Jahre	15.957 **4,09 %**	20.331 **5,21 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	36.289 **9,29 %**
Gesamt	220.399 **56,44 %**	170.069 **43,55 %**	9 **0,00 %**	7 **0,00 %**	390.484 **100,00 %**

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Aufnahmeanlass		
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	73.395	18,80
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	16.809	4,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Chronische Bettlägerigkeit		
(0) nein	335.582	85,94
(1) ja	54.902	14,06

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme		
(1) ja	7.515	1,92
(0) nein	382.969	98,08
davon Patientinnen und Patienten mit Desorientierung bei Aufnahme		
(0) nein	276.492	72,20
(1) ja, pneumoniebedingt	27.363	7,14
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	68.941	18,00
(9) nicht beurteilbar	10.173	2,66
davon Patientinnen und Patienten mit spontaner Atemfrequenz bei Aufnahme (≥ 1 bis ≤ 60)		
1 - 10 / min.	508	0,13
10 - 19 / min.	222.579	58,12
20 - 29 / min.	123.979	32,37
30 - 60 / min.	24.359	6,36
nicht bestimmt	11.458	2,99
davon Patientinnen und Patienten mit Blutdruck bei Aufnahme		
systolisch < 90 und diastolisch ≤ 60 mmHg	13.809	3,61
systolisch 90 - 139 und diastolisch 61 - 89 mmHg	159.952	41,77
systolisch 140 - 179 und diastolisch 90 - 109 mmHg	35.893	9,37
systolisch ≥ 180 und diastolisch ≥ 110 mmHg	2.831	0,74
nicht bestimmt	0	0,00

CRB-65-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden	**N = 382.969**	
CRB-65-Score ohne beatmete Patientinnen und Patienten		
CRB-65-Index = 0	87.223	22,78
CRB-65-Index = 1	204.976	53,52
CRB-65-Index = 2	77.545	20,25
CRB-65-Index = 3	12.148	3,17
CRB-65-Index = 4	1.077	0,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden und ohne Bestimmung der Atemfrequenz	**N = 11.458**	
CRB-65-Risiko bei Patientinnen und Patienten ohne Bestimmung der Atemfrequenz (ohne beatmete Patientinnen und Patienten)		
CRB-65-Index = 0	2.757	24,06
CRB-65-Index = 1	6.229	54,36
CRB-65-Index = 2	2.257	19,70
CRB-65-Index = 3	215	1,88
CRB-65-Index = 4	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		
(0) weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	2.704	0,69
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	383.911	98,32
(2) 4 bis unter 8 Stunden	2.357	0,60
(3) 8 Stunden und später	1.512	0,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	**N = 387.780**	
Erste Sauerstoffsättigung nach Aufnahme		
mindestens 90%	317.541	81,89
davon mit Sauerstoffgabe	108.528	34,18
unter 90%	70.239	18,11
davon mit Sauerstoffgabe	26.710	38,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	**N = 387.780**	
Erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst		
(0) nein	250.913	64,70
(1) ja	135.238	34,87

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Alle Patientinnen und Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	**N = 387.780**	
Erste Sauerstoffsättigung unter nichtinvasiver Beatmung oder CPAP erfasst		
(0) nein	368.148	94,94
(1) ja	17.531	4,52

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Initiale antibiotische Therapie		
(0) keine antibiotische Therapie	10.667	2,73
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	321.941	82,45
(2) 4 bis unter 8 Stunden	23.940	6,13
(3) 8 Stunden und später	18.623	4,77
(4) Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antibiotischen Therapie	15.313	3,92

Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Beginn der Mobilisation[8]		
(0) keine Mobilisation	58.497	14,98
(1) innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme	308.024	78,88
(2) nach 24 Stunden und später	23.963	6,14
Maschinelle Beatmung		
(0) nein	345.952	88,60
(1) ja, ausschließlich nicht-invasiv	25.213	6,46
(2) ja, ausschließlich invasiv	9.235	2,37
(3) ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	10.084	2,58
Dokumentierter Therapieverzicht[9]		
(0) nein	340.975	87,32
(1) ja	49.509	12,68
davon		
Behandlung regulär beendet	9.183	18,55
mit Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	6.509	13,15
im Krankenhaus verstorben	31.911	64,45
sonstige weitere Entlassungsgründe	1.906	3,85

[8] mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbständig oder mit Hilfe)
[9] Nähere Informationen: siehe Kapitel „Erläuterungen“

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Alle Stabilitätskriterien: mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Regulär entlassene Patientinnen und Patienten		
Regulär entlassene Patientinnen und Patienten (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 9, 10, 13 oder 14)	310.790	79,59
davon Patientinnen und Patienten mit Desorientierung		
(0) nein	257.095	82,72
(1) ja, pneumoniebedingt	2.534	0,82
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	51.161	16,46
davon Patientinnen und Patienten mit stabiler oraler und/oder enteraler Nahrungsaufnahme		
(0) nein	11.675	3,76
(1) ja	299.115	96,24
davon Patientinnen und Patienten mit spontaner Atemfrequenz		
(1) maximal 24/min	295.085	94,95
(2) über 24/min	6.185	1,99
(3) nicht bestimmt	9.245	2,97
(4) nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	275	0,09
davon Patientinnen und Patienten mit Herzfrequenz		
(1) maximal 100/min	302.893	97,46
(2) über 100/min	7.439	2,39
(3) nicht bestimmt	458	0,15
davon Patientinnen und Patienten mit Temperatur		
(1) maximal 37,8°C	306.344	98,57
(2) über 37,8°C	4.028	1,30
(3) nicht bestimmt	418	0,13
davon Patientinnen und Patienten mit Sauerstoffsättigung		

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
(1) unter 90%	6.401	2,06
(2) mindestens 90%	302.860	97,45
(3) nicht bestimmt	1.529	0,49
davon Patientinnen und Patienten mit Blutdruck, systolisch		
(1) unter 90 mmHg	3.050	0,98
(2) mindestens 90 mmHg	307.275	98,87
(3) nicht bestimmt	465	0,15

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Stationärer Aufenthalt		
< 1 Tag	5.031	1,29
1 - 7 Tage	216.976	55,57
8 - 14 Tage	123.119	31,53
15 - 21 Tage	28.567	7,32
> 21 Tage	16.791	4,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[10]		
(J10.0, J11.0) Grippe mit Pneumonie	15.107	3,87
(J12.-) Viruspneumonie, andernorts nicht klassifiziert	33.268	8,52
(J13) Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	6.157	1,58
(J14) Pneumonie durch Haemophilus influenza	3.153	0,81
(J15.-) Pneumonie durch Bakterien, andernorts nicht klassifiziert	97.089	24,86
(J16.-) Pneumonie durch sonst. Infektionserreger, andernorts nicht klassifiziert	2.354	0,60
(J18.-) Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	210.251	53,84
(J69.0) Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	34.540	8,85
(J85.1) Abszess der Lunge mit Pneumonie	1.857	0,48

[10] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10) COVID-19[11]		
(U07.1) COVID-19, Virus nachgewiesen	32.079	8,22
(U07.2) COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	3.993	1,02

[11] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 390.484**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	256.074	65,58
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	6.707	1,72
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	577	0,15
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	5.978	1,53
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	9	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	19.873	5,09
(07) Tod	51.407	13,16
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[12]	585	0,15
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	2.562	0,66
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	44.527	11,40
(11) Entlassung in ein Hospiz	401	0,10
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	309	0,08
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	34	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	130	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[13]	770	0,20
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	12	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[14]	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	463	0,12
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[15]		
(1) ja	65	0,02

[12] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[13] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[14] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[15] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei allen Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten	390.484	100,00
davon verstorben	51.407	13,16
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	73.395	18,80
davon verstorben	18.366	25,02
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	16.809	4,30
davon verstorben	3.320	19,75
Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden	373.675	95,70
davon verstorben	48.087	12,87
Patientinnen und Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	7.515	1,92
davon verstorben	2.920	38,86
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	1.819	0,47
davon verstorben	622	34,19
Patientinnen und Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	44.532	11,40
davon verstorben	15.519	34,85
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	25.213	6,46
davon verstorben	6.880	27,29
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	9.235	2,37
davon verstorben	4.476	48,47
Patientinnen und Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	10.084	2,58
davon verstorben	4.163	41,28

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten ohne palliative Therapiezielsetzung		
Patientinnen und Patienten ohne palliative Therapiezielsetzung	340.975	100,00
davon verstorben	19.496	5,72
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung und ohne palliative Therapiezielsetzung	52.142	15,29
davon verstorben	5.870	11,26
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung und ohne palliative Therapiezielsetzung	14.088	4,13
davon verstorben	1.274	9,04
Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden und ohne palliative Therapiezielsetzung	326.887	95,87
davon verstorben	18.222	5,57
Patientinnen und Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne palliative Therapiezielsetzung	5.475	1,61
davon verstorben	1.210	22,10
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne palliative Therapiezielsetzung	1.427	0,42
davon verstorben	272	19,06
Patientinnen und Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	33.486	9,82
davon verstorben	6.313	18,85
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	19.282	5,65
davon verstorben	2.209	11,46
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	6.541	1,92
davon verstorben	2.109	32,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	7.663	2,25
davon verstorben	1.995	26,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung		
Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	49.509	100,00
davon verstorben	31.911	64,45

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Mammachirurgie*

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Mammachirurgie*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 6
1 Hintergrund 7
2 Einordnung der Ergebnisse 12
2.1 Datengrundlage 12
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 13
2.2.1 Überblick 13
2.2.2 Detailergebnisse 21
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 30
2.3.1 Überblick 30
2.3.2 Detailergebnisse 34
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 39
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 39
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 42
4 Evaluation 44
5 Ausblick 47
Literatur 48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - MC 9
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - MC 11
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - MC 12
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - MC 15
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (J 2025) - MC 18
Tabelle 6: QI 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung 21
Tabelle 7: QI 52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 21
Tabelle 8: Tabelle 1: QI 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate 22
Tabelle 9: 212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund 23
Tabelle 10: QI 212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund. 23
Tabelle 11: QI 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung 24
Tabelle 12: QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung 25
Tabelle 13: TKez 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 26
Tabelle 14: QI 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie 27
Tabelle 15: QI 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 27
Tabelle 16: QI 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation ... 28
Tabelle 17: QI 60659: Nachresektionsrate 29
Tabelle 18: QI 212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS 29
Tabelle 19: QI 211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS 30
Tabelle 20: Bundesergebnis der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - MC 31
Tabelle 21: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – MC 32
Tabelle 22: AK 850363: Angabe „HER2-Status = unbekannt“ 34
Tabelle 23: AK 850364: Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ 34
Tabelle 24: AK 813068: Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde 35
Tabelle 25: AK 850372: Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“ 36
Tabelle 26: AK 852000: Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund 36
Tabelle 27: AK 850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 37
Tabelle 28: AK 850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 38
Tabelle 29: AK 850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 38

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul MC 39
Tabelle 31: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) - MC 41
Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) - MC 43

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AGO	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DCIS	Ductales Carcinoma in situ
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
HER2	human epidermal growth factor receptor 2
ICD-O-3	Internationale Klassifikation der Krankheiten für Onkologie, Dritte Ausgabe
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
Mm-R	Mindestmengenregelungen
n. a.	nicht anwendbar
QS MC	QS-Verfahren *Mammachirurgie*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
R0	kein Rest-(Residual)tumor
SLNB	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
STNV	Stellungnahmeverfahren

1 Hintergrund

Das QS-Verfahren *Mammachirurgie* (*QS MC*) betrachtet die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs – und zwar im Hinblick auf eine adäquate Diagnostik und auf die operative Behandlung selbst. Mit zuletzt rund 74.500 Neuerkrankungen jährlich ist Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung der Frau, zusätzlich wird bei mehr als 6.000 Frauen jährlich ein in-situ-Tumor diagnostiziert. Etwa ein Prozent aller Neuerkrankungen betrifft Männer (Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten).

Früherkennung, adäquate Diagnostik und eine stadiengerechte Therapie ermöglichen es, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs zu verbessern und die krankheitsbedingte Sterblichkeit zu senken. Die Behandlungsplanung sollte umfassend, interdisziplinär und sorgfältig erfolgen; bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten sollten stets die individuelle Situation der Patientin bzw. des Patienten, das Therapieziel, die Nutzen-Risiko-Abwägung sowie die patientenseitigen Präferenzen berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen sowie eine informierte und gemeinsame Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten und behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Die Beteiligung der Patientinnen und Patienten ist hierbei ein besonders wichtiger Aspekt.

Das Verfahren *QS MC* orientiert sich an den Empfehlungen der interdisziplinären S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, die sich derzeit in Überarbeitung befindet. Erfasst werden alle offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumore, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust innerhalb eines Jahres durchgeführt werden.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die 13 Qualitätsindikatoren und die Transparenzkennzahl aus dem Verfahren *QS MC* bilden sowohl Kriterien für die Indikation der Behandlung als auch Behandlungsabläufe und -ergebnisse ab.

Mit dem Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846) wird erhoben, wie häufig vor Therapiebeginn bei Patientinnen und Patienten mit einem invasiven Mammakarzinom oder einer Vorstufe (Ductales Carcinoma in situ; DCIS) eine Gewebeprobe untersucht wird. Erst dieser Befund ermöglicht es, im Fall der Malignität eine stadien- und leitliniengerechte interdisziplinäre Behandlung zu planen und einzuleiten. Diese Diagnosesicherungen sollten bei abklärungsbedürftigen Befunden stets erfolgen, da es keinen medizinischen Grund zur Unterlassung gibt und der Nutzen bei der Wahl einer neoadjuvanten Therapie – also der Behandlung (Chemo- oder Strahlentherapie) *vor* dem operativen Eingriff – nachgewiesen ist.

Zwei Indikatoren (IDs 52267 und 52278) bestimmten die angemessene Rate an HER2-positiven Befunden beim invasiven Mammakarzinom. HER2 („human epidermal growth factor receptor 2“) bezeichnet einen Wachstumsfaktorrezeptor, der sich bei manchen Patientinnen und Patienten

auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet. Solche Zellen sprechen in der Regel auf eine bestimmte medikamentöse Therapie an. Fehler in der Bestimmung des HER2-Status haben Auswirkungen auf die weitere Therapie.

Die Indikatoren der Gruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden" (IDs 212000 und 212001) adressieren die bei einem nicht tastbaren Befund angemessene präoperative Drahtmarkierung bei geplanten brusterhaltenden Operationen. Nicht palpable Befunde werden zunehmend z. B. durch die Brustkrebsfrüherkennung und das Mammografie-Screening detektiert. Dabei werden Patientengruppen danach unterschieden, ob Tumore mit oder ohne Mikrokalkablagerungen vorliegen.

Die Indikatoren der Gruppe „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung" (IDs 52330 und 52279) betrachten das Vorgehen bei Befunden, die vor der Operation durch Einsetzen eines Drahts markiert werden, damit mittels einer sonografischen oder mammografischen Kontrolle des entnommenen Präparats bereits während der Operation sichergestellt werden kann, dass der Tumorherd entfernt wurde.

Bei Verdacht auf Lymphknotenmetastasen kann entweder eine feingewebliche Untersuchung von einzelnen (Sentinel)-Lymphknoten oder eine vollständige Lymphknotenentfernung im Bereich der Achselhöhle (Axilladissektion) erfolgen. Beides kann mit einer erhöhten Morbidität bei den betroffenen Patientinnen und Patienten einhergehen (z. B. chronisches Lymphödem, reduzierte Beweglichkeit des Arms, Schmerzen), daher ist die Indikation hierbei mit besonderer Sorgfalt zu stellen. Die Indikatoren „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie" (ID 50719) sowie „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie" (ID 51847) geben Auskunft über die Häufigkeit der Durchführung von Lymphknotenentfernungen in verschiedenen Krankheitskonstellationen.

Der bis zum Jahr 2024 ausgewertete Qualitätsindikator „Primäre Axilladissektion bei DCIS" (ID 2163) wird im Auswertungsjahr 2025 als Kennzahl dargestellt.

Der Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation" (ID 51370) soll prüfen, ob der Zeitraum zwischen Diagnosestellung (idealerweise mittels Befundübermittlung) und Operation ausreichend lang ist. Den betroffenen Patientinnen und Patienten soll ermöglicht werden, sich auf die neue Situation einzustellen, sich ggf. einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, Informationen zu Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und Kliniken oder auch eine onkologische Zweitmeinung einzuholen. Zudem sollte ihnen ausreichend Zeit eingeräumt werden, die Situation in Gesprächen mit der Familie zu reflektieren.

Der Ergebnisindikator „Nachresektionsrate" (ID 60659) erfasst die Anzahl von Patientinnen und Patienten, die nach der Erstoperation eine oder mehrere Nachresektionen im Rahmen von Folgeoperationen erhalten haben. Die komplette Entfernung des Tumors mit tumorfreien Resektionsrändern ist Voraussetzung für ein niedriges Lokalrezidivrisiko. Grundsätzlich soll der tumorfreie Zustand möglichst nach der ersten Operation erreicht werden, um mit weiteren Operationen zusammenhängende Risiken zu minimieren.

Die Behandlung der von Brusttumoren betroffenen Patientinnen und Patienten ist äußerst komplex. Die Qualitätsindikatoren der Gruppe „Interdisziplinäre Tumorkonferenz" (IDs 211800 und 212400) sollen daher erfassen, wie häufig Ärztinnen und Ärzte der erforderlichen Fachdisziplinen unter Einbezug von Fachpflegekräften die Therapie in einer prätherapeutischen bzw. postoperativen interdisziplinären Tumorkonferenz planen. Da in der Behandlung eines Mammakarzinoms vor allem die prätherapeutische Diagnostik immer mehr an Bedeutung gewinnt, wurde zum Auswertungsjahr 2025 der neue Qualitätsindikator „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS" (ID 212400) etabliert.

Da sich das Verfahren *QS MC* ausschließlich auf den stationären Sektor bezieht, werden Therapieformen, die in der Regel ambulant stattfinden – Strahlentherapie, medikamentöse Therapien (Chemotherapie, Antihormontherapie, zielgerichtete Therapien) oder Immuntherapie – in diesem QS-Verfahren nicht betrachtet.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - MC

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: HER2-Positivitätsrate			
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QS-Dokumentation	2024
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden			
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	QS-Dokumentation	2024
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung			
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QS-Dokumentation	2024
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QS-Dokumentation	2024
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS*	QS-Dokumentation	2024
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QS-Dokumentation	2024
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QS-Dokumentation	2024
60659	Nachresektionsrate	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz			
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QS-Dokumentation	2024
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QS-Dokumentation	2024

Auffälligkeitskriterien

Das bestehende Set der Auffälligkeitskriterien hat sich vom Auswertungsjahr 2024 zum Auswertungsjahr 2025 inhaltlich nicht verändert. Wie im Vorjahr werden im Auswertungsmodul *QS MC* insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚HER2-Status = unbekannt'" (ID 850363) überprüft das Aufkommen der Angabe „unbekannt". Der HER2-Status ist entscheidend für die Wahl der Behandlungsoptionen. Fälle mit der Angabe „unbekannt" werden aus der Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren zur HER2-Positivitätsrate ausgeschlossen.

Da Fälle mit der Angabe „unbekannt" aus der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators „Nachresektionsrate" (ID 60659) ausgeschlossen werden und die Angaben zur Nachresektionsrate möglichst genau sein sollen, misst das Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor'" (ID 850364) die entsprechende Dokumentationsqualität.

Das Auffälligkeitskriterium „Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde" (ID 813068) überprüft die Dokumentationsqualität der postoperativen Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde. Eine Fehlkodierung führt zu Ungenauigkeiten der Grundgesamtheit aller Indikatoren mit Bezug zu invasiven Karzinomen oder DCIS. Wenn ein Leistungserbringer bei 5 oder mehr Fällen eine Diskrepanz in der Dokumentation entweder in der prätherapeutischen Diagnose oder der postoperativen Histologie aufweist, hat er ein rechnerisch auffälliges Ergebnis (Referenzbereich ≤ 4).

Der Hormonrezeptorstatus ist entscheidend für die Auswahl der Behandlung. Fälle mit der Angabe „unbekannt" werden aus der Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren zur HER2-Positivitätsrate ausgeschlossen. Das Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt'" (ID 850372) überprüft die Dokumentationsqualität des Hormonrezeptorstatus.

Die Dokumentation des histologischen Befundes mit dem unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 („Karzinom o. n. A., maligner epithelialer Tumor") (ID 852000) sollte nur im Ausnahmefall erfolgen müssen, nämlich nur dann, wenn die ca. 150 ICD-O-3-Kodes umfassende Schlüsselliste keinen

differenzierteren, auf die jeweilige Tumormorphologie zutreffenden Kode ausweist. Auch für die weitere Behandlung der Patientinnen und Patienten ist die möglichst genaue tumorspezifische Befundung für die weitere Therapie notwendig. Die Angabe des ICD-O-3-Kodes 8010/3 für ein Karzinom in der prätherapeutischen histologischen Befundung [PRAEICDO3] führt zum Ausschluss der Fälle in der Kennzahl zur Axilladissektion (ID 2163) und der Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie (ID 50719).

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“	QS-Dokumentation
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	QS-Dokumentation
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	QS-Dokumentation
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	QS-Dokumentation
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Bereits seit einigen Jahren ist im Verfahren *QS MC* ein Rückgang der Leistungserbringer, die QS-Dokumentationsdaten übermitteln, zu beobachten. Zugleich bleibt die Anzahl der gelieferten Datensätze weitgehend unverändert. Dass immer weniger Leistungserbringer eine operative Behandlung des Mammakarzinoms vornehmen, wird nach Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene mit der zunehmenden Zentralisierung der Versorgung begründet. Gerade die onkologische Versorgung von Patientinnen und Patienten erfolgt vermehrt in spezialisierten Zentren oder Kliniken. Dies wird seit dem Kalenderjahr 2025 (AJ 2026) auch durch die vom G-BA festgelegte Mindestmenge von 100 chirurgischen Brustkrebsbehandlungen pro Jahr noch weiter forciert. Für das Erfassungsjahr 2024 (AJ 2025) galt eine Übergangsphase mit einer Mindestmenge von 50 Leistungen.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - MC

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	104.605 104.390 215	104.367	100,23
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	624		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	650	653	99,54
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	604	606	99,67

Neben dem Rückgang der Leistungserbringer ist zu beobachten, dass die Anzahl der Minimaldatensätze ansteigt (2020: 74, 2023: 205, 2024: 215).

Für das Verfahren *QS MC* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Verfahren *QS MC* liegen die Gesamtergebnisse und auch der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen der letzten Jahre insgesamt auf einem gleichbleibenden Niveau. Für drei Indikatoren („HER2-Positivitätserate" [ID 52267 und 52278] und „Nachresektionsrate" [ID 60659]) wurde für das Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich definiert. Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt auf einem niedrigen Niveau und zeigt eine stabile Versorgungslage. Die Gesamtergebnisse liegen durchweg in den bestehenden Referenzbereichen, der Rückgang der Anteile an rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist auf die Umstellung der Auswertungsmethodik zurückzuführen. Relevante Anpassungen an der Spezifikation wurden für das Erfassungsjahr 2024 nicht vorgenommen.

Eine wesentliche Änderung gegenüber dem Vorjahr betrifft die Auswertungsmethodik, die nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt: Rechnerische Auffälligkeit wird nicht mehr nur danach bestimmt, ob ein beobachtetes Indikatorergebnis nominell außerhalb des Referenzbereiches liegt. Zusätzlich muss eine ausreichende statistische Sicherheit darüber vorliegen, dass der Referenzbereich vom Leistungserbringer nicht erreicht wird. Die Umstellung betrifft die Bewertung von erreichten Indikatorergebnissen, aber nicht die Berechnung der Indikatorergebnisse selbst („Rechenregeln").

6 der 12 Qualitätsindikatoren weisen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 eine qualitativ auffällige Bewertung bei mehr als 10 Leistungserbringern auf.

Im Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung" (ID 51846) hatten im Auswertungsjahr 2024 – bei einem guten Bundesergebnis von 98,49 % – 85 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Bei ausbleibender prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung ist bspw. das Screening für eine neoadjuvante Systemtherapie (Therapie vor der operativen Tumorbehandlung) nicht möglich und so eine leitliniengerechte Planung der Therapie unter Umständen nicht gegeben. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 waren 55,29 % (47 von 85) der Leistungserbringer qualitativ unauffällig.

In der Indikatorengruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden" (IDs 212000 und 212001) sind die meisten qualitativen Auffälligkeiten nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 auf Struktur- und Prozessmängel zurückzuführen (ID 212000: 5 und ID 212001: 7).

Das Bundesergebnis des Indikators „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie" (ID 50719) verringerte sich im Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zu den Vorjahren deutlich: Wurde bundesweit im Erfassungsjahr 2015 bei 11,66 % der Patientinnen und Patienten eine Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie durchgeführt, lag der Anteil nun nur noch bei 2,80 %. Für das Auswertungsjahr 2025 hat sich das Ergebnis mit 3,04 % wieder leicht verschlechtert. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2024 haben

60,00 % (54 von 90) der Leistungserbringer ein unauffälliges Ergebnis erhalten. Ein Großteil der rechnerischen Auffälligkeiten ließ sich durch Einzelfälle erklären. Insgesamt 14,44 % der Leistungserbringer mit rechnerischer Auffälligkeit (13 von 90) erhielten ein qualitativ auffälliges Ergebnis; als Grund hierfür wurde überwiegend ein nicht leitliniengerechtes Vorgehen angegeben.

Der Indikator mit den meisten qualitativ auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 ist mit 25 %, bezogen auf die rechnerisch auffälligen Ergebnisse (10 von 40), die „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (ID 51847). Dies hat sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 gab es insgesamt 5-mal Hinweise auf Struktur-und Prozessmängel, die auf einem nicht leitliniengerechten Vorgehen basieren.

Im Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370) setzt sich mit einem Bundesergebnis von 1,64 % im Auswertungsjahr 2025 der positive Trend der letzten Jahre fort (2023: 1,92 %; 2019: 3,31 %), nachdem sich im Auswertungsjahr 2024 der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen gegenüber dem Vorjahr fast verdoppelt hatte. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden jedoch 46,43 % (39 von 84) dieser rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet, u. a. aufgrund eines nachgewiesenen Patientenwunsches. Zudem kam es vermehrt vor, dass die Befunde per Telefon übermittelt wurden und die schriftliche Befundung verzögert vorlag. Aus Sicht des Expertengremiums auf Bundesebene sollte deutlich werden, dass ein zu geringer zeitlicher Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation von einem leitliniengerechten Vorgehen abweicht.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - MC

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	98,49 % O = 74.462 N = 75.603	98,65 % O = 74.855 N = 75.876 (≥ 97,00 %)	vergleichbar
Gruppe: HER2-Positivitätsrate				
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	0,98 O/E = 8.565 / 8.711,28 12,87 % O/N = 8.565 / 66.534	0,95 O/E = 8.609 / 9.047,37 12,82 % O/N = 8.609 / 67.169 (Nicht definiert)	vergleichbar
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	0,98 O/E = 8.565 / 8.711,28 12,87 % O/N = 8.565 / 66.534	0,95 O/E = 8.609 / 9.047,37 12,82 % O/N = 8.609 / 67.169 (Nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden				
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	95,18 % O = 6.787 N = 7.131	96,20 % O = 6.855 N = 7.126 (≥ 94,85 %; 5. Perzentil)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	87,40 % O = 21.347 N = 24.425	88,66 % O = 22.508 N = 25.387 (≥ 70,92 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung				
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	99,48 % O = 17.483 N = 17.575	98,90 % O = 17.294 N = 17.487 (≥ 95,00 %)	vergleichbar
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	98,94 % O = 31.615 N = 31.953	98,97 % O = 32.967 N = 33.309 (≥ 95,00 %)	vergleichbar
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS*	0,01 % O = ≤ 3 N = 7.188	0,08 % O = 6 N = 7.413	vergleichbar
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	2,80 % O = 157 N = 5.612	3,04 % O = 176 N = 5.790 (≤ 5,00 %)	vergleichbar
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	97,43 % O = 29.873 N = 30.662	97,33 % O = 28.229 N = 29.003 (≥ 90,00 %)	vergleichbar

© IQTIG 2025

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	1,86 % O = 944 N = 50.747	1,64 % O = 799 N = 48.771 (≤ 1,91 %; 90. Perzentil)	vergleichbar
60659	Nachresektionsrate	- O = - N = -	10,31 % O = 6.293 N = 61.055 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz				
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	99,53 % O = 63.707 N = 64.009	99,63 % O = 64.557 N = 64.795 (≥ 98,69 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	77,41 % O = 55.911 N = 72.228	80,10 % O = 58.336 N = 72.826 (≥ 38,35 %; 5. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (J 2025) - MC

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	2023	85 von 578	14,71	20
		2024	27 von 509	5,30	5
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden					
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	2023	44 von 443	9,93	9
		2024	21 von 415	5,06	2
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	2023	63 von 513	12,28	23
		2024	23 von 456	5,04	13
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung					
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	2023	13 von 464	2,80	0
		2024	5 von 433	1,15	0

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	2023	36 von 502	7,17	4
		2024	15 von 458	3,28	4
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	2023	90 von 447	20,13	26
		2024	60 von 429	13,99	24
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2023	40 von 547	7,31	13
		2024	12 von 470	2,55	0
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	2023	84 von 569	14,76	16
		2024	49 von 492	9,96	16

© IQTIG 2025

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz					
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	2023	51 von 567	8,99	15
		2024	25 von 501	4,99	4
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	2023	-	-	-
		2024	25 von 492	5,08	-

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 6: QI 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,21 % O = 71.373 N = 72.674	98,49 % O = 74.462 N = 75.603	**98,65 %** **O = 74.855** **N = 75.876**
rechnerische Auffälligkeiten	71 von 619 11,47 %	85 von 578 14,71 %	**27 von 509** **5,30 %** **(Refbereich: ≥ 97,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 71 (18,31 %)	**12 / 85** **(14,12 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	13 / 619 (2,10 %)	**12 / 578** **(2,08 %)**	n. a.

Das Ziel des Indikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846) ist es, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einem Mammakarzinom eine histologische Diagnosesicherung erhalten. Im Auswertungsjahr 2025 ist dies der Indikator mit den zweitmeisten qualitativ unauffälligen Bewertungen (47 von 85 rechnerischen auffälligen Ergebnissen), wobei 28 der Bewertungen auf nachvollziehbare Einzelfälle zurückzuführen sind. 12 Leistungserbringer wurden als qualitativ auffällig bewertet, da sie keine histologische Diagnosesicherung vor Therapiebeginn vorgenommen haben. Die Gründe für die qualitativ auffällige Bewertung lagen vor allem in Struktur- und Prozessmängeln. Damit weist dieser Indikator auch bei den qualitativen Auffälligkeiten die zweithöchste Anzahl auf.

Gruppe: HER2-Positivitätsrate (IDs 52267 und 52278)

Tabelle 7: QI 52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,00 O/E = 8.264 / 8.266,48 12,82 % O/N = 8.263 / 64.461	0,98 O/E = 8.565 / 8.711,28 12,87 % O/N = 8.565 / 66.534	**0,95** **O/E = 8.609 / 9.047,37** **12,82 %** **O/N = 8.609 / 67.169**
rechnerische Auffälligkeiten	46 von 533 8,63 %	51 von 520 9,81 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 46 (15,22 %)	**5 / 51** **(9,80 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 533 (1,31 %)	**5 / 520** **(0,96 %)**	n. a.

Tabelle 8: Tabelle 1: QI 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,00 O/E = 8.264 / 8.266,48 12,82% O/N = 8.263/ 64.461	0,98 O/E = 8.565 / 8.711,28 12, 87 % O/N = 8.565 / 66.534	**0,95** **O/E = 8.609 / 9.047,37** **12,82%** **O/N = 8.609 / 67.169**
rechnerische Auffälligkeiten	50 von 533 9,38 %	45 von 520 8,65 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 50 (12,00 %)	**5 / 45** **(11,11 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 533 (1,13 %)	**5 / 520** **(0,96 %)**	n. a.

Mit der risikoadjustierten Indikatorengruppe „HER2-Positivitätsrate“ soll die angemessene Rate an HER2-positiven Befunden beim invasiven Mammakarzinom überprüft werden. Die Qualitätsindikatoren zum HER2-Status mit niedrigen (ID 52267) und hohen (ID 52278) HER2-Positivitätsraten befinden sich in der Erprobungsphase. Das heißt, die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren wurden seit der Einführung der Indikatoren im Jahr 2015 (mit den ersten Jahren ohne definierten Referenzbereich) genutzt, um die Validität der Indikatoren zu verbessern. Bei Betrachtung der Ergebnisse beider Indikatoren im Zeitverlauf wird deutlich, dass es immer eine hohe Anzahl an Leistungserbringern gab, deren rechnerisch auffällige Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens als qualitativ unauffällig bewertet wurden (AJ 2021: 64, AJ 2023: 50, AJ 2024: 56). Diese hohe Anzahl ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Validität und Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer nicht ausreichend gegeben sind. Dies ist auch das Ergebnis der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung. Da die Indikatoren zum Erfassungsjahr 2026 zur Abschaffung empfohlen werden, werden sie bereits im Auswertungsjahr 2025 ohne Referenzbereich dargestellt. Somit muss auch kein Stellungnahmeverfahren mehr vorgenommen werden.

Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden (IDs 212000 und 212001)

Tabelle 9: 212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	95,04 % O = 6.900 N = 7.260	95,18 % O = 6.787 N = 7.131	**96,20 %** **O = 6.855** **N = 7.126**
rechnerische Auffälligkeiten	40 von 456 8,77 %	44 von 443 9,93 %	**21 von 415** **5,06 %** **(Refbereich: ≥ 94,85 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 40 (25,00 %)	**10 / 44** **(22,73 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 456 (2,19 %)	**10 / 443** **(2,26 %)**	n. a.

Tabelle 10: QI 212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	85,86 % O = 19.685 N = 22.927	87,40 % O = 21.347 N = 24.425	**88,66 %** **O = 22.508** **N = 25.387**
rechnerische Auffälligkeiten	64 von 527 12,14 %	63 von 513 12,28 %	**23 von 456** **5,04 %** **(Refbereich: ≥ 70,92 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 64 (7,81 %)	**11 / 63** **(17,46 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 527 (0,95 %)	**11 / 513** **(2,14 %)**	n. a.

Das Ziel der Indikatorengruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden“ (IDs 212000 und 212001) ist, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einem nicht palpablen Befund eine präoperative Drahtmarkierung erhalten. Die bildgebenden Darstellungen von Befunden mit Mikrokalk ohne Herdbefund (ID 212000) und mit Herdbefund (ID 212001) unterscheiden sich methodisch und werden daher als separate Indikatoren abgebildet. Die beiden Indikatoren der Gruppe weisen sehr unterschiedliche Grundgesamtheiten auf. Begründet wird dies damit, dass in dem Qualitätsindikator „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund“ nur die reinen Mikrokalkbefunde gezählt werden. Hier lag die Grundgesamtheit im Auswertungsjahr 2025 bei 7.126 (AJ 2024: 7.131). Im Indikator „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund“ werden neben den Befunden ohne Mikrokalk auch die Mischbefunde aus Mikrokalk und Herdbefund betrachtet. Daher hat dieser Indikator eine Grundgesamtheit von über 25.000 Fällen. Beide Indikatoren aus der Gruppe weisen bei unveränderter

Rechenregel ein stabiles Bundesergebnis auf. Die Indikatoren dieser Gruppe gehören zu denen, die nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2023 die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse aufweisen, wobei diese auf Struktur- und Prozessmängel zurückzuführen sind.

Zugleich weisen beide Indikatoren viele qualitativ unauffällige Ergebnisse auf. Diese sind u. a. darauf zurückzuführen, dass die AGO (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie) unter bestimmten Voraussetzungen auch ausschließlich eine intraoperative Markierung (sondengestützte Markierungen und Clip) empfiehlt (AGO 2025), die in der Versorgung der Patientinnen und Patienten inzwischen eine größere Anwendung findet. Im Dokumentationsbogen des Verfahrens *QS MC* werden diese Markierungsverfahren derzeit nicht vollumfänglich berücksichtigt. Erst mit dem Erfassungsjahr 2026 wird es möglich sein, auch eine sondengestützte Markierung zu dokumentieren. Eine Berücksichtigung der in der Praxis etablierten Markierungsverfahren in den Qualitätsindikatoren ist erst nach Leitlinienempfehlung möglich.

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung (IDs 52330 und 52279)

Tabelle 11: QI 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

	AJ 2023	AJ 2024[1]	AJ 2025
Bundesergebnis	98,99 % O = 29.260 N = 29.560	98,94 % O = 31.615 N = 31.953	**98,97 %** **O = 32.967** **N = 33.309**
rechnerische Auffälligkeiten	39 von 526 7,41 %	36 von 502 7,17 %	**15 von 458** **3,28 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 31 (12,90 %)	**6 / 36** **(16,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 526 (0,76 %)	**6 / 502** **(1,20 %)**	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Tabelle 12: QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

	AJ 2023	AJ 2024[1]	AJ 2025
Bundesergebnis	99,39 % O = 16.982 N = 17.086	99,48 % O = 17.483 N = 17.575	**98,90 %** **O = 17.294** **N = 17.487**
rechnerische Auffälligkeiten	15 von 476 3,15 %	13 von 464 2,80 %	**5 von 433** **1,15 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 8 (12,50 %)	**1 / 13** **(7,69 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 476 (0,21 %)	**1 / 464** **(0,22 %)**	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Die präoperative Drahtmarkierung nicht tastbarer Befunde dient der intraoperativen Lokalisation des Tumors. Mittels Sonografie bzw. Mammografie wird präoperativ der Draht im Herd platziert und dann während der Operation mit der geeigneten Methode aufgesucht. Mit dieser Indikatorengruppe wird das Ziel verfolgt, dass möglichst viele Eingriffe dem nachkommen. Die Indikatoren zur intraoperativen Präparatradiografie oder intraoperativen Präparatsonografie bei mammografischer (ID 52330) bzw. sonografischer Drahtmarkierung (ID 52279) weisen seit Jahren konstante Ergebnisse auf. Der Indikator „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative mammografische Drahtmarkierung“ (ID 52330) liegt mit einem bundesweiten Ergebnis von 98,90 % für das Auswertungsjahr 2025 leicht unterhalb der Vorjahre (AJ 2024: 99,48 %). Der Indikator „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (ID 52279) weist ähnlich gute Ergebnisse auf (AJ 2025: 98,87 %, AJ 2024: 98,94 %). Über beide Indikatoren verteilt, hatten im Auswertungsjahr 2025 49 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Nach dem Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 erhielten 7 (ID: 52330: 1 von 13, 52279: 6 von 36) Leistungserbringer ein qualitativ auffälliges Ergebnis, da die präoperative Drahtmarkierung des nicht tastbaren Befundes intraoperativ nicht kontrolliert wurde und der Leistungserbringer nicht leitliniengerecht gehandelt hat. Aufgrund von anhaltenden Problemen wurde bei 2 Leistungserbringern beim Indikator ID 52279 die Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, u. a. eine Dokumentenschulung.

Bisher wurden die beiden Qualitätsindikatoren aus auswertungstechnischen Gründen getrennt dargestellt. Das IQTIG sieht es weiter als wichtig an, eine präoperative Drahtmarkierung mit anschließender intraoperativer Kontrolle und Entfernung des Drahtes qualitätszusichern, allerdings

kann dabei auf die getrennte Darstellung verzichtet werden, sodass diese Gruppe ab Erfassungsjahr 2026 (AJ 2027) in einem Qualitätsindikator ausgewertet wird.

Tabelle 13: TKez 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

	AJ 2023	AJ 2024[1]	AJ 2025
Bundesergebnis	0,04 % O = ≤ 3 N = 6.892	0,01 % O = ≤ 3 N = 7.188	**0,08 %** **O = 6** **N = 7.413**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 476 (0,63 %).	1 von 465 (0,22 %)	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 1** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	0 / 476 (0,00 %)	**0 / 465** **(0,00 %)**	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Axilladissektionen sind in bestimmten Konstellationen beim invasivem Mammakarzinom notwendig. Beim DCIS hingegen, die per Definition eine nicht metastasierungsfähige Läsion ist, ist die primäre Axilladissektion dagegen nie indiziert und soll daher möglichst nicht durchgeführt werden. Daher wird dieses Vorgehen mittels der Transparenzkennzahl „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ erfasst. Bis zum Auswertungsjahr 2024 wurde die „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (ID 2163) als Sentinel-Event-Qualitätsindikator ausgewiesen, im Auswertungsjahr 2024 war es der Indikator mit den meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig. Lediglich ein Fall wurde im Stellungnahmeverfahren bewertet – und als unauffällig eingestuft. Ab Auswertungsjahr 2025 wird dieser Indikator als Transparenzkennzahl dargestellt, zu der kein Stellungnahmeverfahren mehr erfolgt. In den vergangenen Jahren wurden die bei der nicht metastasierenden Krebsvorstufe DCIS indizierten Axilladissektionen kaum noch durchgeführt. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde in 6 Fällen eine primäre Axilladissektion bei vorliegendem DCIS vorgenommen. Der Anstieg der Axilladissektionen bei DCIS von ≤ 3 im Auswertungsjahr 2024 auf 6 Ereignisse im Auswertungsjahr 2025 ist aufgrund der geringen Gesamtprävalenz schwer einzuordnen. Zwar handelt es sich relativ betrachtet um einen starken Anstieg, er stellt aber keine belastbare statistische Evidenz für einen Unterschied in der bundesweiten Behandlungsqualität zwischen den Jahren dar (zweiseitiger p-Wert > 0,1).

Zum Erfassungsjahr 2026 (AJ 2027) wird die Kennzahl als Ergebnis der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung abgeschafft, da kein Potenzial zur Verbesserung mehr vorliegt.

Eine primäre Axilladissektion bei DCIS wird dann nicht mehr in der externen Qualitätssicherung ausgewiesen.

Tabelle 14: QI 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	3,35 % O = 178 N = 5.309	2,80 % O = 157 N = 5.612	**3,04 %** **O = 176** **N = 5.790**
rechnerische Auffälligkeiten	96 von 459 20,92 %	90 von 447 20,13 %	**60 von 429** **13,99 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	16 / 96 (16,67 %)	**13 / 90** **(14,44 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	16 / 459 (3,49 %)	**13 / 447** **(2,91 %)**	n. a.

Der Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719) zielt darauf ab, dass bei möglichst wenigen Patientinnen und Patienten bei DCIS und brusterhaltender Therapie eine axilläre Lymphknotenentnahme vorgenommen wird. Da es sich beim DCIS per Definition um eine nicht-metastasierungsfähige Läsion handelt, bedarf es keiner Staging-Untersuchung und in der Regel auch keiner Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB).

Im Auswertungsjahr 2024 wurden bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse identifiziert. In der Regel wurden Leistungserbringer dann qualitativ auffällig, wenn das Vorgehen nicht leitliniengerecht war und eine Lymphknotenentnahme vorgenommen wurde. Auch für das Auswertungsjahr 2025 wurden in diesem Indikator die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse ermittelt (60 von 429).

Tabelle 15: QI 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	96,99 % O = 29.681 N = 30.602	97,43 % O = 29.873 N = 30.662	**97,33 %** **O = 28.229** **N = 29.003**
rechnerische Auffälligkeiten	48 von 571 8,41 %	40 von 547 7,31 %	**12 von 470** **2,55 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	16 / 48 (33,33 %)	**10 / 40** **(25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	16 / 571 (2,80 %)	**10 / 547** **(1,83 %)**	n. a.

Die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) ist ein zielgerichtetes Verfahren zur Erfassung des Lymphknotenstatus. Es dient der Identifikation von nodal-negativen (pN0) Patientinnen und Patienten, also denjenigen, bei denen in Tumornähe entnommenen Lymphknoten keine Krebszellen vorhanden sind und die somit keine weitere lokale Therapie im Bereich der Lymphabflussgebiete benötigen. Der Indikator „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (ID 51847) überprüft daher, ob bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten eine SLNB (anstelle einer Axilladissektion) vorgenommen wurde. Das Bundesergebnis liegt mit 97,33 % im Auswertungsjahr 2025 innerhalb des Referenzbereichs (≥ 90,00 %).

Tabelle 16: QI 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,92 % O = 948 N = 49.427	1,86 % O = 944 N = 50.747	**1,64 %** **O = 799** **N = 48.771**
rechnerische Auffälligkeiten	44 von 591 7,45 %	84 von 569 14,76 %	**49 von 492** **9,96 %** **(Refbereich: ≤ 1,91 %; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 44 (6,82 %)	**12 / 84** **(14,29 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 591 (0,51 %)	**12 / 569** **(2,11 %)**	n. a.

Der Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370) betrachtet eine wichtige Schnittstelle innerhalb der Versorgungskette, den Übergang von der überwiegend ambulant durchgeführten Diagnostik zur meist stationär erfolgenden operativen Behandlung. Patientinnen und Patienten benötigen ausreichend Zeit, um sich über die Krankheit zu informieren und sich ggf. eine zweite Meinung einzuholen.

Bei einem stabilen Bundesergebnis schwankt der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den letzten Jahren. Nachdem sich dieser vom Auswertungsjahr 2023 zum Auswertungsjahr 2024 fast verdoppelt hat, ist zum Auswertungsjahr 2025 eine positive Entwicklung zu beobachten (AJ 2024: 14,76 %, AJ 2025: 9,96 %): Es wurden wieder etwas weniger Patientinnen und Patienten mit einem primären Mammakarzinom oder DCIS ohne vorherige präoperative tumorspezifische Therapie innerhalb der ersten 7 Tage nach Diagnosestellung operiert.

Tabelle 17: QI 60659: Nachresektionsrate

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**10,31 %** **O = 6.293** **N = 61.055**
rechnerische Auffälligkeiten	44 von 602 7,31 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	14 / 44 (31,82 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	14 / 602 (2,33 %)	**n. a.**	n. a.

Da in der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2023 ein Fehler vorlag, konnte der Qualitätsindikator in der QS-Dokumentation nicht erfasst werden, sodass als Folge das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 ausgesetzt wurde. Für das Auswertungsjahr 2025 ist für den Indikator kein Referenzbereich vorgesehen, da für ihn eine Risikoadjustierung etabliert wird.

Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz (IDs 211800 und 212400)

Tabelle 18: QI 212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	79,76 % O = 55.238 N = 69.255	77,41 % O = 55.911 N = 72.228	**80,10 %** **O = 58.336** **N = 72.826**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**25 von 492** **5,08 %** **(Refbereich: ≥ 38,35 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 19: QI 211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,48 % O = 61.347 N = 61.665	99,53 % O = 63.707 N = 64.009	**99,63 %** **O = 64.557** **N = 64.795**
rechnerische Auffälligkeiten	50 von 610 8,20 %	51 von 567 8,99 %	**25 von 501** **4,99 %** **(Refbereich: ≥ 98,69 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 51 (21,57 %)	**2 / 51** **(3,92 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 610 (1,80 %)	**2 / 567** **(0,35 %)**	n. a.

Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit diagnostiziertem invasivem Mammakarzinom oder DCIS sollen in einer interdisziplinären Tumorkonferenz besprochen werden, um so die bestmögliche Behandlung für die Betroffenen zu bestimmen. Die interdisziplinäre Tumorkonferenz sollte sowohl präoperativ als auch postoperativ stattfinden.

Das Bundesergebnis für den Indikator zu den postoperativen Tumorkonferenzen (ID 211800) liegt mit 99,63 % im Auswertungsjahr 2025 innerhalb des Referenzbereichs. Von 51 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2024 wurde nach dem Stellungnahmeverfahren bei 2 Leistungserbringern eine qualitativ auffällige Bewertung vorgenommen. Der Grund hierfür lag in anhaltenden Problemen bei der korrekten Dokumentation der postoperativen Therapieplanung in der interdisziplinären Tumorkonferenz. Daraus ergeben sich Hinweise auf multiple Prozessmängel. Aus diesem Grund wurde bei einem Leistungserbringer Maßnahmenstufe 1 eingeleitet.

Die präoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung des Krankheitsbildes und berücksichtigt verschiedene medizinische Perspektiven. Dadurch können individuell angepasste Behandlungsstrategien entwickelt werden, die die Prognose und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessern. Aus diesem Grund wurde zum Auswertungsjahr 2025 (EJ 2024) die präoperative Tumorkonferenz neu in das Qualitätsindikatorenset aufgenommen.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Verfahren *QS MC* liegen die Bundesergebnisse sämtlicher Auffälligkeitskriterien deutlich innerhalb der jeweiligen Referenzbereiche, sodass von einer stabilen Dokumentationsqualität ausgegangen werden kann.

Tabelle 20: Bundesergebnis der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“	0,40 % 269/67.650 (≤ 1,61 %; 95. Perzentil)
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	0,15 % 102/68.113 (≤ 0,87 %; 95. Perzentil)
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	0,64 % 477/74.919 (≤ 400,00 %)
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	0,26 % 174/67.650 (≤ 1,13 %; 95. Perzentil)
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	0,69 % 607/88.136 (≤ 4,36 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,23 % 104.605/104.367 (≥ 95,00 %)
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,23 % 104.605/104.367 (≤ 110,00 %)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,21 % 215/104.367 (≤ 5,00 %)

Tabelle 21: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	2024	13 von 507	2,56	6
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	60659: Nachresektionsrate	2024	8 von 508	1,57	0
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2024	13 von 501	2,59	2
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	2024	11 von 507	2,17	3
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	2024	24 von 511	4,70	3

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	3 von 653	0,46	0
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	1 von 653	0,15	0
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	4 von 653	0,61	1

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Das bestehende Set der Auffälligkeitskriterien hat sich vom Auswertungsjahr 2024 zum Auswertungsjahr 2025 inhaltlich nicht verändert.

Tabelle 22: AK 850363: Angabe „HER2-Status = unbekannt“

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,39 % O = 252 N = 64.962	0,42 % O = 283 N = 67.522	**0,40 %** **O = 269** **N = 67.650**
rechnerische Auffälligkeiten	17 von 615 2,76 %	13 von 573 2,27 %	**13 von 507** **2,56 %** **(Refbereich: ≤ 1,61 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	16 / 17 (94,12 %)	**11 / 13** **(84,62 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	16 / 615 (2,60 %)	**11 / 573** **(1,92 %)**	n. a.

Der HER2-Status ist entscheidend für die Auswahl der Behandlung. Fälle mit der Angabe „unbekannt“ werden aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur HER2-Rate ausgeschlossen. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich (≤ 0,42 %; 95. Perzentil) und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 ergeben sich zum Auswertungsjahr 2024 bei 13 von 573 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse (2,27 %). Bundesweit wurde im Auswertungsjahr 2025 für 269 von 67.650 Fällen eine unbekannte HER2-Angabe dokumentiert (0,40 %). Da sich dieses Auffälligkeitskriterium ausschließlich auf Indikatoren bezieht, deren Referenzbereich ausgesetzt ist, empfiehlt das IQTIG, ab Auswertungsjahr 2025 auf ein Stellungnahmeverfahren zu verzichten.

Tabelle 23: AK 850364: Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,13 % O = 85 N = 65.370	0,14 % O = 98 N = 67.923	**0,15 %** **O = 102** **N = 68.113**
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 618 1,29 %	10 von 577 1,73 %	**8 von 508** **1,57 %** **(Refbereich: ≤ 0,87 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 8 (75,00 %)	**6 / 10** **(60,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 618 (0,97 %)	**6 / 577** **(1,04 %)**	n. a.

Mit dem Auffälligkeitskriterium sollen die Angaben zur Nachresektionsrate nachvollzogen werden. Fälle mit der Angabe „unbekannt" werden aus der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators „Nachresektionsrate" (ID 60659) ausgeschlossen. Der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums ist perzentilbasiert (≤ 0,87 %, 95. Perzentil); zusätzlich ist eine Mindestanzahl von 2 im Zähler definiert. Bundesweit wurde im Auswertungsjahr 2025 für 102 von 68.113 Fällen keine Angabe zur R0-Resektion dokumentiert (0,15 %). Von insgesamt 508 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium haben 8 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Dies macht einen Anteil von 1,57 % aus. Bei 6 Leistungserbringern wurde nach dem Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt, d. h., es lagen konkrete Angaben zur R0-Resektion vor.

Tabelle 24: AK 813068: Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,73 % O = 526 N = 72.324	0,68 % O = 511 N = 74.671	**0,64 %** **O = 477** **N = 74.919**
rechnerische Auffälligkeiten	18 von 613 2,94 %	16 von 584 2,74 %	**13 von 501** **2,59 %** **(Refbereich: ≤ 4 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 18 (72,22 %)	**13 / 16** **(81,25 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 613 (2,12 %)	**13 / 584** **(2,23 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft die Dokumentationsqualität der postoperativen Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde. Eine Fehlkodierung führt zu Ungenauigkeiten in der Grundgesamtheit aller Indikatoren mit Bezug zu invasiven Karzinomen oder DCIS. Wenn ein Leistungserbringer bei 5 oder mehr Fällen eine Diskrepanz in der Dokumentation entweder in der prätherapeutischen Diagnose oder in der postoperativen Histologie aufweist, hat er ein rechnerisch auffälliges Ergebnis (Referenzbereich ≤ 4). Von den 74.919 Fällen in der Grundgesamtheit lagen bei 477 Fällen Diskrepanzen zwischen prä- und postoperativen Histologiebefunden vor. Von insgesamt 501 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium haben 16 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Dies macht einen Anteil von 2,59 % aus. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 13 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet, d. h., laut Dokumentation lag keine Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie vor.

Nach der Beratung mit dem Expertengremium auf Bundesebene soll geprüft werden, ob dieses Auffälligkeitskriterium durch eine Plausibilitätsregel ersetzt werden kann. Grundsätzlich wäre es wünschenswert, möglichst viele Auffälligkeitskriterien durch eine Plausibilitätsregel im Doku-

mentationsbogen zu ersetzen, da so bereits bei der Falldokumentation auf das Dokumentationsproblem hingewiesen werden kann und nicht wie bei einem Auffälligkeitskriterium retrospektiv. So wäre es auch möglich, die Fälle in der Grundgesamtheit der jeweiligen Indikatoren zu berücksichtigen.

Tabelle 25: AK 850372: Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,22 % O = 145 N = 64.962	0,27 % O = 180 N = 67.522	**0,26 %** **O = 174** **N = 67.650**
rechnerische Auffälligkeiten	11 von 615 1,79 %	10 von 573 1,75 %	**11 von 507** **2,17 %** **(Refbereich: ≤ 1,13 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 11 (90,91 %)	**9 / 10** **(90,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	10 / 615 (1,63 %)	**9 / 573** **(1,57 %)**	n. a.

Von 67.650 Fällen mit Angaben zum Rezeptorstatus wurde im Auswertungsjahr 2025 bei 174 Fällen (0,26 %) „unbekannt“ angegeben. Wenn kein Rezeptorstatus bestimmt wurde, fehlt diese Information für die auf die Tumorbiologie abzustimmende Behandlung. Zudem fallen Fälle ohne diese Angabe aus der Grundgesamtheit der Indikatoren zur HER2-Positivitätsrate. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich (≤ 0,27 %; 95. Perzentil) und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 ergeben sich zum Auswertungsjahr 2024 bei 10 von 573 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse (1,75 %). Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 9 Leistungserbringer qualitativ auffällig, da entgegen den Angaben in der QS-Dokumentation ein immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus in der Patientenakte vorlag.

Da sich dieses Auffälligkeitskriterium ausschließlich auf Indikatoren bezieht, deren Referenzbereich ausgesetzt ist, empfiehlt das IQTIG, ab Auswertungsjahr 2025 auf ein Stellungnahmeverfahren zu verzichten.

Tabelle 26: AK 852000: Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,34 % O = 1.121 N = 83.590	1,10 % O = 963 N = 87.518	**0,69 %** **O = 607** **N = 88.136**
rechnerische Auffälligkeiten	31 von 634 4,89 %	28 von 596 4,70 %	**24 von 511** **4,70 %** **(Refbereich: ≤ 4,36 %; 95. Perzentil)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	23 / 31 (74,19 %)	**25 / 28 (89,29 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	23 / 634 (3,63 %)	**25 / 596 (4,19 %)**	n. a.

Von 88.136 Fällen mit Angaben zur Histologiebestimmung wurde im Auswertungsjahr 2025 bei 607 Fällen (0,69 %) der unspezifische ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund angegeben. Damit haben etwa 300 Leistungserbringer weniger als im Vorjahr einen unspezifischen ICD-O-3-Kode kodiert (AJ 2024: 963 von 87.518; 1,10 %). Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich (≤ 4,36 %; 95. Perzentil) und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 ergeben sich bei 24 von 511 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse (4, 70 %). Somit ist der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr konstant (28 von 596; 4,70 %). Zum Auswertungsjahr 2024 haben 25 von 28 Leistungserbringern (89,29 %) ein qualitativ auffälliges Ergebnis erhalten, da der unspezifische ICD-O-3-Kode angegeben wurde, obwohl der genaue Befund in der Patientenakte hinterlegt war. Damit ist der Anteil der qualitativ auffälligen Bewertungen im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (AJ 2023: 74,19 %). Zu berücksichtigen ist dabei, dass es insgesamt weniger Leistungserbringer mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium gab – in der Anzahl sind die qualitativen Auffälligkeiten zwischen den Auswertungsjahren konstant (AJ 2023: 23; AJ 2024: 25).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 27: AK 850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,15 % O = 101.324 N = 101.176	100,60 % O = 104.698 N = 104.070	**100,23 %** **O = 104.605** **N = 104.367**
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 754 0,80 %	8 von 717 1,12 %	**3 von 653** **0,46 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 6 (100,00 %)	**7 / 8** **(87,50 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 754 (0,80 %)	**7 / 717** **(0,98 %)**	n. a.

Tabelle 28: AK 850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,15 % O = 101.324 N = 101.176	100,60 % O = 104.698 N = 104.070	**100,23 %** **O = 104.605** **N = 104.367**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 754 0,40 %	2 von 717 0,28 %	**1 von 653** **0,15 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 3 (66,67 %)	**0 / 2** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 754 (0,27 %)	**0 / 717** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 29: AK 850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,19 % O = 191 N = 101.176	0,19 % O = 202 N = 104.070	**0,21 %** **O = 215** **N = 104.367**
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 754 1,06 %	5 von 717 0,70 %	**4 von 653** **0,61 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 8 (12,50 %)	**2 / 5** **(40,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 754 (0,13 %)	**2 / 717** **(0,28 %)**	n. a.

Im Unterschied zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit weisen nicht automatisch alle Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf, bei denen keine 100%-ige Vollzähligkeit vorlag. Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Überdokumentation, Unterdokumentation oder eine erhöhte Anzahl an angelegten Minimaldatensätzen vorgelegen haben.

Grundsätzlich ist der Dokumentationsbogen des Verfahrens *QS MC* so aufgebaut, dass pro Patientin oder Patient ein übergeordneter Bogen angelegt wird. Darin wird ein Brustunterbogen pro betroffener Seite angelegt, dem dann zu jeder Operation ein Bogen angehängt wird. Gerade im letzten Jahr mussten vermehrt MDS angelegt werden, wenn die interessierende Diagnose und die interessierende Operation an zwei verschiedenen Seiten stattgefunden haben.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul MC

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024[1]	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	6.979	-	6.135	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	6.979	100,00	6.135	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	610	8,74	603	9,83
davon ohne QSEB-Übermittlung	18	2,95	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	593	100,00	603	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	592	99,83	603	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	1	0,17	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	95	16,02	119	19,73
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	498	83,98	484	80,27
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	498	100,00	484	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	0,40	4	0,83
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	312	52,61	308	51,08
Bewertung als qualitativ auffällig	106	17,88	87	14,43
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	8,43	54	8,96
Sonstiges	30	5,06	35	5,80

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024[1]	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	58	n. a.	33	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS MC* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 insgesamt 12 von 13 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 6.135 Indikatorergebnisse ermittelt wurden. Zu 484 von 603 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen. Zu 4 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein Gespräch durchgeführt, bei keinem Leistungserbringer hat eine Begehung stattgefunden. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 87 Ergebnisse als qualitativ auffällig und 308 Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse einem Anteil von 14,43 % bzw. 51,08 % entspricht.

In allen Qualitätsindikatoren gab es jedoch auch rechnerisch auffällige Ergebnisse, zu denen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. Begründet wurde das insgesamt 57-mal mit der bestehenden Mindestmenge von 40 chirurgischen Brustkrebsbehandlungen im Kalenderjahr 2024. Daneben wurden statistische, methodische oder inhaltliche Gründe (34-mal) sowie in 25 Fällen eine geringe Abweichung vom Referenzbereich als Grund angegeben. In 3 Fällen wurden eine besondere klinische Situation bzw. klinische Umstrukturierungen als Gründe genannt. Bei 33 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert; damit hat sich die Anzahl gegenüber dem Vorjahr verringert. Die Maßnahmenstufe 2 wurde wie im Vorjahr in keinem Fall empfohlen.

Die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) haben regelhaft Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel festgestellt, vor allem wenn das Vorgehen nicht leitliniengerecht war. Beim Indikator zur präoperativen Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund (ID 212000) wurde in 3 Fällen Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden in den Qualitätsindikatoren „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (ID 51847) (10 von 40; 25,00 %) und „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund“ (ID 212000) (10 von 44; 22,73 %) festgestellt.

Die meisten unauffälligen Ergebnisse bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden in dem Qualitätsindikator „HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate“ (ID 52267) (32 von 51; 62,75 %) festgestellt. In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren werden regelhaft unvermeidliche, schicksalhaft verlaufende und medizinisch begründete Einzelfälle, bei denen keine Mängel in der Qualität der medizinischen Leistungserbringung zu erkennen waren, als Begründung für eine Einstufung als qualitativ unauffällig genannt. Zudem können auffällige Ergebnisse nicht immer dem Leistungserbringer zugeschrieben werden, weshalb dieser Indikator ab Erfassungsjahr 2026 (AJ 2027) nicht weitergeführt wird. Bis dahin ist das Stellungnahmeverfahren ausgesetzt.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 war bei 8,96 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (54 von 484) aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich. Die meisten Dokumentationsfehler (4 von 13; 30,77 %) wurden im Qualitätsindikator „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ (ID 52330) identifiziert.

Teilweise kann es vorkommen, dass Leistungserbringer mehrfache Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren in *QS MC* aufweisen. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten treten gehäuft auf – so wiesen insgesamt 82 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 75 Leistungserbringern wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Es gibt 10 Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten in 2 Qualitätsindikatoren, und 2 Leistungserbringer werden sogar in mehr als 3 Indikatoren auffällig. Im Vergleich zum Vorjahr ist aber ein Rückgang der Anzahl der Leistungserbringer zu beobachten, die mehr als 3 qualitative Auffälligkeiten aufweisen (AJ 2023: 5).

Tabelle 31: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) - MC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
169	82	75	59	10	2

Im zum Auswertungsjahr 2024 geführten Stellungnahmeverfahren wurde zum Qualitätsindikator „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund“ (ID 212000) eine Rückfrage an eine LAG gestellt, da ein Leistungserbringer mit einem Indikatorergebnis von weniger als 50 % stark abwich. Die Abweichung des Leistungserbringers wurde bei der LAG thematisiert und via QSEB-Daten an das IQTIG übermittelt. Die in dem Indikator erfassten Markierungsverfahren richten sich nach den Leitlinienempfehlungen (Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 78f.). In der klinischen Praxis werden jedoch weitere Markierungsverfahren verwendet, für die dem IQTIG derzeit keine Evidenz vorliegt. Bei dem Leistungserbringer lagen keine weiteren Gründe vor, die zu der rechnerischen Auffälligkeit geführt haben.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden insgesamt 8 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 5.069 Auffälligkeitskriterienergebnisse ermittelt wurden.

Zu 89 von 92 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 3-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 73 Ergebnisse als qualitativ auffällig bzw. 12 Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet, was bezogen auf 92 rechnerisch auffällige Ergebnisse einem Anteil von 79,35 % bzw. 13,04 % entspricht. Bei 8 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zu den Auffälligkeitskriterien „Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund“ (ID 852000) (28 von 596; 4,70 %), und „Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ (ID 813068) (16 von 584; 2,74 %) ermittelt.

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, in den Auffälligkeitskriterien „Angabe ‚immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt‘“ (ID 850372) (9 von 10; 90 %) und „Angabe des unspezifischen ICD-03-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund“ (ID 852000) (25 von 28; 89,29 %) festgestellt. Demnach wurde hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums ID 850372 bei 90,0 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bestätigt, dass in den Befunden eine Angabe zum immunhistochemischen Hormonrezeptorstatus vorlag. In Bezug auf das Auffälligkeitskriterium 852000 erwies es sich demzufolge als zutreffend, dass 89,29 % der Leistungserbringer einen spezifischen ICD-O-3-Kode hätten angeben können.

Die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich für das Auswertungsjahr 2024 im Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor‘“ (ID 850364) (4 von 10; 40,00 %). In den Rückmeldungen der LAG wurde als Begründung für das qualitativ unauffällige Ergebnis auf Einzelfälle hingewiesen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass von den Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen nach dem Stellungnahmeverfahren bei den Auffälligkeitskriterien mehr qualitativ auffällige Ergebnisse erkannt wurden als bei den Qualitätsindikatoren. Es liegen also bei einigen Leistungserbringern Dokumentationsprobleme vor.

© IQTIG 2025

Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) - MC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
63	11	2	53	8	1

Teilweise kann es vorkommen, dass Leistungserbringer mehrfache Auffälligkeiten in den Auffälligkeitskriterien im Verfahren *QS MC* aufweisen. Bei 11 Leistungserbringern gab es jeweils 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse, bei 2 Leistungserbringern wurde eine rechnerische Auffälligkeit bei 3 oder mehr Ergebnissen festgestellt. Auch bei den qualitativen Auffälligkeiten gab es 8 Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten in 2 Auffälligkeitskriterien und einen Leistungserbringer, der sogar in mehr als 3 Auffälligkeitskriterien auffällig geworden ist.

4 Evaluation

Die Rückmeldungen der LAG zum Verfahren *QS MC* beziehen sich überwiegend auf die Indikatorengruppe „HER2-Positivitätsrate" (IDs 52267 und 52278), die Gruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden" (IDs 212000 und 212001) und den Qualitätsindikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung" (ID 51846). Zu letzterem Indikator wurde vorgeschlagen, Patientinnen und Patienten, bei denen Gewebe mittels eines chirurgischen Eingriffs entnommen wird (offene Probeentnahme), aus der Grundgesamtheit auszuschließen, da es sich um eine Sondersituation handele. Dieser Vorschlag wurde mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten und abgelehnt: Auch wenn es sich bei einer offenen Probeentnahme nicht um eine präoperative Untersuchung handelt, sollen diese Einzelfälle weiterhin im Stellungnahmeverfahren besprochen werden.

Zur Indikatorengruppe „HER2-Positivitätsrate" wurden dem IQTIG vereinzelt Verständnisprobleme der Leistungserbringer beim Ausfüllen des Dokumentationsbogens zurückgemeldet. Da diese Indikatorengruppe als Ergebnis der Eckpunkteprüfung entfallen wird, wird auf eine Anpassung des Dokumentationsbogens jedoch verzichtet.

Zur Gruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden" wurde zurückgemeldet, dass bestimmte Fallkonstellationen im Dokumentationsbogen nicht korrekt abgebildet werden können. In einigen Fällen würden Plausibilitätsregeln das Abschließen des Dokumentationsbogens verhindern. Es wurde angemerkt, dass eine - u. a. in der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) empfohlene - ultraschallgestützte Markierung in der Berechnung der Indikatoren nicht berücksichtigt wird. Zudem sei es sinnvoller, die beiden Indikatoren (IDs 212000 und 212001), die jeweils Befunde mit und ohne Mikrokalk betrachten, zu einem Indikator zusammenzulegen, da nicht immer gut zu unterscheiden sei, wann in einem Tumor Mikrokalkablagerungen vorliegen. Im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung wurde die Indikatorengruppe geprüft. Da davon auszugehen ist, dass die bisherigen Leitlinienempfehlungen bzgl. der Markierung beibehalten werden und lediglich um weitere Verfahren ergänzt werden, wird die Indikatorengruppe weitergeführt.

Im Expertengremium auf Bundesebene wurden außerdem die Entwicklungen zum Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation" (ID 51370) besprochen. Die Detailergebnisse lassen hier seit Jahren erkennen, dass sich die Zeit zwischen Diagnose und Operation verlängert, im Auswertungsjahr 2025 betrug sie im Median 29 Tage. Diese Entwicklung kann negative Auswirkungen auf den Therapieerfolg der Patientinnen und Patienten haben. Aus verschiedenen systematischen Reviews von Kohortenstudien geht hervor , dass eine verlängerte Zeit zwischen Diagnose und Operation mit einem schlechteren Krankheitsverlauf und einer schlechteren Überlebensrate einhergehen kann. Der lange Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation wird derzeit nicht in einem Qualitätsindikator abgebildet, sondern lediglich in einer Kennzahl der Bundesauswertung. Um die Hintergründe zu erkennen, die zu einem langen zeitlichen Abstand führen, sind die Erkenntnisse aus dem Stellungnahmeverfahren notwendig. Daher sollte dieser Aspekt in Zukunft als Qualitätsindikator ausgewertet werden.

Zudem wurde das IQTIG darauf hingewiesen, dass sich die Rechenregeln und die Spezifikationsdokumente auf die S3-Leitlinie zur „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ beziehen, obwohl sich diese derzeit in Überarbeitung befindet.

Die Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS MC* sollen insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Ziele des Verfahrens verfolgen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Prozessqualität
- Verbesserung der Ergebnisqualität

Für das Auswertungsjahr 2024 haben 4 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und die Antworten an das IQTIG übermittelt.

Rückmeldungen zu vielen der oben genannten Themen werden von den LAG seit Jahren an das IQTIG übermittelt. Während der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung hat keine Verfahrenspflege stattgefunden. Änderungen, die sich aus der Überprüfung ergeben, sind mit der Spezifikation und den Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026 (AJ 2027) umgesetzt. Die Indikatorengruppe HER2-Positivitätsrate (IDs 52267 und 52278) wird als Ergebnis der Verfahrensüberprüfung abgeschafft. Hintergrund der Entscheidung ist, dass die Validität der Indikatoren gering sowie die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer nicht immer gegeben ist. Daraus ergibt sich, dass auffällige Ergebnisse nicht immer dem Leistungserbringer zugeschrieben werden können. Ebenfalls zur Abschaffung empfohlen ist der bis zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertete (seit dem Auswertungsjahr 2025 als Transparenzkennzahl geführte) Qualitätsindikator „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (Sentinel Event, ID 2163), da er nur noch ein geringes Potenzial zur Verbesserung aufweist. Im Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens liegen bei diesem Qualitätsindikator seit dem Erfassungsjahr 2019 keine qualitativ auffälligen Ergebnisse bei den bewerteten Leistungserbringern mehr vor.

Die Indikatoren der Gruppen zur „Adäquaten Markierung“ (IDs 212000 und 212001) und „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung“ (IDs 52330 und 52279) sollten nach Vorliegen der Aktualisierung der S3-Leitlinie Mammakarzinom erneut überprüft werden; wenn es weitere Empfehlungen zur Markierung gibt, sollen sie in den Rechenregeln berücksichtigt werden. Die Indikatoren zur adäquaten Markierung haben eine unterschiedliche Grundgesamtheit. Da in den Indikator mit Herdbefund (ID 212001) auch die Mischbefunde aus Mikrokalk und Herdbefund eingehen, ist der Nenner mit N = 25.387 (AJ 2025) deutlich größer als beim Indikator ohne Herdbefund (AJ 2025: N = 7.126). Bisher ist in den Rechenregeln noch nicht ersichtlich, in welchen Indikator die Mischbefunde eingehen, sodass den kommenden Rechenregeln eine Erläuterung beigegeben wird.

Die Indikatoren der Gruppe zur intraoperativen Kontrolle bei vorheriger Drahtmarkierung (IDs 52330 und 52279) werden aus auswertungstechnischen Gründen getrennt dargestellt. Da es in der bestehenden Leitlinie zwar eine Empfehlung zur intraoperativen Kontrolle, jedoch keine Empfehlung zur Methode gibt, werden diese Indikatoren ab dem Erfassungsjahr 2026 (AJ 2027) gemeinsam in einem Indikator erfasst und ausgewertet.

In der Frühjahrssitzung des Expertengremiums auf Bundesebene wurde auch der Indikator zur Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ID 51847) beraten. Dabei ging es um die Frage, ob die Ergebnisse der Intergroup-Sentinel-Mamma-Trial (INSEMA-Studie) (Reimer et al. 2025) Auswirkungen auf den Indikator haben. Da Patientinnen und Patienten aus der Studie nicht in den Indikator fallen, ist eine Anpassung der Rechenregel nicht notwendig. Dennoch sollten der Titel und das Ziel des Indikators dahingehend konkretisiert werden, dass deutlich wird, dass keine Axilladissektion bei Histologiestatus pN0 erfolgen darf. Ob und welchen Einfluss die Empfehlungen der aktualisierten S3-Leitlinie Mammakarzinom auf den Qualitätsindikator haben, kann derzeit noch nicht konkretisiert werden.

Da es patientenseitige Risikofaktoren gibt, die die Rate der Nachresektion beeinflussen, wird der Qualitätsindikator zur Nachresektionsrate (ID 60659) in Zukunft risikoadjustiert. Dafür wurde das neue Datenfeld „begleitendes DCIS" eingeführt, das zum Erfassungsjahr 2026 (AJ 2027) erstmalig ausgewertet werden kann. Erst danach ist eine vollständige Risikoadjustierung möglich. Für die Übergangszeit wird der Indikator teilweise risikoadjustiert und das lobuläre Karzinom o. n. A, das über die ICD-O-3: 8520/3 erfasst wird, als Risikofaktor aufgenommen.

Zu den übrigen Qualitätsindikatoren „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung" (ID 51846), „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie" (ID 50719) und der Gruppe zur „Interdisziplinären Tumorkonferenz" (IDs 211800 und 212400) sind derzeit keine Anpassungen geplant. Dennoch sollte das Indikatorenset mit Vorliegen der aktualisierten S3-Leitlinie Mammakarzinom hinsichtlich der Empfehlungen nochmals geprüft werden.

5 Ausblick

Das Expertengremium auf Bundesebene empfiehlt weiterhin, das Verfahren *QS MC* weiterzuentwickeln, das derzeit nur die chirurgische Behandlung von Tumoren in der Brust betrachtet. Es wird seit einigen Jahren der Bedarf gesehen, neue, aussagekräftigere Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die den aktuellen wissenschaftlichen Stand wie auch den klinisch-therapeutischen Fortschritt berücksichtigen. Zudem ist es unabdingbar, Qualitätsaspekte zu berücksichtigen, die auf die spezifische Tumorbiologie abgestimmte Therapieformen berücksichtigen. Besonders nicht operative Therapieformen (Chemotherapie, Strahlentherapie, antihormonelle Therapie), werden bereits jetzt überwiegend ambulant durchgeführt, aber auch die rein chirurgische Behandlung kann im ambulanten Bereich stattfinden, sodass zukünftig eine sektorenübergreifende Betrachtung des Versorgungsbereichs sinnvoll erscheint.

Aufgrund der zunehmend komplexen und individualisierten Versorgung in der Mammachirurgie erscheint es sinnvoll, künftig auch Aspekte der Ergebnisqualität wie das rezidivfreie Überleben zu betrachten, was vor allem über die Auswertung der Daten der klinischen Krebsregister möglich erscheint. Darüber hinaus gewinnt die partizipative Entscheidungsfindung in der Versorgung von onkologischen Patientinnen und Patienten zunehmend an Bedeutung. Daher wäre die Erfassung der Perspektive von Patientinnen und Patienten durch eine Befragung sinnvoll, die die Entscheidungsfindung vor dem Ersteingriff, die Überleitung an den Sektorengrenzen sowie weitere psychoonkologische und sozialmedizinische Aspekte aufgreift.

Literatur

AGO [Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie der DKG] (2025): Leitlinien & Empfehlungen | Guidelines. Empfehlungen gynäkologische Onkologie Kommission Mamma. Taufkirchen: AGO. URL: https://www.ago-online.de/leitlinien-empfehlungen/leitlinien-empfehlungen/kommission-mamma (abgerufen am: 21.05.2025).

Leitlinienprogramm Onkologie (DKG [Deutsche Krebsgesellschaft], DKH [Deutsche Krebshilfe], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]) (2021): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.4. Stand: Juni 2021. Berlin: AWMF. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-045OLl_S3_Mammakarzinom_2021-07.pdf (abgerufen am: 01.07.2025). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

Reimer, T; Stachs, A; Veselinovic, K; Kühn, T; Heil, J; Polata, S; et al. (2025): Axillary Surgery in Breast Cancer - Primary Results of the INSEMA Trial. *The New England Journal of Medicine* 392(11): 1051-1064. DOI: 10.1056/NEJMoa2412063.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

MC: Mammachirurgie

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Mammachirurgie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025

Abgabe 15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

Inhaltsverzeichnis

Einleitung ... 7

Datengrundlagen ... 9

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten ... 9

Ergebnisübersicht ... 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 ... 11

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 ... 14

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen ... 16

51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung ... 16

Details zu den Ergebnissen ... 19

Gruppe: HER2-Positivitätsrate ... 20

52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate ... 20

52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate ... 24

Details zu den Ergebnissen ... 27

Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden ... 29

212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund ... 29

212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund ... 32

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung ... 35

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung ... 35

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung ... 38

Details zu den Ergebnissen ... 41

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS ... 43

50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie ... 46

Details zu den Ergebnissen ... 49

51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie ... 50

Details zu den Ergebnissen ... 53

51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation ... 54

Details zu den Ergebnissen ... 57
60659: Nachresektionsrate ... 58
Details zu den Ergebnissen ... 61
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz ... 62
211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS ... 62
212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS ... 65
Details zu den Ergebnissen ... 68
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 69
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 69
850363: Angabe „HER2-Status = unbekannt“ ... 69
850364: Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ ... 71
813068: Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde ... 73
850372: Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“ ... 75
852000: Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund ... 77
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 79
850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 79
850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 81
850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 83
Basisauswertung ... 85
Basisdokumentation ... 85
Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation ... 87
Befund: Invasive Karzinome (Primärerkrankung) ... 89
Patientin und Patient ... 89
Präoperative Diagnostik und Therapie ... 90
Operation ... 93
Therapie ... 94
Sentinel-Node-Markierung ... 95
Histologie ... 95

Staging ... 97
Tumorgröße und OP-Verfahren ... 100
Tumorstadium und OP-Verfahren ... 102
Postoperativer Verlauf ... 104
Verweildauer im Krankenhaus ... 105
Entlassung ... 106
Befund: DCIS (Primärerkrankung) ... 108
Patientin und Patient ... 108
Präoperative Diagnostik und Therapie ... 109
Operation ... 112
Therapie ... 113
Sentinel-Node-Markierung ... 114
Histologie ... 115
Postoperativer Verlauf ... 116
Verweildauer im Krankenhaus ... 117
Entlassung ... 118
Häufigkeit verschiedener Angaben zum Erreichen des R0-Status bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS (Primärerkrankung) ... 120
Geschlechterstratifizierte Histologie und Grading (Primärerkrankung) ... 121
Befund: Invasive Karzinome (Lokoregionäre Rezidive) ... 127
Patientin und Patient ... 127
Präoperative Diagnostik ... 128
Operation ... 129
Therapie ... 130
Sentinel-Node-Markierung ... 130
Histologie ... 131
Postoperativer Verlauf ... 131
Verweildauer im Krankenhaus ... 132
Entlassung ... 133
Ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion / prophylaktische Mastektomie ... 135
Patientin und Patient ... 135

Präoperative Diagnostik und Therapie ... 136
Operation ... 137
Postoperativer Verlauf ... 137
Verweildauer im Krankenhaus ... 137
Entlassung ... 139
Befund: Risikoläsionen ... 141
Patientin und Patient ... 141
Präoperative Diagnostik und Therapie ... 142
Operation ... 144
Therapie ... 145
Postoperativer Verlauf ... 146
Entlassung ... 147
Befund: Benigne / entzündliche Veränderungen, ausschließlich Normalgewebe ... 149
Patientin und Patient ... 149
Präoperative Diagnostik ... 150
Operation ... 151
Postoperativer Verlauf ... 152
Entlassung ... 153

Einleitung

Das Verfahren Mammachirurgie (QS MC) bezieht sich auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs (Mammakarzinom, Mamma-CA). Mit zuletzt rund 74.500 Neuerkrankungen jährlich ist Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung der Frau. In seltenen Fällen kann diese Erkrankung auch bei Männern auftreten. Im Jahr 2022 wurden 690 Neuerkrankungen für Männer diagnostiziert (KfKD 2024).

Die Früherkennung und die adäquate Diagnostik sowie die stadiengerechte Therapie der Patientin und des Patienten mit einem Brustkrebs ermöglichen es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und die krankheitsbedingte Sterblichkeit zu senken.

Die Behandlungsplanung sollte umfassend, interdisziplinär und sorgfältig erfolgen; bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten sollten stets die individuelle Situation der Patientin bzw. des Patienten, das Therapieziel, die Nutzen-Risiko-Abwägung sowie die Präferenzen der Patientin bzw. des Patienten berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen sowie die informierte, gemeinsame Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten.

Die Indikatoren des Verfahrens Mammachirurgie (QS MC) wurden in diesem Sinne zusammengestellt und nehmen die Aspekte einer guten Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs in den Blick. Ein Qualitätsindikator überprüft das Aufkommen der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung (ID 51846). Neben der prätherapeutischen Diagnosesicherung ist auch der HER2-Status (IDs 52267, 52278) wichtiger Bestandteil der Therapieplanung.

Den betroffenen Frauen und Männern muss ausreichend Zeit eingeräumt werden, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Der Qualitätsindikator ID 51370 überprüft den Abstand zwischen der Diagnosestellung und Therapiebeginn.

Bei den operativen Behandlungsmöglichkeiten des Mammakarzinoms wird zwischen einer brusterhaltenden Operation und einer vollständigen Entfernung der betroffenen Brust (Mastektomie) unterschieden. Nach einer Mastektomie besteht die Möglichkeit eines gleichzeitigen oder späteren Wiederaufbaus der Brust mit Eigengewebe oder Implantaten. Patientinnen mit Mastektomie sollen vor der Operation über die Möglichkeiten der Rekonstruktion informiert werden.

Der Lymphknotenstatus, der eine Aussage darüber ermöglicht, ob und in welchem Ausmaß ein Tumorbefall der in der Achsel befindlichen (axillären) Lymphknoten vorliegt, kann einen Einfluss auf die weitere Therapieplanung und den Verlauf der Erkrankung haben. Um eine Aussage zum Lymphknotenstatus zu ermöglichen, können die Entfernung der Wächterlymphknoten (Sentinel-Lymphknoten) und in bestimmten Fällen die Ausräumung der axillären Lymphknoten (Axilladissektion) notwendig sein. Diese Qualitätsaspekte werden über die Qualitätsindikatoren IDs 2163, 50719 und 51847 betrachtet. In Abhängigkeit von der Art der Operation und je nach Ausdehnung des Tumors bzw. des Lymphknotenbefalls kann eine Bestrahlung erforderlich sein. Des Weiteren sind je nach Art und Eigenschaft des Tumors die

Chemo-, Antihormon- und/oder Antikörpertherapie Bestandteile der Behandlung.

Bei der brusterhaltenden Operation ist es insbesondere bei nicht tastbaren Befunden notwendig eine prä- bzw. intraoperative durch das jeweils geeignete bildgebende Verfahren eine Drahtmarkierung durchzuführen (IDs 212000, 212001, 52330, 52279), um die adäquate Resektion zu ermöglichen.

Die komplette Entfernung des Tumors mit tumorfreien Resektionsrändern ist Voraussetzung für ein niedriges Lokalrezidivrisiko. Der Resektionsrandstatus hat einen prognostischen Effekt beim invasiven Mammakarzinom. Eine komplette Entfernung der Neoplasie im Rahmen des Ersteingriffes sollte erzielt werden, da Nachresektionen für die Patientinnen und Patienten eine wiederholte Narkose mit ihren Risiken und Belastungen bedeutet (ID 60659).

Die konsequente Anwendung wissenschaftlich basierter Standards in der Brustkrebstherapie sowie die psychoonkologische und sozialmedizinische Begleitung des gesamten therapeutischen Prozesses können insgesamt sowohl zu einer verbesserten individuellen Prognose der Betroffenen als auch zu einer erhöhten Lebensqualität führen. In jeder Behandlungsstufe ist die Qualität der Versorgung für das Überleben und die Lebensqualität von entscheidender Bedeutung. Aus der interdisziplinären Zusammenarbeit resultieren die Verbesserung der Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten sowie die Förderung einer evidenzbasierten Praxis. Eine bestmögliche und individuelle Behandlung für von Brustkrebs betroffene Patientinnen und Patienten wird durch Kooperation zwischen den Fachgebieten in interdisziplinären Tumorkonferenzen sichergestellt (IDs 212400, 212800).

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben.

Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	104.605 104.390 215	104.367	100,23
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	624		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	650	653	99,54
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	604	606	99,67

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Mammachirurgie (MC) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https: https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-mc/.
Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Für die Indikatoren 52267, 52278 der (Gruppe „HER2-Positivitätsrate“) und 60659 („Nachresektionsrate“) wurde der Referenzbereich für das AJ 2025 ausgesetzt. Hintergrund ist, dass für diese Indikatoren nach Überprüfung der Eignungskriterien, die Abschaffung der QI-Gruppe bzw. ein grundlegender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 97,00 %	98,65 % O = 74.855 N = 75.876
Gruppe: HER2-Positivitätsrate			
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	Nicht definiert	0,95 O/E = 8.609 / 9.047,37 N = 67.169
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	Nicht definiert	0,95 O/E = 8.609 / 9.047,37 N = 67.169
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden			
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	≥ 94,85 % (5. Perzentil)	96,20 % O = 6.855 N = 7.126
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	≥ 70,92 % (5. Perzentil)	88,66 % O = 22.508 N = 25.387

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung			
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	98,90 % O = 17.294 N = 17.487
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	98,97 % O = 32.967 N = 33.309
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Transparenzkennzahl	0,08 % O = 6 N = 7.413
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5,00 %	3,04 % O = 176 N = 5.790
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90,00 %	97,33 % O = 28.229 N = 29.003
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 1,91 % (90. Perzentil)	1,64 % O = 799 N = 48.771
60659	Nachresektionsrate	Nicht definiert	10,31 % O = 6.293 N = 61.055

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz			
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 98,69 % (5. Perzentil)	99,63 % O = 64.557 N = 64.795
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 38,35 % (5. Perzentil)	80,10 % O = 58.336 N = 72.826

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“[1]	≤ 1,61 % (95. Perzentil)	0,40 % 269 / 67.650	2,56 % 13 / 507
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	≤ 0,87 % (95. Perzentil)	0,15 % 102 / 68.113	1,57 % 8 / 508
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	≤ 4	0,01 477 / 74.919	2,59 % 13 / 501
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“[2]	≤ 1,13 % (95. Perzentil)	0,26 % 174 / 67.650	2,17 % 11 / 507
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	≤ 4,36 % (95. Perzentil)	0,69 % 607 / 88.136	4,70 % 24 / 511
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,23 % 104.605 / 104.367	0,46 % 3 / 653
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,23 % 104.605 / 104.367	0,15 % 1 / 653
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,21 % 215 / 104.367	0,61 % 4 / 653

[1] Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf einen Qualitätsindikator dessen Referenzbereich für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt ist. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.

© IQTIG 2025

[2] Dieses Auffälligkeitskriterium bezieht sich ausschließlich auf einen Qualitätsindikator dessen Referenzbereich für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt ist. Aus diesem Grund wurde den LAG seitens des IQTIG empfohlen kein Stellungnahmeverfahren für dieses Auffälligkeitskriterium durchzuführen.

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

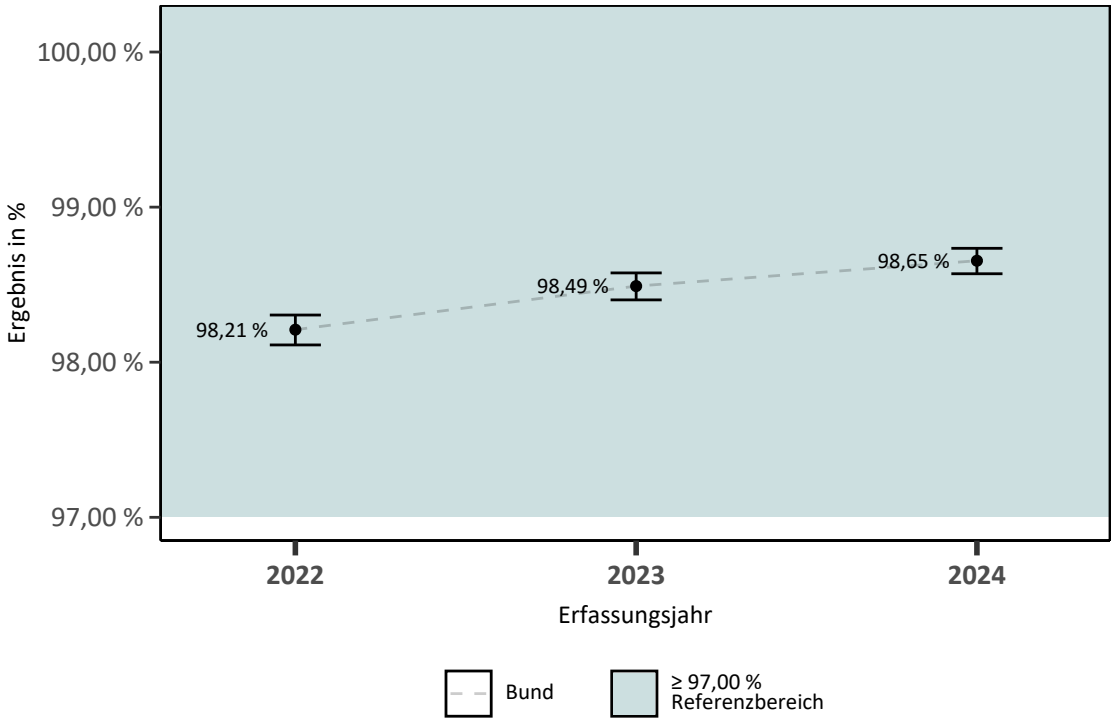
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
Zähler	Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie
Referenzbereich	≥ 97,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

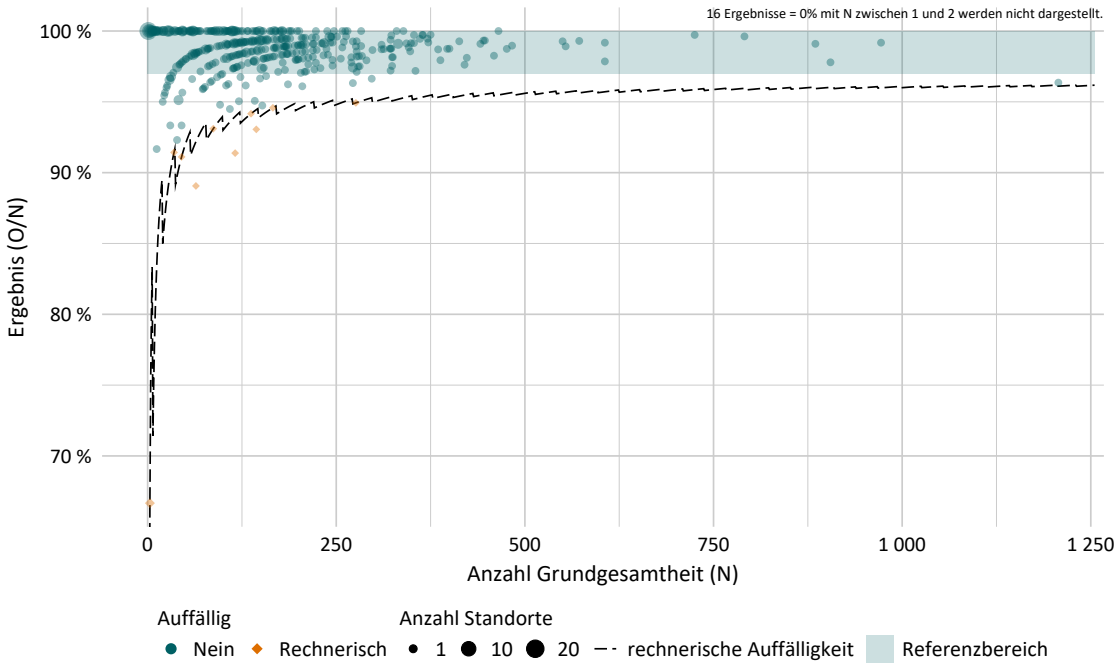
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	71.373 / 72.674	98,21	98,11 - 98,30
	2023	74.462 / 75.603	98,49	98,40 - 98,58
	2024	74.855 / 75.876	98,65	98,57 - 98,73

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	509	27	0,00	100,00	99,12

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 21_22082 Prätherapeutische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und allen postoperativen malignen Histologien	95,13 % 83.003/87.254
1.1.1	**ID: 51846** **Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS**	98,65 % 74.855/75.876
1.1.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
1.1.1.1.1	ID: 21_22000 Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS bei Patientinnen	98,68 % 74.185/75.179
1.1.1.1.2	ID: 21_22001 Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS bei Patienten	95,38 % 558/585
1.1.1.2	Altersverteilung in Jahren	
1.1.1.2.1	ID: 21_22002 ≤ 49 Jahre	15,94 % 12.098/75.876
1.1.1.2.2	ID: 21_22003 ≥ 50 - ≤ 69 Jahre	51,21 % 38.854/75.876
1.1.1.2.3	ID: 21_22004 ≥ 70 - ≤ 79 Jahre	18,92 % 14.355/75.876
1.1.1.2.4	ID: 21_22005 ≥ 80 Jahre	12,58 % 9.548/75.876

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 21_22073 Keine prätherapeutische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und allen postoperativen malignen Histologien	4,87 % 4.251/87.254
1.2.1	Altersverteilung in Jahren	
1.2.1.1	ID: 21_22074 ≤ 49 Jahre	2,01 % 1.755/87.254
1.2.1.2	ID: 21_22075 ≥ 50 - ≤ 69 Jahre	2,02 % 1.762/87.254
1.2.1.3	ID: 21_22076 ≥ 70 - ≤ 79 Jahre	0,52 % 456/87.254
1.2.1.4	ID: 21_22077 ≥ 80 Jahre	0,32 % 278/87.254

Gruppe: HER2-Positivitätsrate

Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen
Zähler	Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für ID 52267 und 52278
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 20 und 90 Jahren) Keine Früherkennung durch ein Mammografie-Screening Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: ypN0 oder ypN1 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pN2 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pN3 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pNX Grading (WHO), mäßig differenziert Grading (WHO), schlecht differenziert Grading (WHO), Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden Positiver histochemischer Rezeptorstatus
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

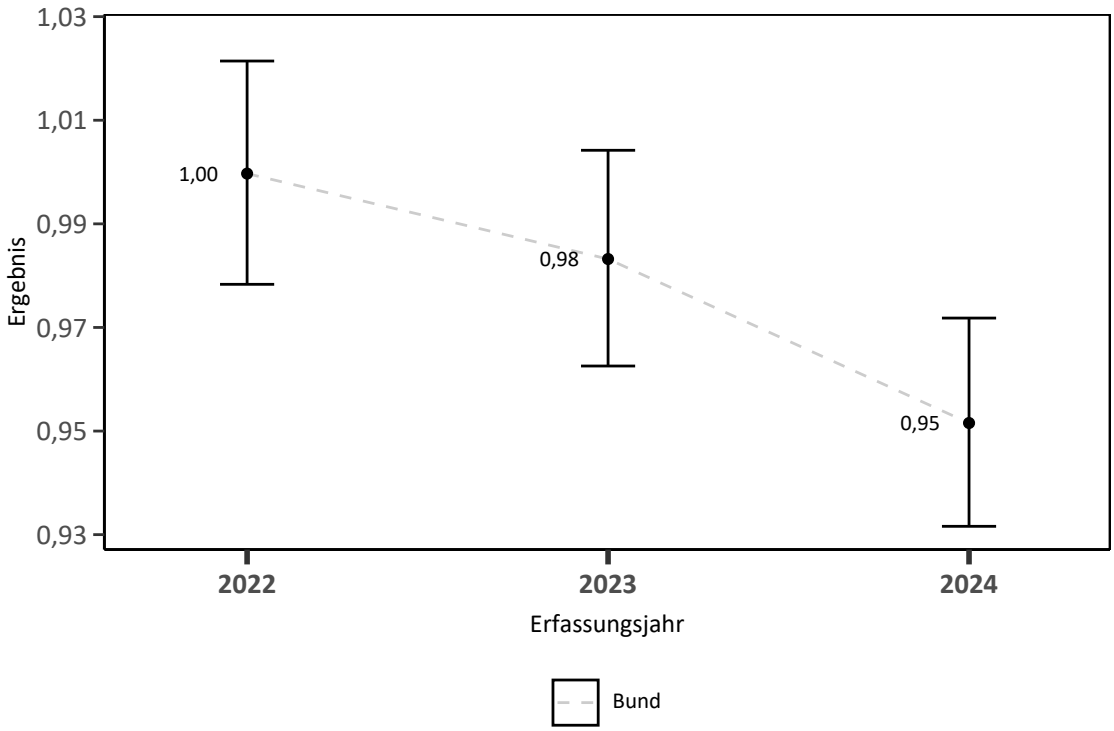
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	64.461	8.264 / 8.266,48	1,00	0,98 - 1,02
	2023	66.534	8.565 / 8.711,28	0,98	0,96 - 1,00
	2024	67.169	8.609 / 9.047,37	0,95	0,93 - 0,97

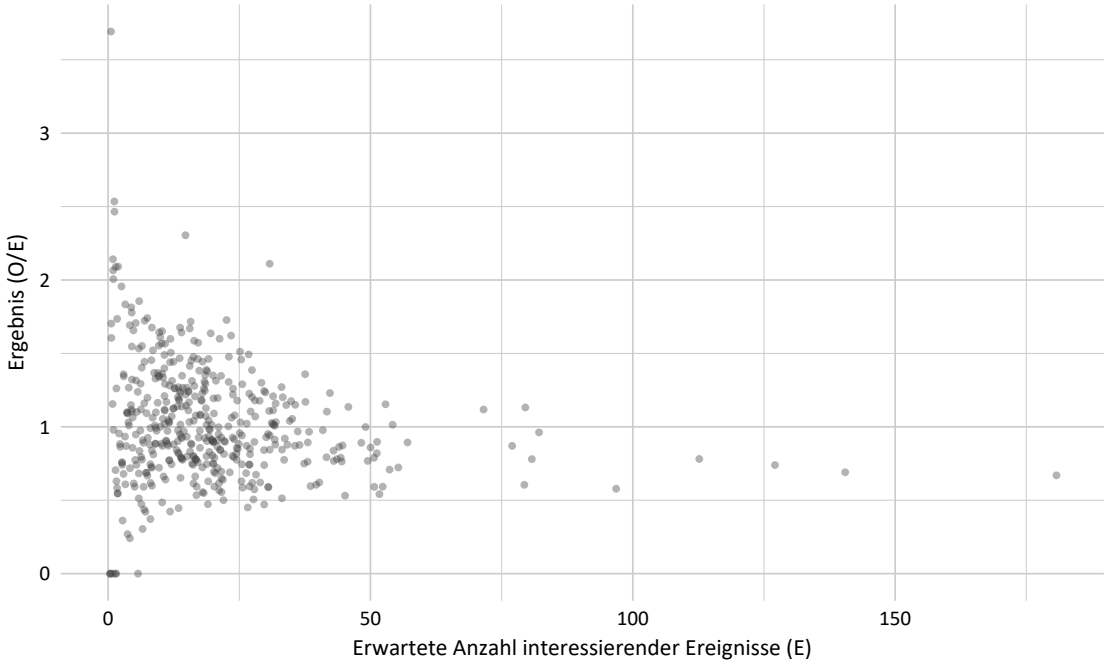
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



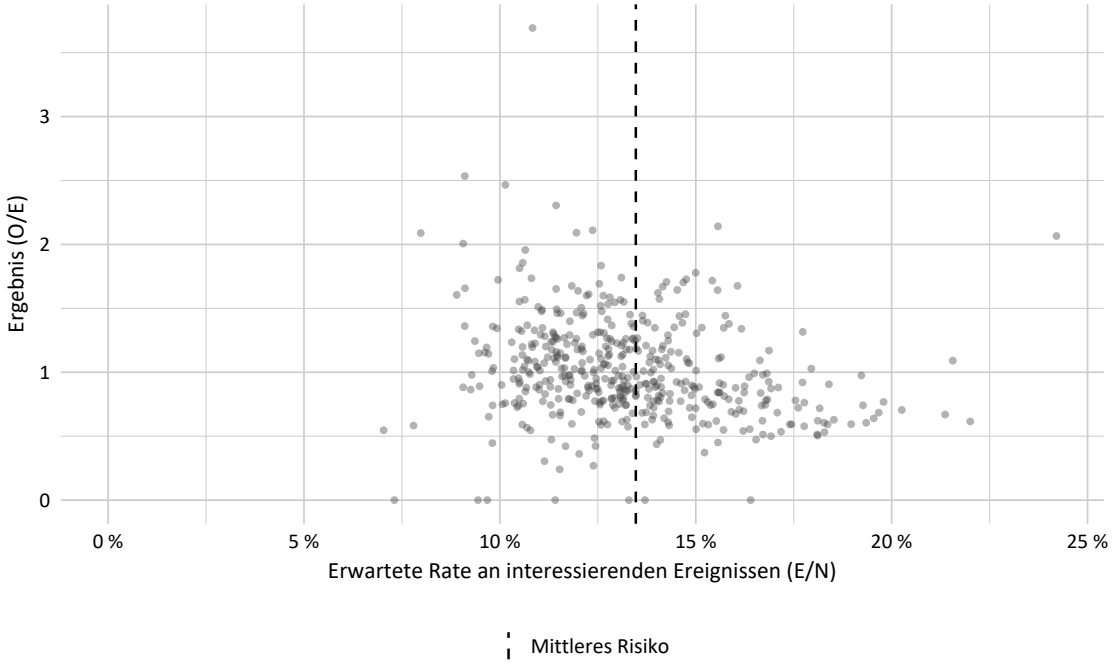
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	454	0	0,00	3,69	0,96

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate

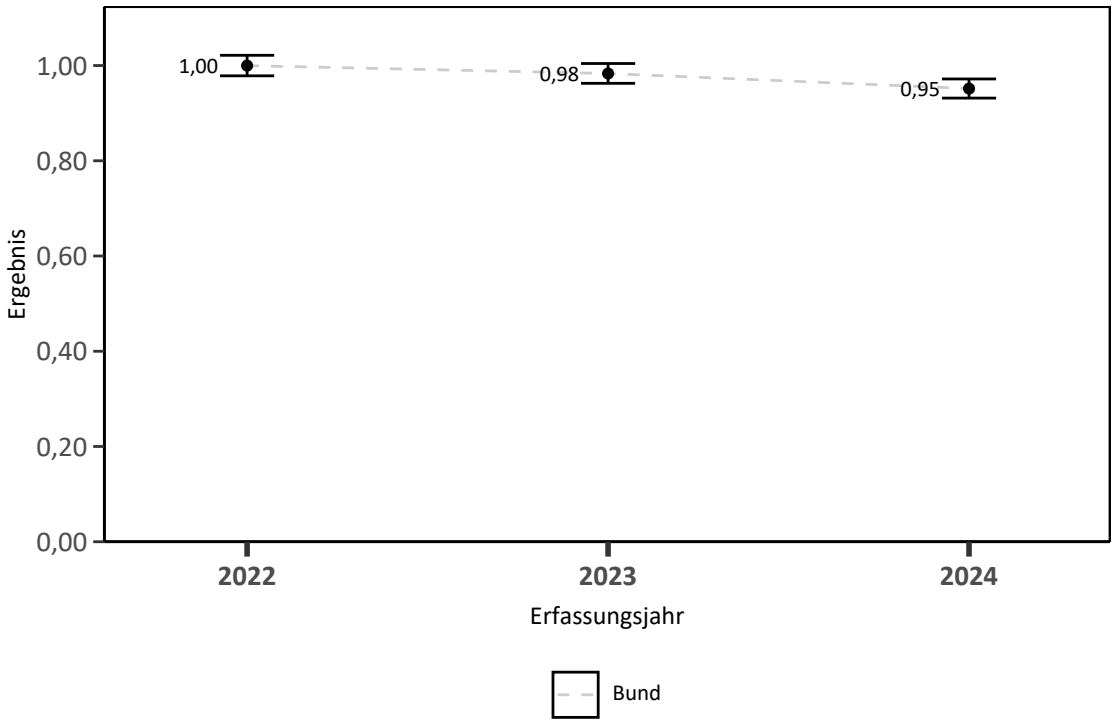
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen
Zähler	Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für ID 52267 und 52278
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 20 und 90 Jahren) Keine Früherkennung durch ein Mammografie-Screening Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: ypN0 oder ypN1 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pN2 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pN3 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pNX Grading (WHO), mäßig differenziert Grading (WHO), schlecht differenziert Grading (WHO), Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden Positiver histochemischer Rezeptorstatus
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

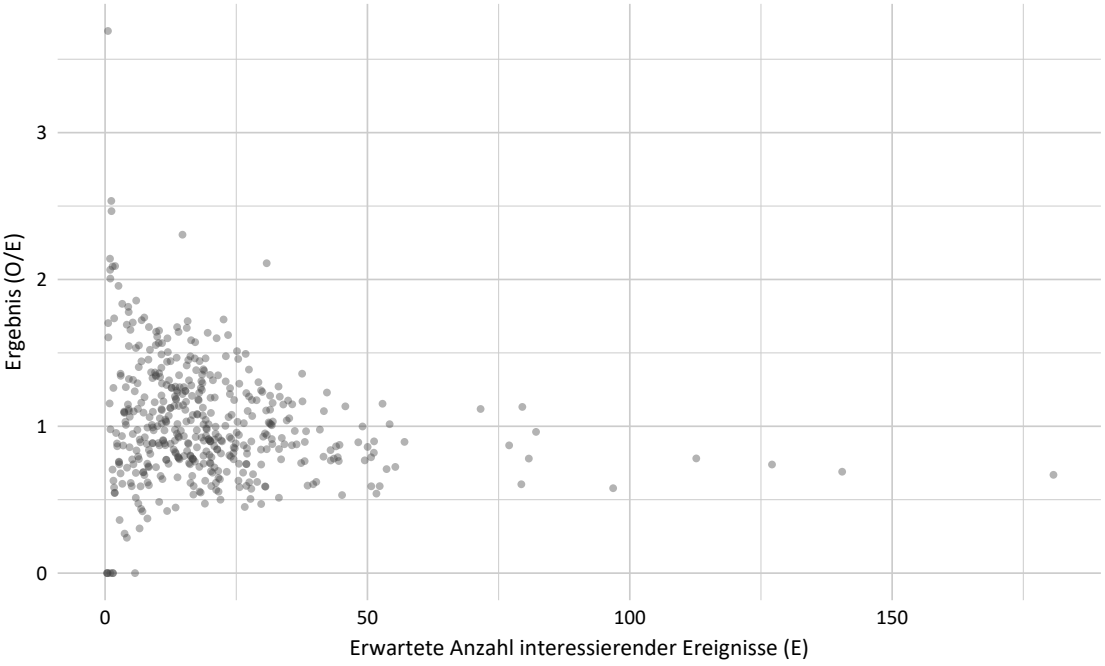
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	64.461	8.264 / 8.266,48	1,00	0,98 - 1,02
	2023	66.534	8.565 / 8.711,28	0,98	0,96 - 1,00
	2024	67.169	8.609 / 9.047,37	0,95	0,93 - 0,97

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



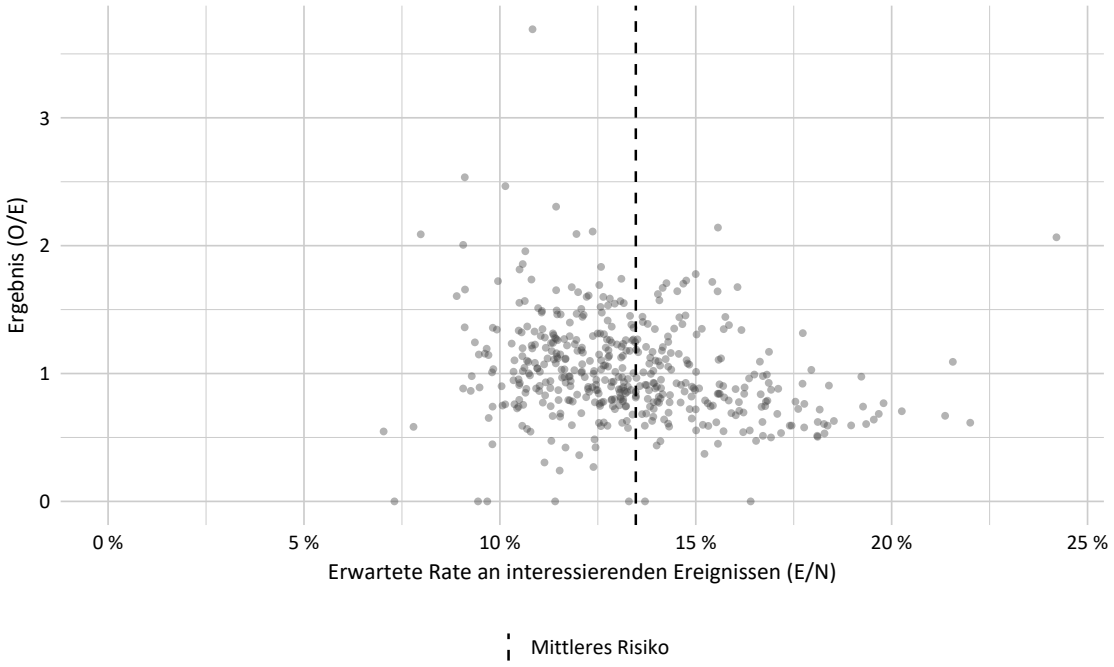
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	454	0	0,00	3,69	0,96

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 21_22010 HER2-Positivitätsrate (Standorte mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen)	12,82 % 8.609/67.169
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression des Qualitätsindikators 52267[3]	
2.1.1.1	ID: O_52267 O/N (observed, beobachtet)	12,82 % 8.609/67.169
2.1.1.2	ID: E_52267 E/N (expected, erwartet)	13,47 % 9.047,37/67.169
2.1.1.3	**ID: 52267** **O/E**	0,95
2.1.2	ID: 212300_52267 HER2-Positivitätsrate	12,82 % 8.620/67.241
2.1.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression des Qualitätsindikators 52278[4]	
2.1.3.1	ID: O_52278 O/N (observed, beobachtet)	12,82 % 8.609/67.169
2.1.3.2	ID: E_52278 E/N (expected, erwartet)	13,47 % 9.047,37/67.169
2.1.3.3	**ID: 52278** **O/E**	0,95
2.1.4	ID: 212301_52278 HER2-Positivitätsrate	12,82 % 8.620/67.241
2.1.5	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
2.1.5.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei Patientinnen[5]	
2.1.5.1.1	ID: 21_22017 O/N (observed, beobachtet)	12,87 % 8.561/66.535
2.1.5.1.2	ID: 21_22018 E/N (expected, erwartet)	13,48 % 8.969,49/66.535
2.1.5.1.3	ID: 21_22020 O/E	0,95
2.1.5.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei Patienten[6]	
2.1.5.2.1	ID: 21_22013 O/N (observed, beobachtet)	6,67 % 36/540
2.1.5.2.2	ID: 21_22014 E/N (expected, erwartet)	11,26 % 60,79/540

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1.5.2.3	ID: 21_22016 O/E	0,59

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[4] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[5] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[6] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff

212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund

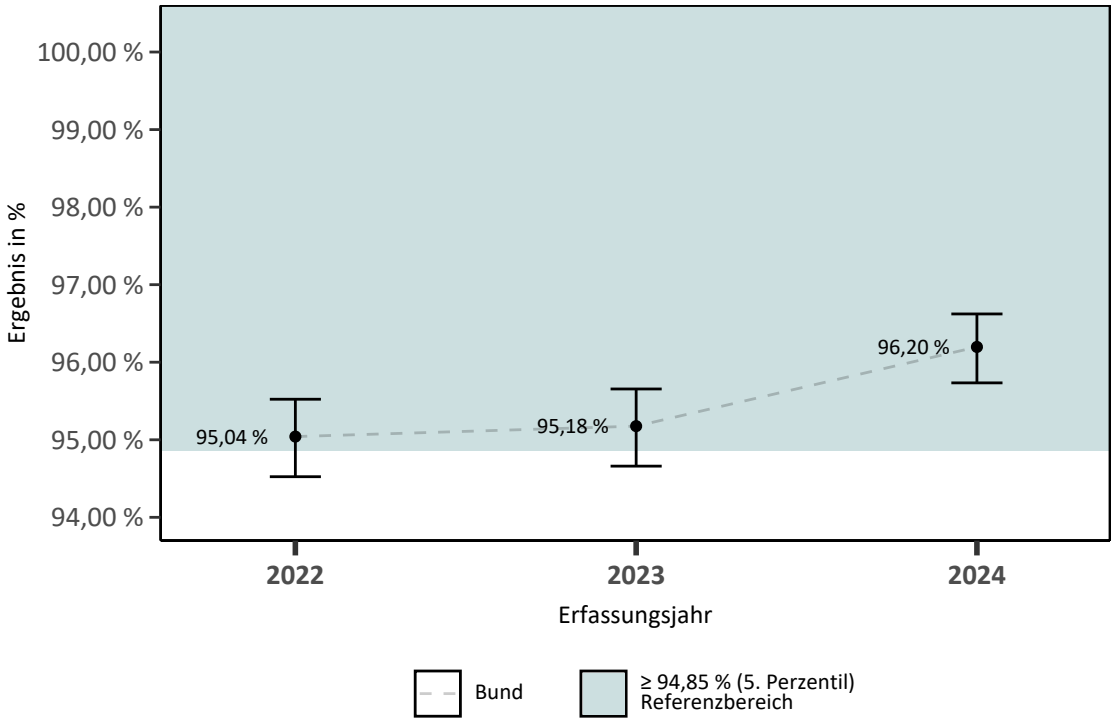
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor und Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT
Referenzbereich	≥ 94,85 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

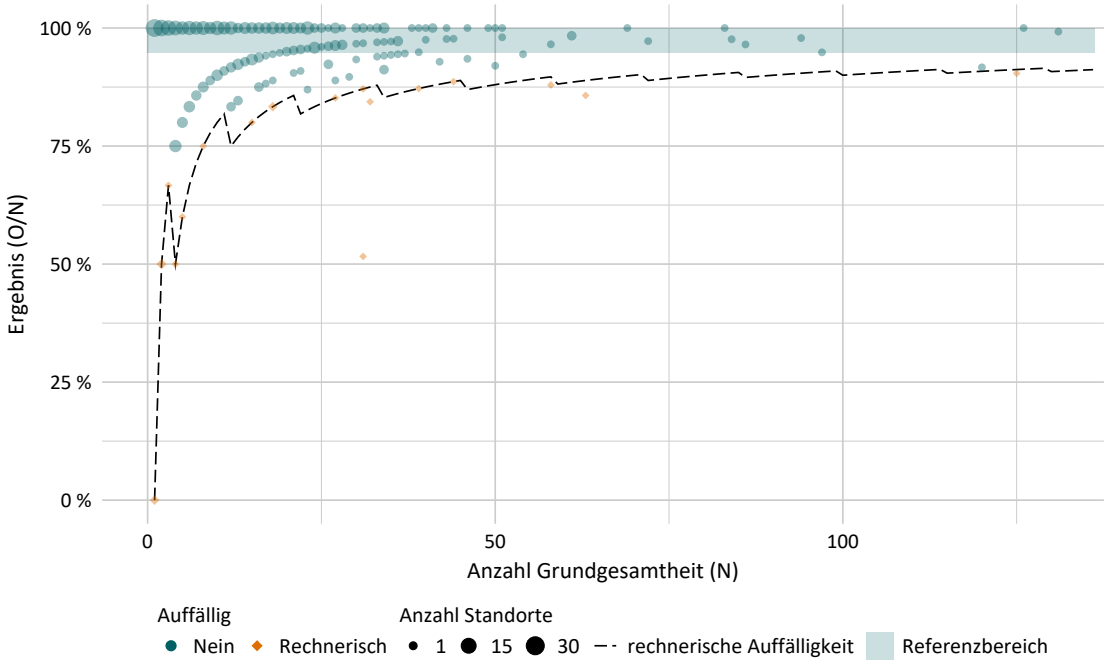
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	6.900 / 7.260	95,04	94,52 - 95,52
	2023	6.787 / 7.131	95,18	94,66 - 95,66
	2024	6.855 / 7.126	96,20	95,73 - 96,62

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	415	21	0,00	100,00	100,00

212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund

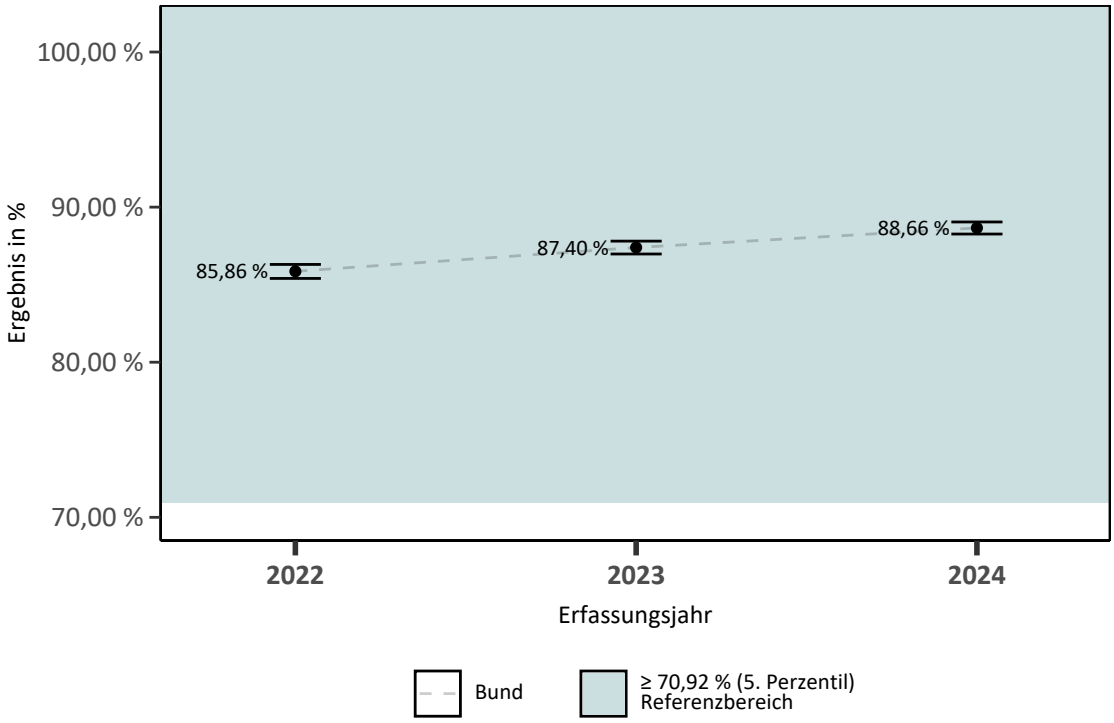
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor mit Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT
Referenzbereich	≥ 70,92 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

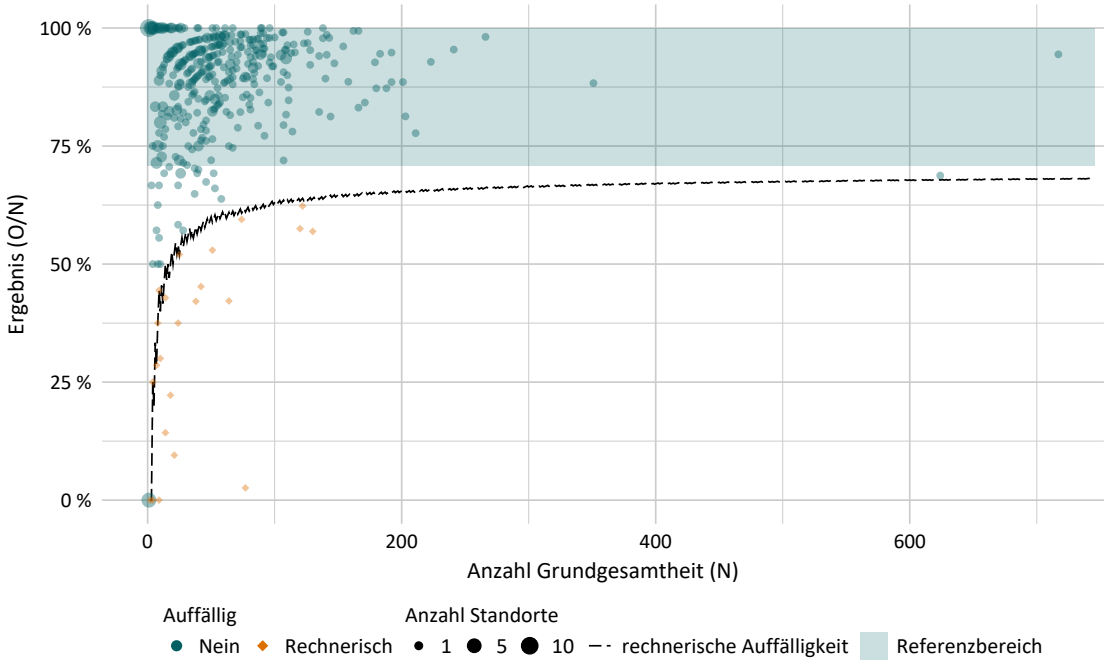
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	19.685 / 22.927	85,86	85,40 - 86,31
	2023	21.347 / 24.425	87,40	86,98 - 87,81
	2024	22.508 / 25.387	88,66	88,27 - 89,05

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	456	23	0,00	100,00	91,94

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

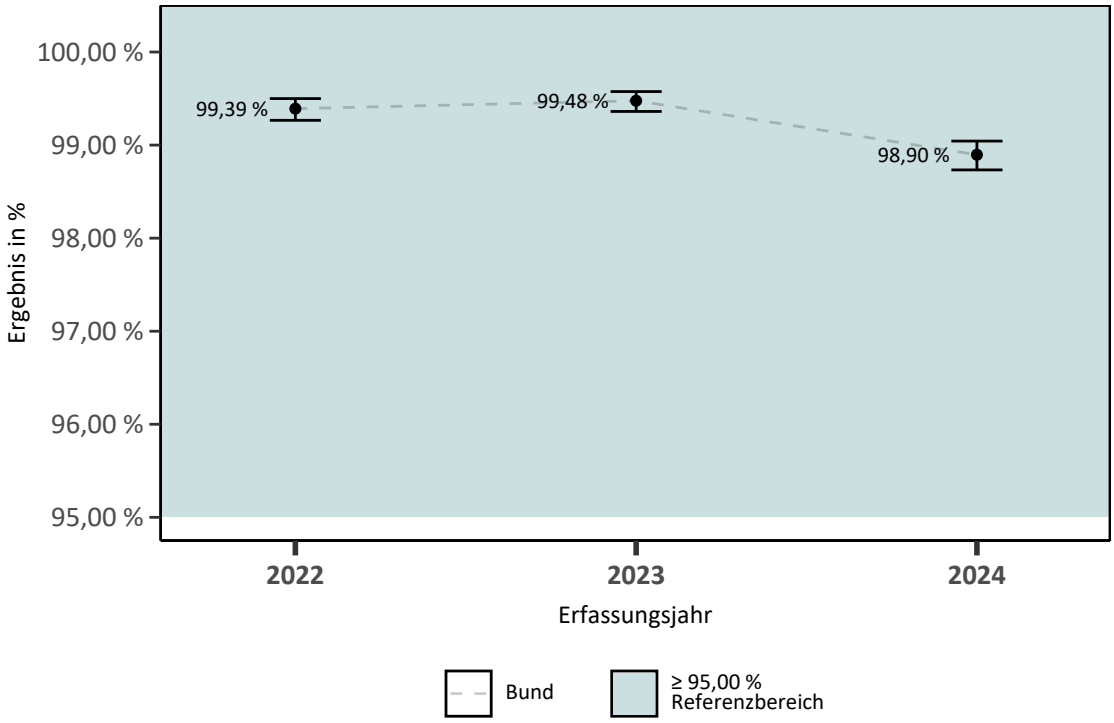
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode
Zähler	Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

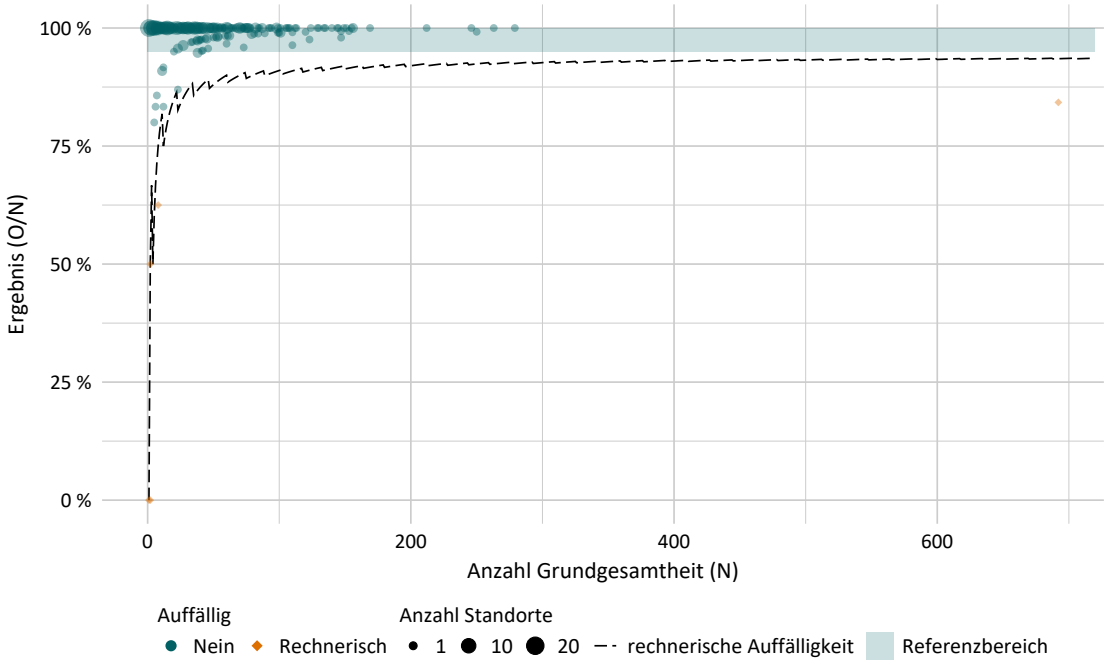
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	16.982 / 17.086	99,39	99,27 - 99,50
	2023	17.483 / 17.575	99,48	99,36 - 99,58
	2024	17.294 / 17.487	98,90	98,73 - 99,04

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	433	5	0,00	100,00	100,00

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

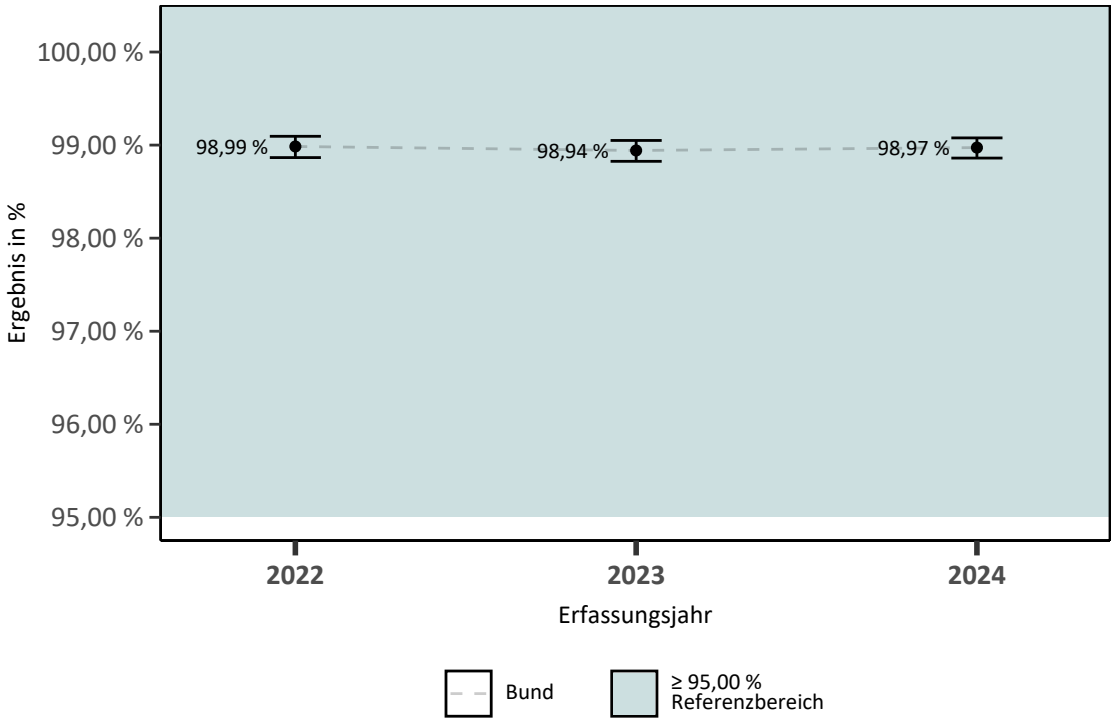
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode
Zähler	Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

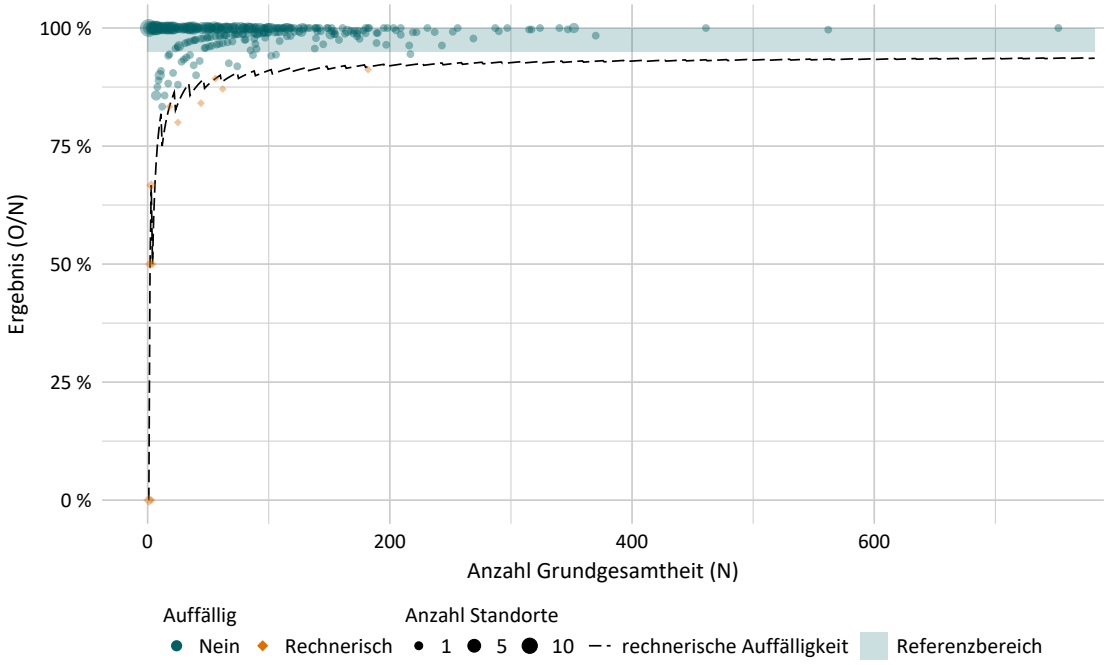
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	29.260 / 29.560	98,99	98,87 - 99,09
	2023	31.615 / 31.953	98,94	98,83 - 99,05
	2024	32.967 / 33.309	98,97	98,86 - 99,08

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	458	15	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	**ID: 52330** **Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung**	98,90 % 17.294/17.487
4.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.1.1.1	ID: 21_22025 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung bei Patientinnen	98,90 % 17.263/17.455
4.1.1.2	ID: 21_22026 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung bei Patienten	80,00 % 4/5

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	**ID: 52279** **Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung**	98,97 % 32.967/33.309
4.2.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.2.1.1	ID: 21_22027 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung bei Patientinnen	98,98 % 32.854/33.191
4.2.1.2	ID: 21_22028 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung bei Patienten	92,31 % 48/52

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Fusion QI 52330 und QI 52279 bei BET(OPS)	
4.3.1	ID: 21_22029 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen	98,66 % 50.869/51.562
4.3.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.3.1.1.1	ID: 21_22030 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen	98,67 % 50.725/51.410

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3.1.1.2	ID: 21_22031 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen bei Patienten	89,66 % 52/58
4.3.2	ID: 21_22032 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung durch MRT bei brusterhaltenden Operationen	79,37 % 608/766

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

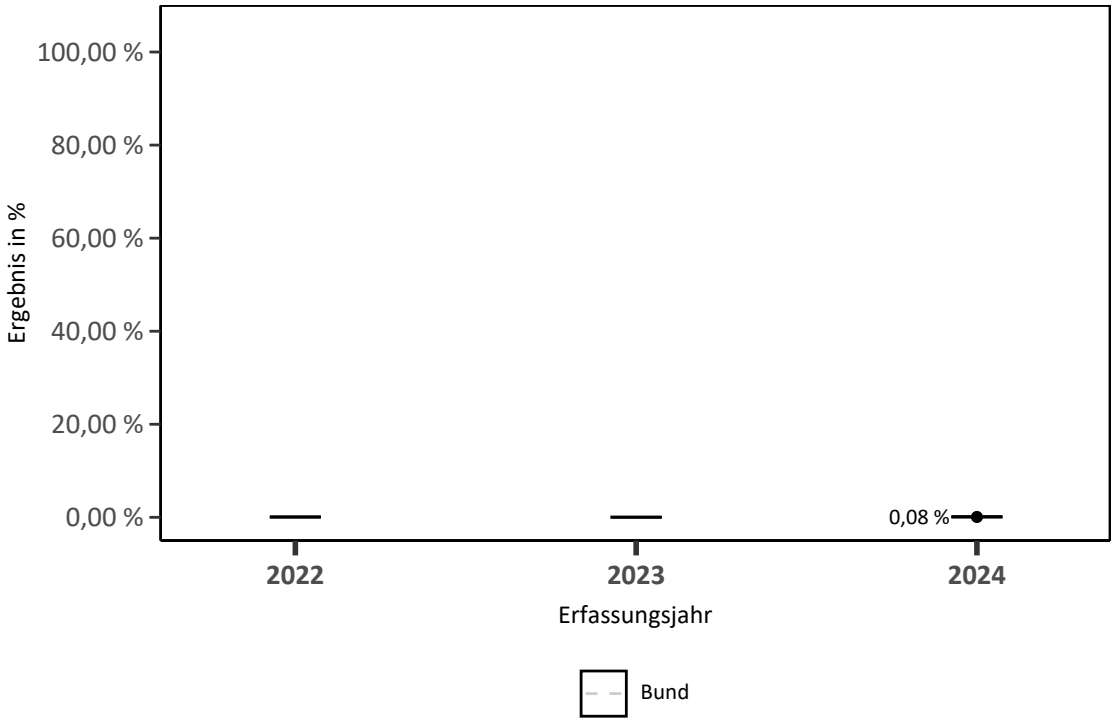
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion bei DCIS
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“
Zähler	Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

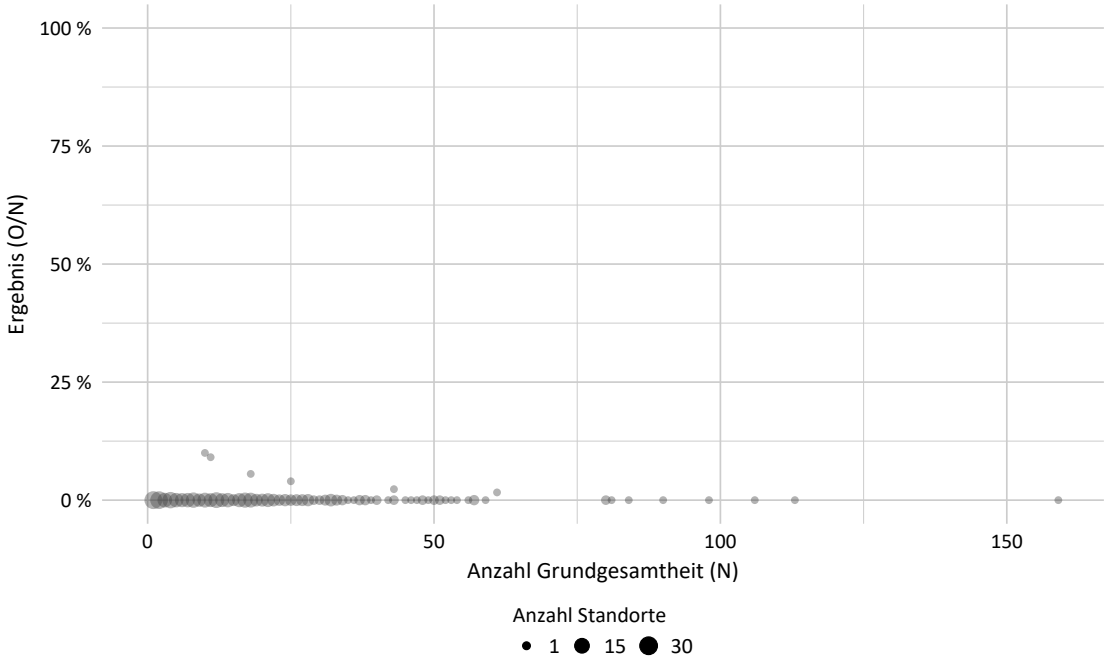
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	≤3 / 6.892	x	0,01 - 0,12
	2023	≤3 / 7.188	x	0,00 - 0,07
	2024	6 / 7.413	0,08	0,03 - 0,17

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	437	0	0,00	10,00	0,00

50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

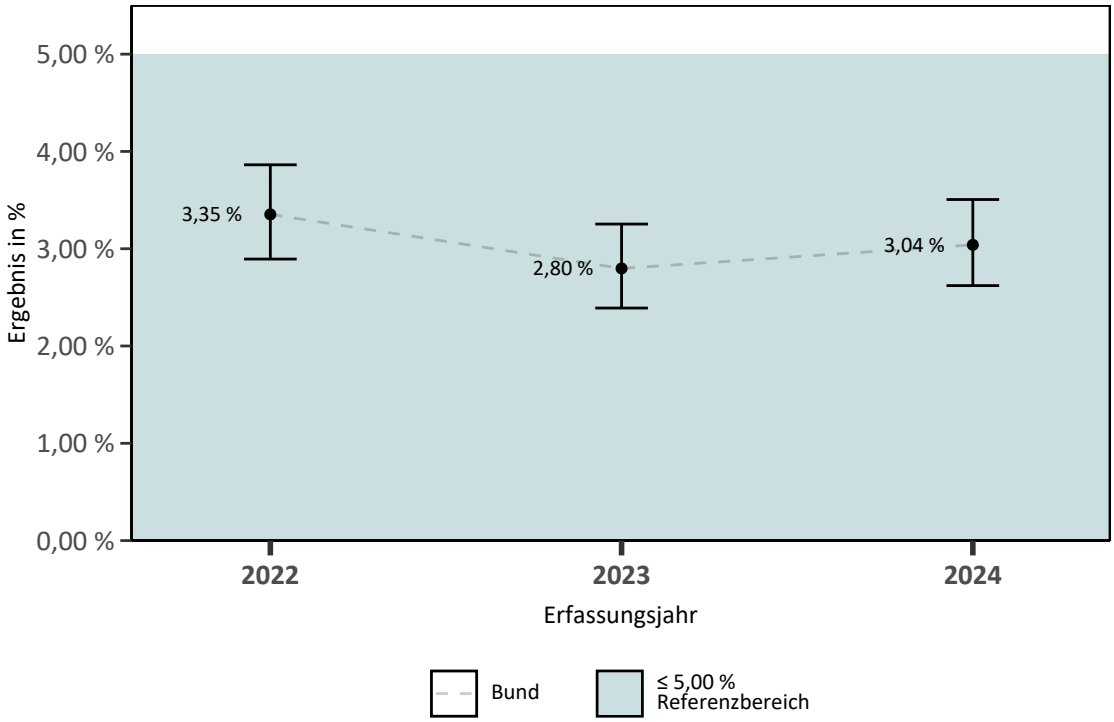
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“
Zähler	Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

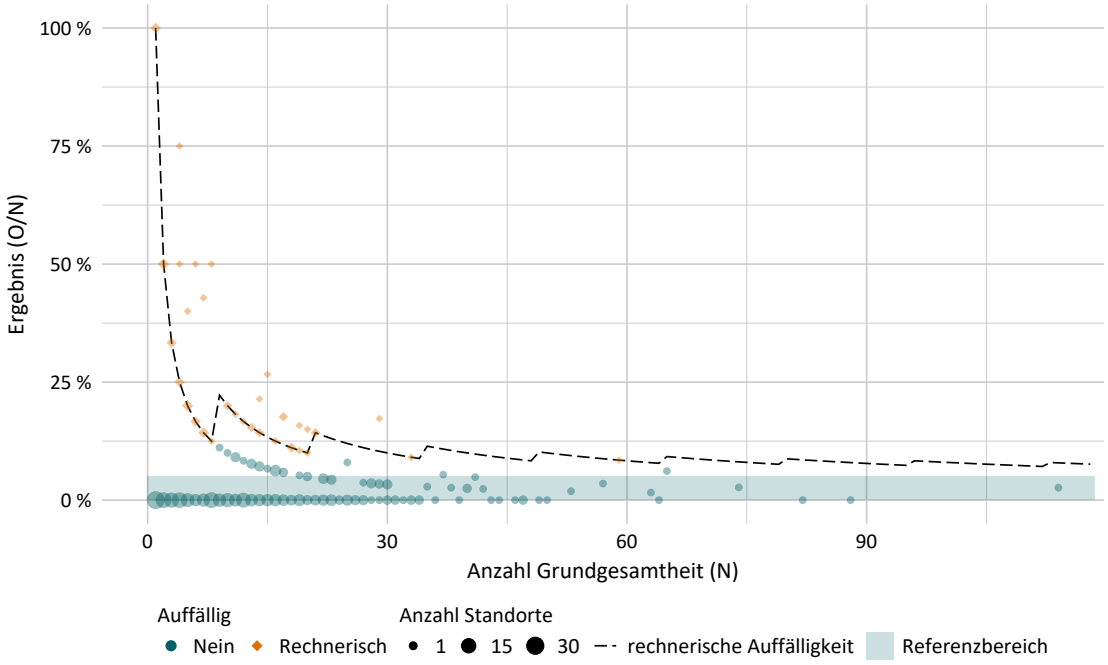
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	178 / 5.309	3,35	2,89 - 3,86
	2023	157 / 5.612	2,80	2,39 - 3,25
	2024	176 / 5.790	3,04	2,62 - 3,51

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	429	60	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	
6.1.1	ID: 21_22078 Patientinnen mit Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	100,00 % 5.914/5.914
6.1.2	ID: 21_22079 Patienten mit Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	100,00 % 14/14
6.1.3	**ID: 50719** **Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und BET**	3,04 % 176/5.790
6.1.4	ID: 21_22037 Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten	0,34 % 20/5.939
6.1.5	ID: 21_22038 Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB	3,10 % 184/5.939

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Lymphknotenentnahme bei DCIS und Mastektomie[7]	
6.2.1	ID: 21_22039 Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme	64,76 % 1.051/1.623
6.2.2	ID: 21_22040 Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten	1,79 % 29/1.623
6.2.3	ID: 21_22041 Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB	51,69 % 839/1.623

[7] Die Kennzahl "Lymphknotenentnahme bei DCIS und Mastektomie" bezieht sich nicht auf die BET wie der QI 50719 sondern stellt den Gegenpart dar.

51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

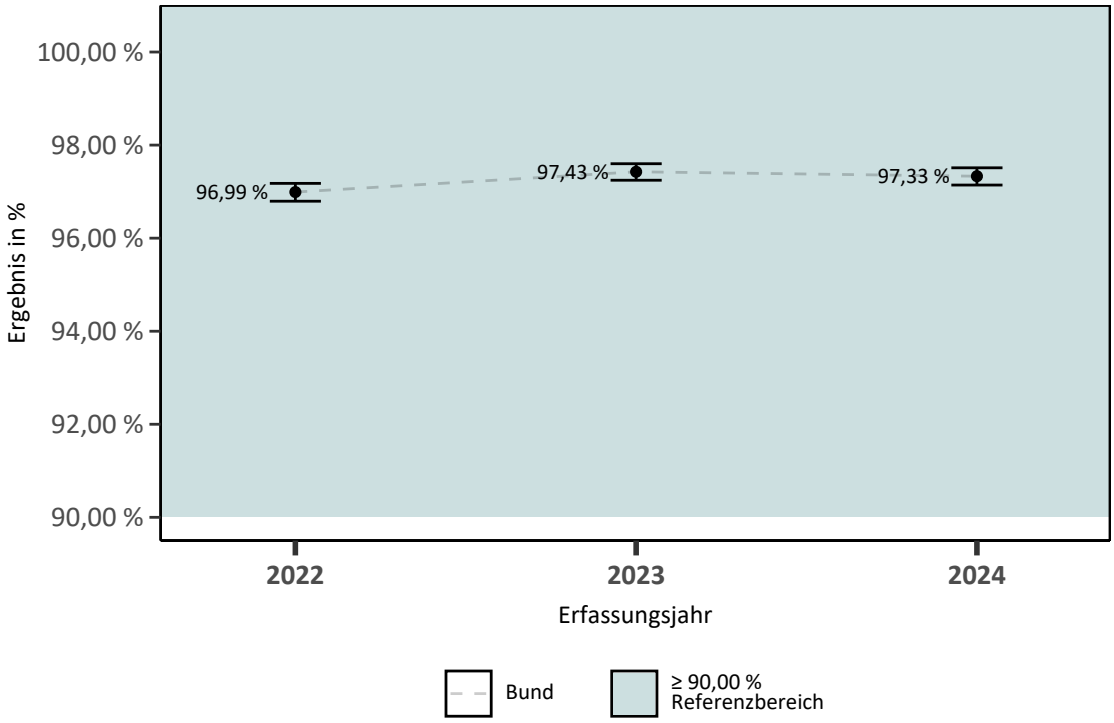
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladissektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladissektion
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

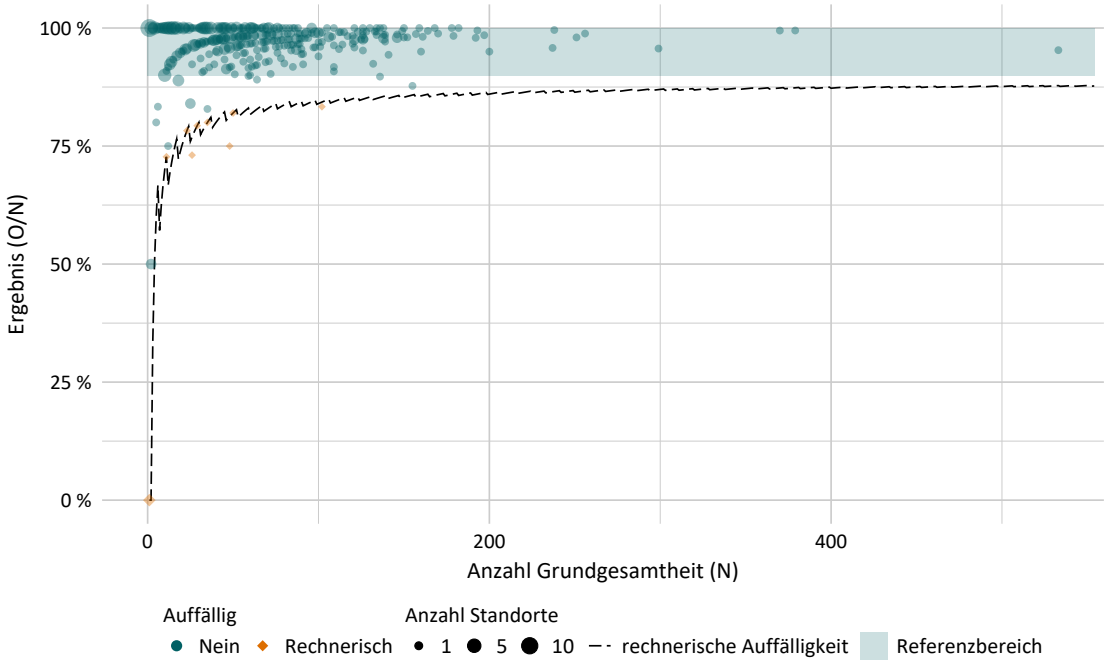
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	29.681 / 30.602	96,99	96,79 - 97,18
	2023	29.873 / 30.662	97,43	97,25 - 97,60
	2024	28.229 / 29.003	97,33	97,14 - 97,51

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	470	12	0,00	100,00	98,33

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 21_22042 Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und keine Axilladissektion bei Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom und negativem pN-Staging ohne präoperative tumorspezifische Therapie, primär-operative Therapie abgeschlossen (alle pT)	97,25 % 28.502/29.308
7.1.1	**ID: 51847** **Stadium pT1 bis pT4**	97,33 % 28.229/29.003
7.1.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
7.1.1.1.1	ID: 21_22043 Stadium pT1 bis pT4 bei Patientinnen	97,35 % 28.002/28.764
7.1.1.1.2	ID: 21_22044 Stadium pT1 bis pT4 bei Patienten	94,57 % 209/221
7.1.1.2	ID: 21_22045 Stadium pT1	98,43 % 20.129/20.451
7.1.1.3	ID: 21_22046 Stadium pT2	95,95 % 7.280/7.587
7.1.1.4	ID: 21_22047 Stadium pT3	90,21 % 654/725
7.1.1.5	ID: 21_22080 Stadium pT4	69,17 % 166/240

51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

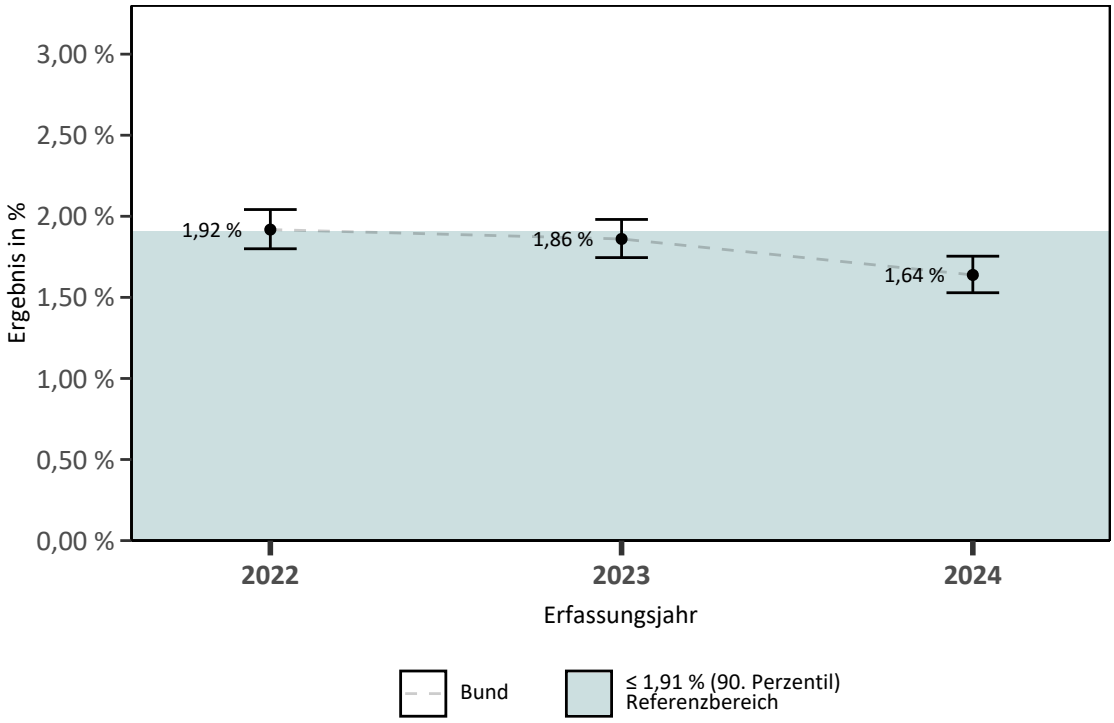
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung oder prätherapeutischer Befundmitteilung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Referenzbereich	≤ 1,91 % (90. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

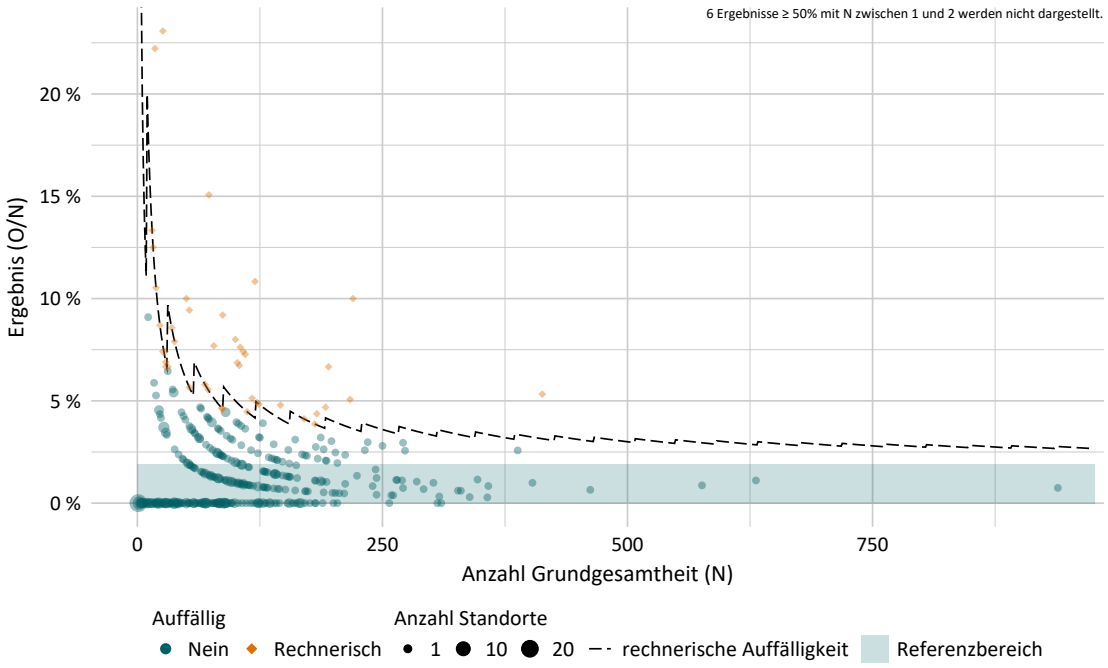
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	948 / 49.427	1,92	1,80 - 2,04
	2023	944 / 50.747	1,86	1,75 - 1,98
	2024	799 / 48.771	1,64	1,53 - 1,75

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	492	49	0,00	100,00	0,87

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation	
8.1.1	**ID: 51370** **< 7 Tage**	1,64 % 799/48.771
8.1.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
8.1.1.1.1	ID: 21_22049 Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation < 7 Tage bei Patientinnen	1,62 % 783/48.318
8.1.1.1.2	ID: 21_22050 Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation < 7 Tage bei Patienten	3,83 % 16/418
8.1.2	ID: 21_22052 ≥ 7 - < 14 Tage	9,64 % 4.702/48.771
8.1.3	ID: 21_22054 ≥ 14 - < 21 Tage	16,33 % 7.965/48.771
8.1.4	ID: 21_22055 ≥ 21 - < 28 Tage	18,06 % 8.809/48.771
8.1.5	ID: 21_22056 ≥ 28 - < 35 Tage	16,26 % 7.932/48.771
8.1.6	ID: 21_22057 ≥ 35 - < 42 Tage	12,63 % 6.158/48.771
8.1.7	ID: 21_22058 ≥ 42 Tage	25,44 % 12.408/48.771
8.1.8	ID: 21_22059 Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation (Median in Tagen)	29,00 29,00/48.771

60659: Nachresektionsrate

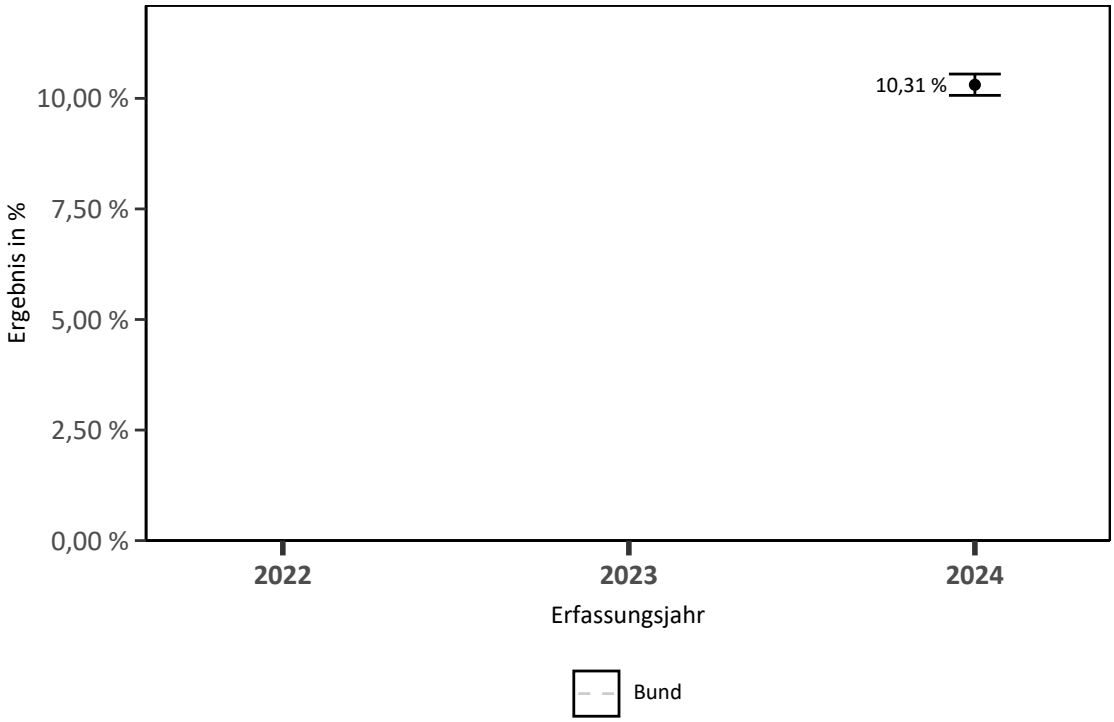
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust ≥ 1
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

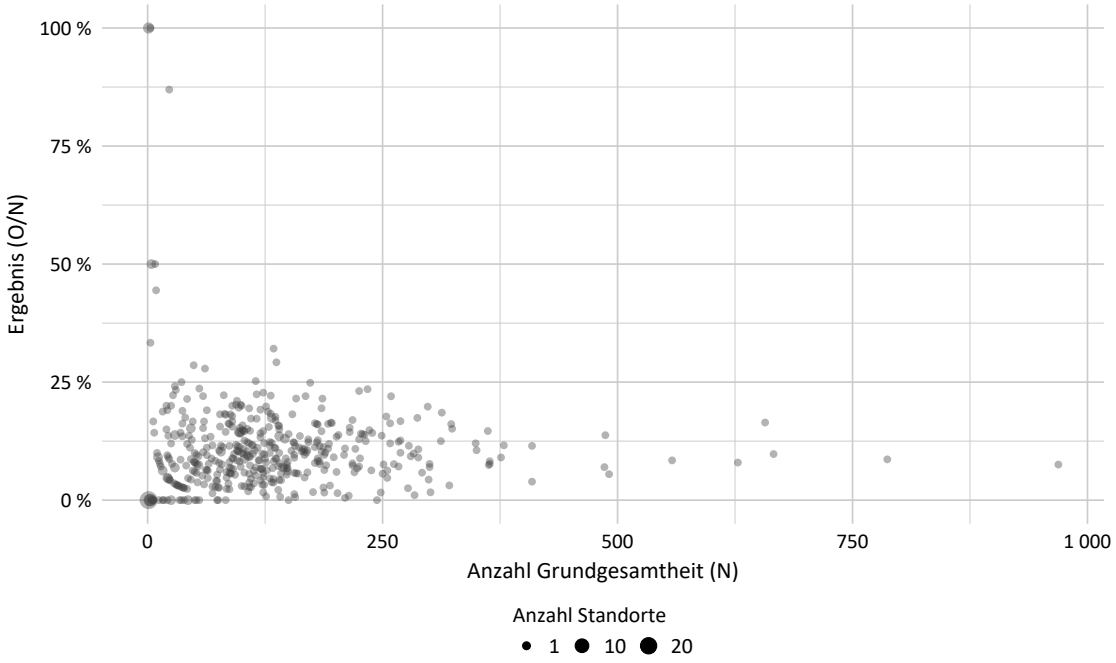
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	6.293 / 61.055	10,31	10,07 - 10,55

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	497	0	0,00	100,00	8,84

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	**ID: 60659** **Nachresektionsrate**	10,31 % 6.293/61.055
9.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
9.1.1.1	ID: 21_22061 Nachresektionsrate bei Patientinnen	10,38 % 6.274/60.447
9.1.1.2	ID: 21_22062 Nachresektionsrate bei Patienten	3,69 % 19/515
9.1.2	ID: 21_22063 Nachresektionsrate bei DCIS	25,71 % 1.934/7.523
9.1.3	ID: 21_22065 Nachresektionsrate bei nicht-palpablen Befunden bei Vorgehen nach Leitlinien-Empfehlung am selben Krankenhausstandort	2,09 % 406/19.386
9.1.4	ID: 21_22081 Nachresektionsrate ohne Präoperative Drahtmarkierung	6,17 % 270/4.373

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	ID: 21_22066 operative Therapie abgeschlossen ohne erreichte R0-Situation (invasives Karzinom und DCIS)	2,80 % 2.095/74.713

Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Qualitätsziel	Möglichst häufig prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS

211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

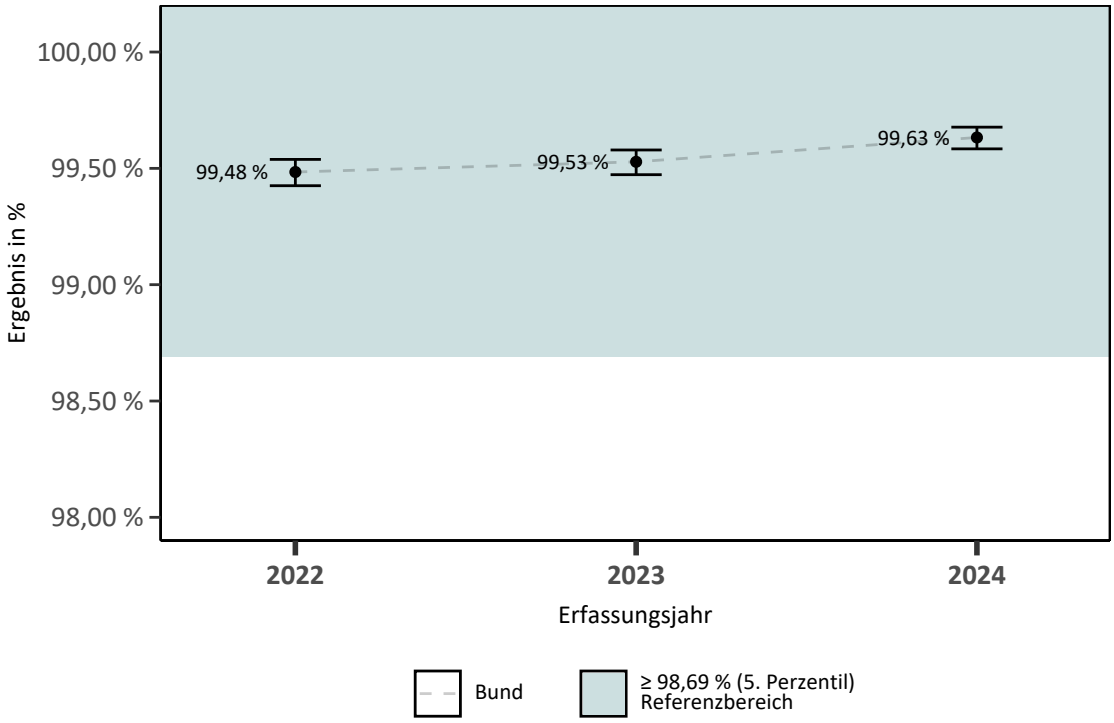
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff und abgeschlossener primär-operativer Therapie
Zähler	Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz
Referenzbereich	≥ 98,69 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

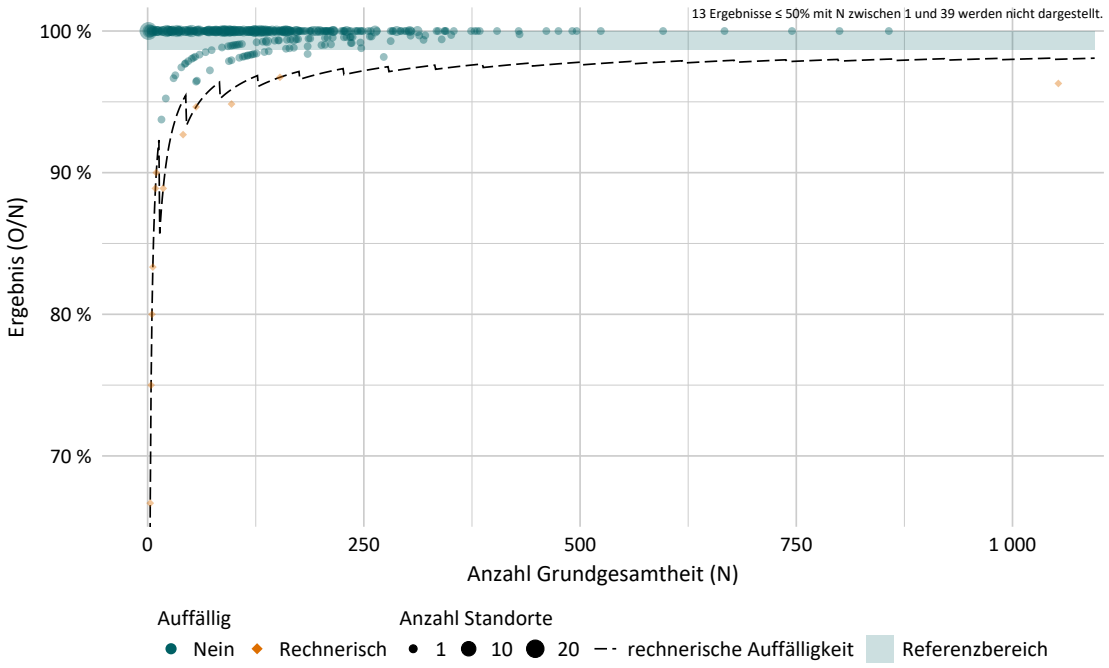
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	61.347 / 61.665	99,48	99,43 - 99,54
	2023	63.707 / 64.009	99,53	99,47 - 99,58
	2024	64.557 / 64.795	99,63	99,58 - 99,68

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	501	25	0,00	100,00	100,00

212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS

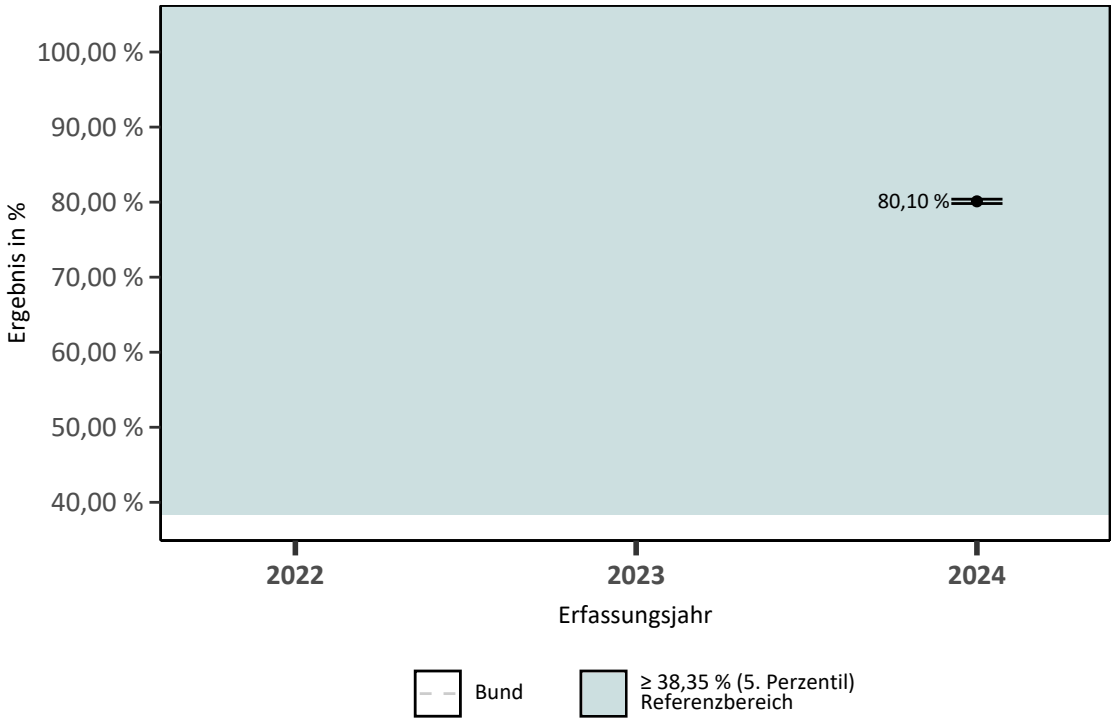
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff
Zähler	Anzahl an Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz
Referenzbereich	≥ 38,35 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

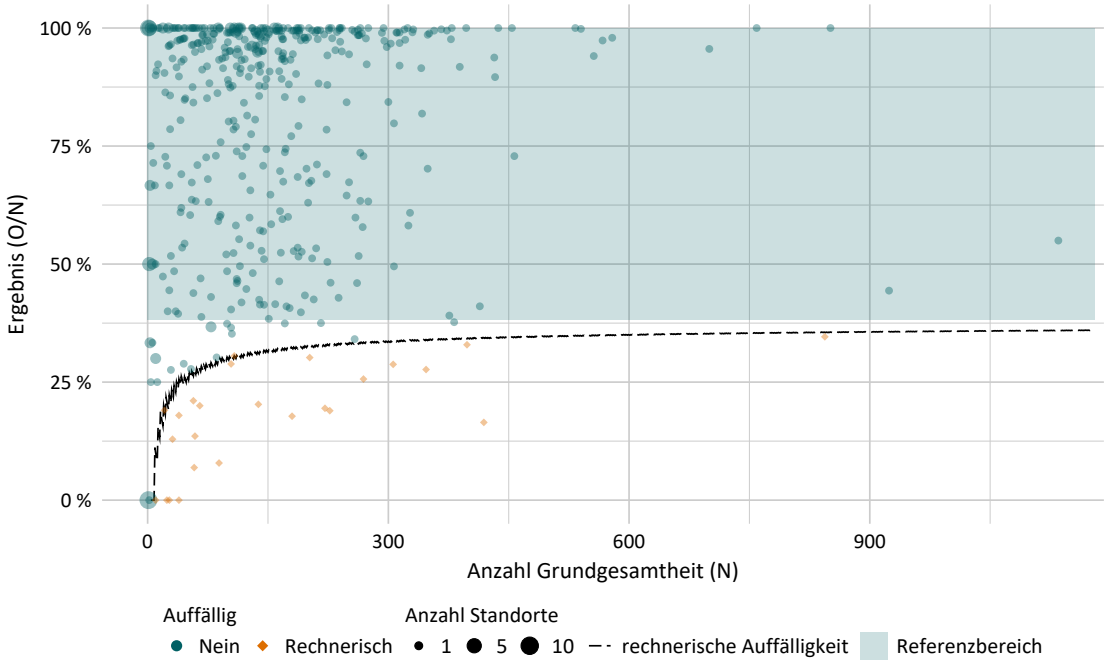
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	55.238 / 69.255	79,76	79,46 - 80,06
	2023	55.911 / 72.228	77,41	77,10 - 77,71
	2024	58.336 / 72.826	80,10	79,81 - 80,39

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	492	25	0,00	100,00	92,12

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	**ID: 211800** **Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS**	99,63 % 64.557/64.795
10.1.1	Postoperative Tumorkonferenz nach Entität	
10.1.1.1	ID: 21_22068 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom	99,64 % 58.908/59.119
10.1.1.2	ID: 21_22069 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei DCIS	99,53 % 5.872/5.900
10.1.2	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
10.1.2.1	ID: 21_22070 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Patientinnen	99,64 % 63.919/64.148
10.1.2.2	ID: 21_22071 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Patienten	98,34 % 532/541

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2	**ID: 212400** **Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS**	80,10 % 58.336/72.826
10.2.1	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz nach Entität	
10.2.1.1	ID: 21_24000 Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom	81,32 % 52.594/64.679
10.2.1.2	ID: 21_24001 Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei DCIS	70,78 % 5.956/8.415
10.2.2	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
10.2.2.1	ID: 21_24002 Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Patientinnen	80,09 % 57.805/72.176
10.2.2.2	ID: 21_24003 Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Patienten	78,72 % 429/545

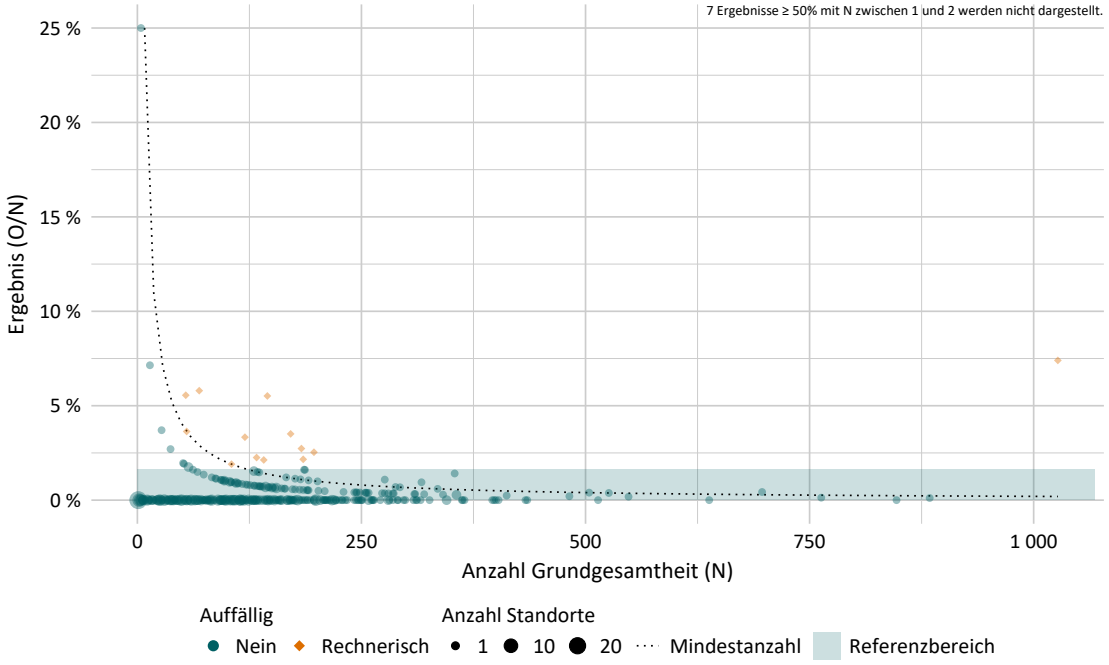
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850363: Angabe „HER2-Status = unbekannt“

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Der HER2-Status ist entscheidend für die Auswahl der Behandlung. Fälle mit der Angabe „unbekannt“ werden aus dem Zähler mehrerer QI ausgeschlossen. **Hypothese** Überdokumentation/Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine genaue Angabe zum HER2-Status vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie
Zähler	Brustoperationen mit unbekanntem HER2-Status
Referenzbereich	≤ 1,61 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	507	13	0,00	100,00	0,00

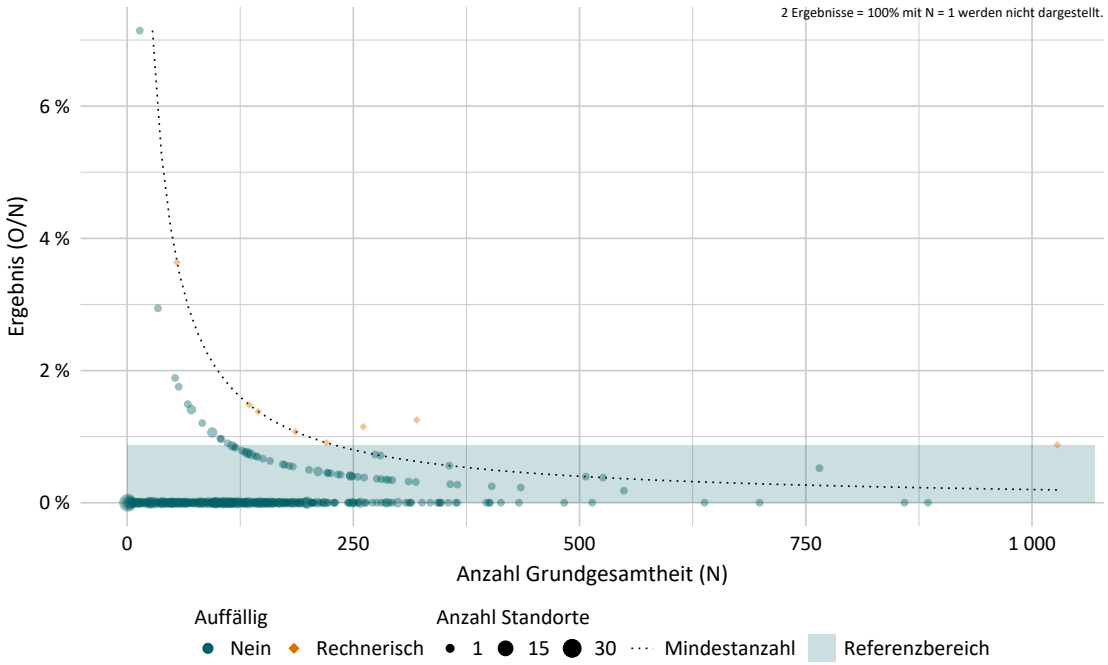
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	269 / 67.650	0,40	2,56 % 13 / 507

850364: Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Brustoperationen mit der Angabe „es liegen keine Angaben vor“ zur R0-Resektion werden aus der Grundgesamtheit des QI 60659 ausgeschlossen. **Hypothese** Überdokumentation/Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine genaue Angabe zur R0-Resektion vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	60659: Nachresektionsrate
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei lebend entlassenen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom
Zähler	Brustoperationen zu denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen
Referenzbereich	≤ 0,87 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	508	8	0,00	100,00	0,00

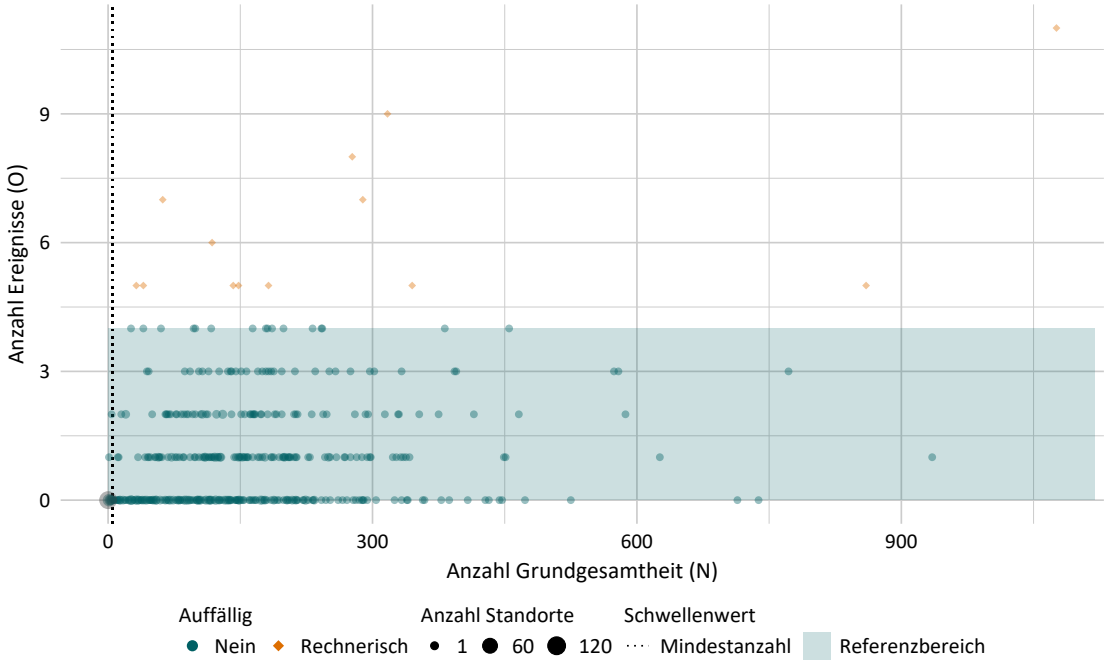
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	102 / 68.113	0,15	1,57 % 8 / 508

813068: Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die postoperative Histologie ist relevant für viele Qualitätsindikatoren. Eine Fehlkodierung führt zu Ungenauigkeiten in den Grundgesamtheiten aller Indikatoren mit Bezug zu invasiven Karzinomen oder DCIS. **Hypothese** Fehldokumentation. Fehlende Sorgfalt bei der Dokumentation des Datenfeldes „postoperative Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv und präoperativer Histologie 'invasives Mammakarzinom (Primärtumor)' und unter Ausschluss von postoperativer Histologie mit 'vollständiger Regression' nach neoadjuvanter Therapie (TNM-Schlüssel: yPT0 und ypTis)
Zähler	Brustoperationen ohne postoperative Histologie 'invasives Mammakarzinom'
Referenzbereich	≤ 4
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



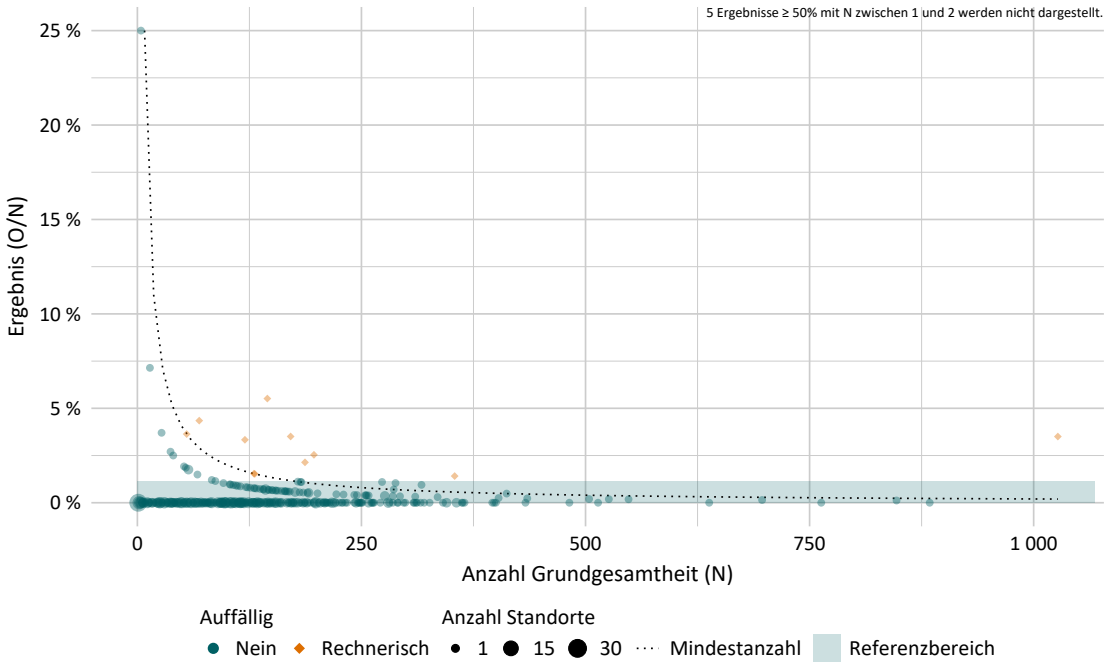
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	477 / 74.919	0,01	2,59 % 13 / 501

850372: Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Der Hormonrezeptorstatus ist entscheidend für die Auswahl der Behandlung. Fälle mit der Angabe „unbekannt“ werden aus der Grundgesamtheit mehrerer QI ausgeschlossen. **Hypothese** Überdokumentation/Fehldokumentation. Tatsächlich ist der immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus bekannt.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie
Zähler	Brustoperationen bei unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status
Referenzbereich	≤ 1,13 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	507	11	0,00	100,00	0,00

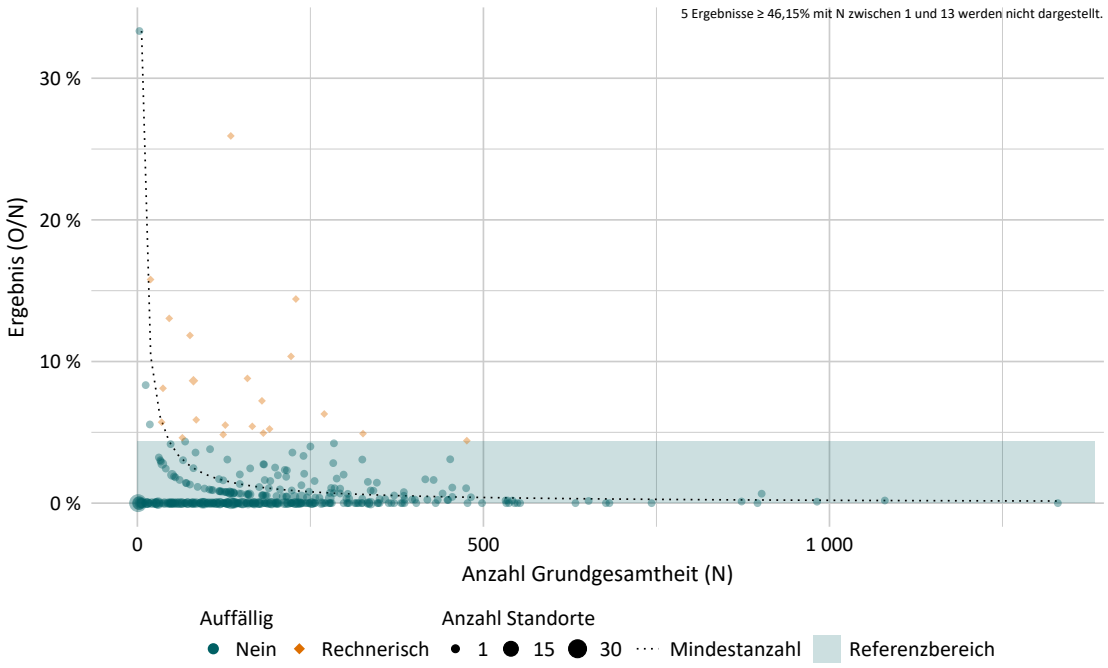
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	174 / 67.650	0,26	2,17 % 11 / 507

852000: Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Dokumentation des histologischen Befundes mit dem unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 („Karzinom o. n. A., maligner epithelialer Tumor“) sollte im Rahmen des QS-Verfahrens Mammachirurgie nur im Ausnahmefall erfolgen müssen, nämlich nur dann, wenn die ca. 150 ICD-O-3-Kodes enthaltende Schlüsselliste keinen differenzierteren, auf die jeweilige Tumormorphologie zutreffenden Kode ausweist. Die Angabe eines ICD-O-3 für ein Karzinom in der prätherapeutischen histologischen Befundung [PRAEICDO3] führt zum Ausschluss der Fälle im QI 2163 und QI 50719 **Hypothese** Der häufigen Nutzung des ICD-O-3-Kode 8010/3 liegt eine Fehldokumentation zu Grunde.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen mit einer Angabe im Feld maligne Neoplasie [PRAEICDO3]
Zähler	Brustoperationen bei einer malignen Neoplasie mit der ICD-O-3-Diagnose [PRAEICDO3] = 8010/3 Karzinom o.n.A.
Referenzbereich	≤ 4,36 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	511	24	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

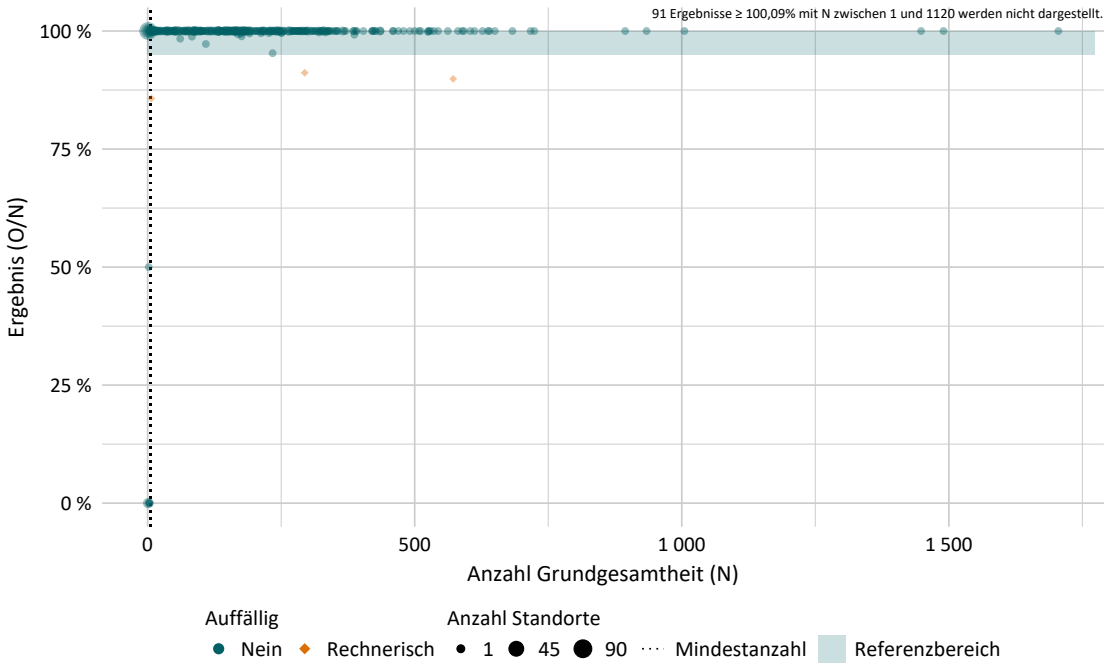
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	607 / 88.136	0,69	4,70 % 24 / 511

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	653	3	0,00	200,00	100,00

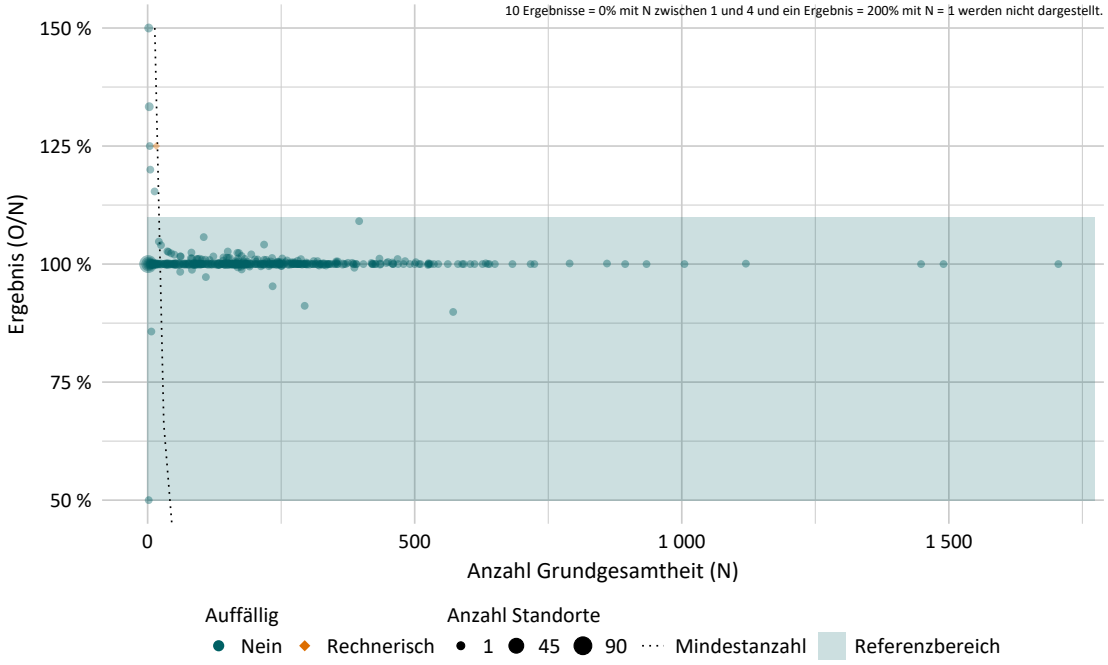
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	104.605 / 104.367	100,23	0,46 % 3 / 653

850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	653	1	0,00	200,00	100,00

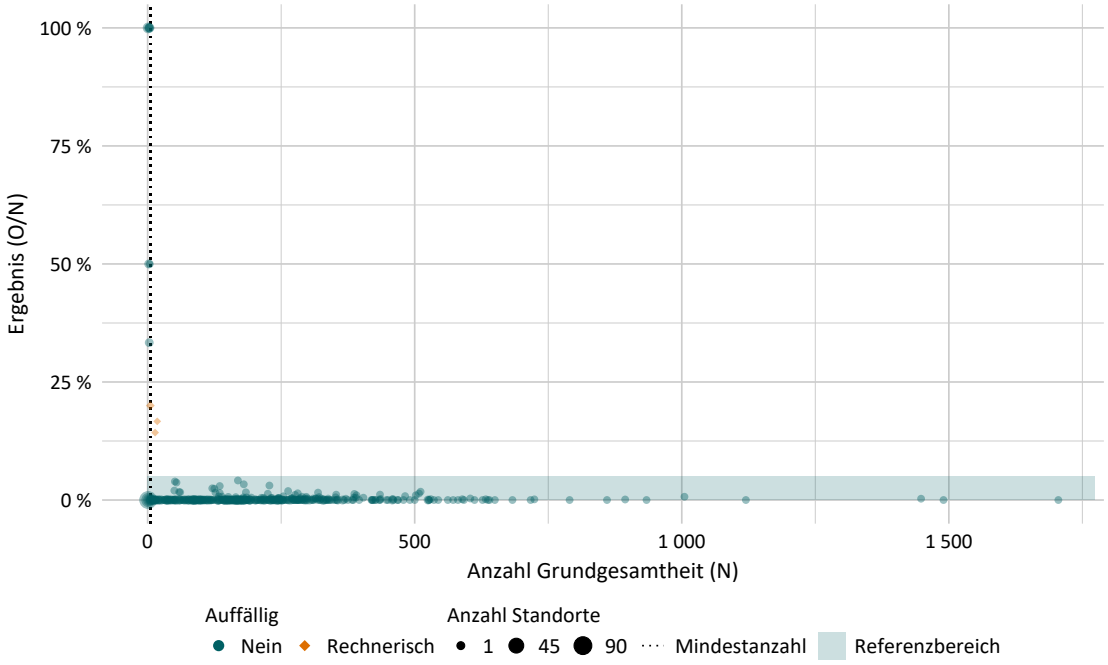
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	104.605 / 104.367	100,23	0,15 % 1 / 653

850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	653	4	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	215 / 104.367	0,21	0,61 % 4 / 653

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 104.390**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	260	0,25
1. Quartal	26.762	25,64
2. Quartal	26.482	25,37
3. Quartal	26.332	25,22
4. Quartal	24.554	23,52

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 104.390**	
Geschlecht		
(1) männlich	846	0,81
(2) weiblich	103.392	99,04
(3) divers	4	0,00
(8) unbestimmt	148	0,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 104.390**	
Altersverteilung[8]		
< 30 Jahre	1.744	1,67
30 - 39 Jahre	5.209	4,99
40 - 49 Jahre	13.992	13,40
50 - 59 Jahre	24.964	23,91
60 - 69 Jahre	28.437	27,24
70 - 79 Jahre	18.434	17,66
≥ 80 Jahre	11.610	11,12

[8] Unter dem Begriff Patientinnen und Patienten werden hier und bei den folgenden Tabellen auch die Geschlechter diverse und unbestimmte mit eingeschlossen.

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0	104.390
Minimum	11,00
5. Perzentil	37,00
25. Perzentil	51,00
Median	62,00
Mittelwert	61,23
75. Perzentil	72,00
95. Perzentil	84,00
Maximum	104,00

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Postoperativer histologischer Befund[9]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Postoperativer histologischer Befund	weiblich	männlich	divers	unbestimmt	Gesamt
Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie					
Bund (gesamt)					
(1) ausschließlich Normalgewebe	639 **0,68 %**	12 **0,01 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	651 **0,69 %**
(2) benigne / entzündliche Veränderung	8.563 **9,12 %**	114 **0,12 %**	≤3 **x %**	27 **0,03 %**	8.705 **9,27 %**
(3) Risikoläsion	2.088 **2,22 %**	5 **0,01 %**	0 **0,00 %**	4 **0,00 %**	2.097 **2,23 %**
(4) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	81.653 **87,00 %**	630 **0,67 %**	≤3 **x %**	117 **0,12 %**	82.403 **87,80 %**

[9] Im postoperativen Histologischen Befund "LCIS / lobuläres Karzinom" wird nur der IDC-O-3 8520/2 erfasst.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit malignen Neoplasien (einschließlich in-situ-Karzinome) und abgeschlossener primär-operativer Therapie	**N = 82.403**	
Karzinome		
Primärerkrankung	76.286	92,58
davon postoperativer histologischer Befund		
invasives Karzinom	68.138	89,32
DCIS	7.779	10,20
LCIS / lobuläres Karzinom	179	0,23
Lymphom	8	0,01
Sarkom	180	0,24
Rezidiverkrankung (lokoregionär)	6.117	7,42
davon postoperativer histologischer Befund		
invasives Karzinom	5.355	87,54
DCIS	666	10,89
LCIS / lobuläres Karzinom	17	0,28
Lymphom	≤3	x
Sarkom	75	1,23

Befund: Invasive Karzinome (Primärerkrankung)

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 75.186**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	213	0,28
1. Quartal	19.015	25,29
2. Quartal	19.048	25,33
3. Quartal	19.275	25,64
4. Quartal	17.635	23,46

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 75.186**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	323	0,43
30 - 39 Jahre	3.108	4,13
40 - 49 Jahre	9.531	12,68
50 - 59 Jahre	16.875	22,44
60 - 69 Jahre	21.086	28,05
70 - 79 Jahre	14.575	19,39
≥ 80 Jahre	9.688	12,89

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung mit Angabe von Werten > 0	75.186
Minimum	20,00
5. Perzentil	40,00
25. Perzentil	53,00
Median	63,00
Mittelwert	62,85
75. Perzentil	73,00
95. Perzentil	84,00
Maximum	104,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom	**N = 82.422**	
Erkrankung		
(1) Primärerkrankung	76.613	92,95
(2) lokoregionäres Rezidiv nach BET	4.557	5,53
(3) lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	1.200	1,46

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 68.458**	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	48.393	70,69
(1) ja	18.279	26,70
(9) unbekannt	1.786	2,61

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	**N = 67.718**	
Prätherapeutische Histologie		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	63	0,09
(2) benigne / entzündliche Veränderung	142	0,21
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	217	0,32
(4) malignitätsverdächtig	290	0,43
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	67.006	98,95

	Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung mit Angabe von Werten	66.442
Minimum	1,00
Median	37,00
Mittelwert	75,77
Maximum	365,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 76.613**	
Grading		
(0) nein	662	0,86
(1) ja	71.308	93,08
Hormonrezeptorstatus		
(0) nein	655	0,85
(1) ja	71.315	93,08
HER2-Status		
(0) nein	1.138	1,49
(1) ja	68.748	89,73
Ki67-Status (MIB-1-Index)		
(0) nein	646	0,84
(1) ja	69.240	90,38

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	**N = 67.718**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	12.999	19,20
(1) ja	54.719	80,80
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	42.251	62,39
(1) ja	25.467	37,61

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 76.950**	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung[10]		
(0) nein	35.344	45,93
(1) ja, durch Mammografie	10.911	14,18
(2) ja, durch Sonografie	27.344	35,53
(3) ja, durch MRT	410	0,53
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	2.941	3,82
Eingriffe (nach OPS)[11]		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	55.748	72,45
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	13.267	17,24
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	538	0,70
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	5.180	6,73

[10] gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung
[11] Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 76.613**	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	8.475	11,06
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	5.116	60,37
(2) Empfehlung zur Mastektomie	960	11,33
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	676	7,98
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	917	10,82
(6) Empfehlung zur BET	115	1,36
(9) Kombination aus 1 bis 6	691	8,15
(1) ja	68.138	88,94
Lymphknoten-Entfernung		
Brusterhaltende Therapie	48.802	71,62
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	2.500	5,12
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	31.851	65,27
- nur mit Lymphadenektomie	3.416	7,00
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	11.035	22,61
Mastektomie	19.335	28,38
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	1.186	6,13
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	8.048	41,62
- nur mit Lymphadenektomie	4.886	25,27
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	5.215	26,97

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 68.138**	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	56.149	82,40
Therapieart und Patientinnen- und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	48.802	71,62
davon ja (auf Wunsch der Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	105	0,22
Mastektomie	19.335	28,38
davon nein (auf Wunsch der Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	1.644	8,50

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 68.138**	
Hormonrezeptoranalyse		
(0) negativ	10.975	16,11
(1) positiv	56.731	83,26
(9) unbekannt	180	0,26
HER2-Status		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	58.847	86,36
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	8.653	12,70
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	114	0,17
(9) unbekannt	272	0,40

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 68.138**	
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	53.215	78,10
Invasives mikropapilläres Mammakarzinom (8507/3)	187	0,27
Solides papilläres Carcinoma in situ (8509/2)	0	0,00
Solides papilläres Karzinom mit Invasion (8509/3)	185	0,27
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ (8519/2)	8	0,01
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	8.740	12,83
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	1.051	1,54
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	1.101	1,62
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	330	0,48
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrizität		
(0) nein	60.277	88,46
(1) ja	7.609	11,17
R0-Resektion		
(0) nein	1.921	2,82
(1) ja	62.004	91,00
(8) es liegen keine Angaben vor	102	0,15
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	3.859	5,66
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand		
(1) < 1 mm	5.317	7,80
(2) ≥ 1 mm bis < 2 mm	7.807	11,46
(3) ≥ 2 mm	47.015	69,00
(8) es liegen keine Angaben vor	1.865	2,74

Staging

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 68.138**	
Tumorgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	7.397	10,86
pT1, ypT1 (Sarkom)	0	0,00
pT1mic, ypT1mic	537	0,79
pT1a, ypT1a	3.693	5,42
pT1b, ypT1b	9.858	14,47
pT1c, ypT1c	22.263	32,67
pT2, ypT2	18.643	27,36
pT3, ypT3	3.085	4,53
pT4a, ypT4a	82	0,12
pT4b, ypT4b	1.455	2,14
pT4c, ypT4c	40	0,06
pT4d, ypT4d	78	0,11
pTX, ypTX	162	0,24

Staging

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 68.138**	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	5.899	8,66
pN0(sn), ypN0(sn)	41.517	60,93
pN1mi, ypN1mi	355	0,52
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	1.305	1,92
pN1a, ypN1a	4.647	6,82
pN1(sn), ypN1(sn)	903	1,33
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	5.240	7,69
pN1b, ypN1b	38	0,06
pN1c, ypN1c	155	0,23
pN2a(sn), ypN2a(sn)	498	0,73
pN2a, ypN2a	2.390	3,51
pN2b, ypN2b	38	0,06
pN3a, ypN3a	1.214	1,78
pN3b, ypN3b	18	0,03
pN3c, ypN3c	12	0,02
pNX, ypNX	3.497	5,13
Grading (Elston und Ellis)		
(1) gut differenziert	10.173	14,93
(2) mäßig differenziert	40.222	59,03
(3) schlecht differenziert	15.740	23,10
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	1.751	2,57

Tumorstadium (pT und pN)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

Tumor stadium[12]	pN 0	pN 1	pN 2	pN 3	pN X	Gesamt
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung						
Bund (gesamt)						
pT 0	6.803 **91,97 %**	332 **4,49 %**	65 **0,88 %**	9 **0,12 %**	170 **2,30 %**	7.397 **100,00 %**
pT 1	28.276 **77,79 %**	5.098 **14,02 %**	595 **1,64 %**	163 **0,45 %**	1.976 **5,44 %**	36.351 **100,00 %**
pT 2	10.312 **55,31 %**	5.556 **29,80 %**	1.366 **7,33 %**	502 **2,69 %**	814 **4,37 %**	18.643 **100,00 %**
pT 3	1.001 **32,45 %**	1.024 **33,19 %**	547 **17,73 %**	342 **11,09 %**	158 **5,12 %**	3.085 **100,00 %**
pT 4	332 **20,06 %**	505 **30,51 %**	324 **19,58 %**	216 **13,05 %**	254 **15,35 %**	1.655 **100,00 %**
pT X	60 **37,04 %**	56 **34,57 %**	16 **9,88 %**	10 **6,17 %**	20 **12,35 %**	162 **100,00 %**
Gesamt	47.416 **69,59 %**	12.643 **18,56 %**	2.926 **4,29 %**	1.244 **1,83 %**	3.497 **5,13 %**	68.137 **100,00 %**

[12] Zusammenfassung von pT und ypT bzw. pN und ypN

Tumorgröße und OP-Verfahren

Zusammenfassung von pT und ypT

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 1 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 36.351**	
pT 1		
keine präoperative tumorspezifische Therapie	25.728	70,78
davon		
brusterhaltend	21.953	85,33
ablativ	3.775	14,67

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 2 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 18.643**	
pT 2		
keine präoperative tumorspezifische Therapie	13.155	70,56
davon		
brusterhaltend	8.366	63,60
ablativ	4.789	36,40

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 3 - 4 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 4.740**	
pT 3 - 4		
keine präoperative tumorspezifische Therapie	3.195	67,41
davon		
brusterhaltend	649	20,31
ablativ	2.546	79,69

Tumorstadium und OP-Verfahren

Zusammenfassung von pT und ypT bzw. pN und ypN

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 1 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 36.351**	
pT 1		
pN 0	28.276	77,79
- G 1	6.605	23,36
davon brusterhaltend	5.942	89,96
davon ablativ	663	10,04
- G 2 oder 3	21.239	75,11
davon brusterhaltend	17.866	84,12
davon ablativ	3.373	15,88
pN > 0	5.856	16,11
- G 1	767	13,10
davon brusterhaltend	634	82,66
davon ablativ	133	17,34
- G 2 oder 3	4.927	84,14
davon brusterhaltend	3.592	72,90
davon ablativ	1.335	27,10

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 2 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 18.643**	
pT 2		
pN 0	10.312	55,31
- G 1	1.079	10,46
davon brusterhaltend	816	75,63
davon ablativ	263	24,37
- G 2 oder 3	9.137	88,61
davon brusterhaltend	6.279	68,72
davon ablativ	2.858	31,28
pN > 0	7.424	39,82
- G 1	592	7,97
davon brusterhaltend	362	61,15
davon ablativ	230	38,85
- G 2 oder 3	6.662	89,74
davon brusterhaltend	3.673	55,13
davon ablativ	2.989	44,87

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 3 - 4 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 4.740**	
pT 3 - 4		
pN 0	1.333	28,12
- G 1	101	7,58
davon brusterhaltend	36	35,64
davon ablativ	65	64,36
- G 2 oder 3	1.211	90,85
davon brusterhaltend	343	28,32
davon ablativ	868	71,68
pN > 0	2.958	62,41
- G 1	118	3,99
davon brusterhaltend	30	25,42
davon ablativ	88	74,58
- G 2 oder 3	2.763	93,41
davon brusterhaltend	442	16,00
davon ablativ	2.321	84,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 75.186**	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	66.608	88,59

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 75.186**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	23.459	31,20
3 - 6 Tage	43.497	57,85
7 - 10 Tage	6.349	8,44
11 - 14 Tage	1.159	1,54
> 14 Tage	722	0,96

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und brusterhaltender Therapie (Datenfeld: BET) bei Primärerkrankung	**N = 48.223**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	19.003	39,41
3 - 6 Tage	27.304	56,62
7 - 10 Tage	1.520	3,15
11 - 14 Tage	207	0,43
> 14 Tage	189	0,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und Mastektomie bei Primärerkrankung	**N = 18.340**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	725	3,95
3 - 6 Tage	11.650	63,52
7 - 10 Tage	4.588	25,02
11 - 14 Tage	897	4,89
> 14 Tage	480	2,62

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 75.186**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[13]		
(C50.0) Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	611	0,81
(C50.1) Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	4.875	6,48
(C50.2) Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	8.935	11,88
(C50.3) Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	4.712	6,27
(C50.4) Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	31.334	41,68
(C50.5) Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	7.158	9,52
(C50.6) Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	101	0,13
(C50.8) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	15.035	20,00
(C50.9) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	5.884	7,83

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 75.186**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	48.268	64,20
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	25.989	34,57
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	94	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	153	0,20
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	66	0,09
(07) Tod	25	0,03
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[14]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	24	0,03
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	180	0,24
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	332	0,44
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	29	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[15]	11	0,01
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[16]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	5	0,01
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[17]		
(1) ja	5	0,01

[14] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[15] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[16] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[17] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Befund: DCIS (Primärerkrankung)

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.032**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	9	0,09
1. Quartal	2.595	25,87
2. Quartal	2.619	26,11
3. Quartal	2.420	24,12
4. Quartal	2.389	23,81

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.032**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	34	0,34
30 - 39 Jahre	240	2,39
40 - 49 Jahre	1.061	10,58
50 - 59 Jahre	3.511	35,00
60 - 69 Jahre	3.366	33,55
70 - 79 Jahre	1.356	13,52
≥ 80 Jahre	464	4,63

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung mit Angabe von Werten > 0	10.032
Minimum	18,00
5. Perzentil	42,00
25. Perzentil	52,00
Median	60,00
Mittelwert	60,14
75. Perzentil	67,00
95. Perzentil	79,00
Maximum	96,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS	**N = 10.892**	
Erkrankung		
(1) Primärerkrankung	10.086	92,60
(2) lokoregionäres Rezidiv nach BET	678	6,22
(3) lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	96	0,88

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 7.888**	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	3.551	45,02
(1) ja	4.171	52,88
(9) unbekannt	166	2,10

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	**N = 7.589**	
Prätherapeutische Histologie		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	21	0,28
(2) benigne / entzündliche Veränderung	74	0,98
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	433	5,71
(4) malignitätsverdächtig	157	2,07
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	6.904	90,97

	Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung mit Angabe von Werten	7.552
Minimum	1,00
Median	34,00
Mittelwert	44,32
Maximum	358,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.086**	
Grading		
(0) nein	537	5,32
(1) ja	7.785	77,19

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	**N = 7.589**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	2.345	30,90
(1) ja	5.244	69,10
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	7.358	96,96
(1) ja	231	3,04

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.123**	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren[18]		
(0) nein	3.850	38,03
(1) ja, durch Mammografie	4.102	40,52
(2) ja, durch Sonografie	1.954	19,30
(3) ja, durch MRT	91	0,90
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	126	1,24
Eingriffe (nach OPS)[19]		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	8.253	81,53
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	787	7,77
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	13	0,13
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	979	9,67

[18] gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung
[19] Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.086**	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	2.307	22,87
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	1.855	80,41
(2) Empfehlung zur Mastektomie	311	13,48
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	19	0,82
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	8	0,35
(6) Empfehlung zur BET	32	1,39
(9) Kombination aus 1 bis 6	82	3,55
(1) ja	7.779	77,13
Lymphknoten-Entfernung		
Brusterhaltende Therapie	6.021	77,40
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	5.689	94,49
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	211	3,50
- nur mit Lymphadenektomie	35	0,58
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	86	1,43
Mastektomie	1.758	22,60
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	590	33,56
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	892	50,74
- nur mit Lymphadenektomie	60	3,41
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	216	12,29

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 7.779**	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	1.405	18,06
Therapieart und Patientinnen- und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	6.021	77,40
davon ja (auf Wunsch der Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	5	0,08
Mastektomie	1.758	22,60
davon nein (auf Wunsch der Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	168	9,56

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 7.779**	
Morphologie (ICD-O-3)		
Duktales Carcinoma in situ (8500/2)	7.386	94,95
Intraduktales mikropapilläres Karzinom (8507/2)	16	0,21
Invasives mikropapilläres Mammakarzinom (8507/3)	0	0,00
Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom (8503/2)	80	1,03
Nichtinvasives intrazystisches Karzinom (8504/2)	77	0,99
Solides papilläres Carcinoma in situ (8509/2)	75	0,96
Solides papilläres Karzinom mit Invasion (8509/3)	0	0,00
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ (8519/2)	0	0,00
Morbus Paget der Brust (8540/3)	113	1,45
Morbus Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom (8543/3)	32	0,41
Grading (WHO)		
(G1) Grad 1 (low grade)	1.153	14,82
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	3.376	43,40
(G3) Grad 3 (high grade)	2.733	35,13
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	517	6,65
Gesamttumorgröße		
≤ 10 mm	2.461	31,64
> 10 bis ≤ 20 mm	1.938	24,91
> 20 bis ≤ 30 mm	1.112	14,29
> 30 bis ≤ 40 mm	765	9,83
> 40 bis ≤ 50 mm	518	6,66
> 50 mm	985	12,66

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 7.779**	
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrizität		
(0) nein	7.390	95,00
(1) ja	389	5,00
R0-Resektion		
(0) nein	222	2,85
(1) ja	7.523	96,71
(8) es liegen keine Angaben vor	21	0,27
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	13	0,17
Sicherheitsabstand		
(1) < 1 mm	735	9,45
(2) ≥ 1 mm bis < 2 mm	903	11,61
(3) ≥ 2 mm	5.601	72,00
(8) es liegen keine Angaben vor	284	3,65

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.032**	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	7.724	76,99

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.032**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	5.792	57,74
3 - 6 Tage	3.652	36,40
7 - 10 Tage	471	4,69
11 - 14 Tage	87	0,87
> 14 Tage	30	0,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS und brusterhaltender Therapie (Datenfeld: BET) bei Primärerkrankung	**N = 6.005**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	4.151	69,13
3 - 6 Tage	1.771	29,49
7 - 10 Tage	64	1,07
11 - 14 Tage	9	0,15
> 14 Tage	10	0,17

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS und Mastektomie bei Primärerkrankung	**N = 1.747**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	112	6,41
3 - 6 Tage	1.166	66,74
7 - 10 Tage	380	21,75
11 - 14 Tage	73	4,18
> 14 Tage	16	0,92

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.032**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[20]		
(D05.0) Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse	139	1,39
(D05.1) Carcinoma in situ der Milchgänge	8.430	84,03
(D05.7) Sonstiges Carcinoma in situ der Brustdrüse	208	2,07
(D05.9) Carcinoma in situ der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	365	3,64

[20] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.032**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	6.450	64,29
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	3.467	34,56
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	22	0,22
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	37	0,37
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	5	0,05
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[21]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	≤3	x
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	43	0,43
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[22]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[23]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[24]		
(1) ja	0	0,00

[21] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[22] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[23] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[24] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Häufigkeit verschiedener Angaben zum Erreichen des R0-Status bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS (Primärerkrankung)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie und mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Primärerkrankung	**N = 75.917**	
R0-Resektion		
(0) nein	2.143	2,82
(1) ja	69.527	91,58
(8) es liegen keine Angaben vor	123	0,16
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	3.872	5,10

Geschlechterstratifizierte Histologie und Grading (Primärerkrankung)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 86.482**	
Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus		
(0) negativ	10.951	12,66
(1) positiv	56.111	64,88
(9) unbekannt	174	0,20
Grading (Elston und Ellis) (invasives Karzinom)		
(1) gut differenziert	10.100	11,68
(2) mäßig differenziert	39.798	46,02
(3) schlecht differenziert	15.602	18,04
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	1.736	2,01
Grading (WHO)		
(G1) Grad 1 (low grade)	1.141	1,32
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	3.342	3,86
(G3) Grad 3 (high grade)	2.720	3,15
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	511	0,59
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrizität		
(0) nein	66.984	77,45
(1) ja	7.966	9,21
HER2-Status		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	58.254	67,36
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	8.604	9,95
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	113	0,13
(9) unbekannt	265	0,31

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 86.482**	
Gesamttumorgröße		
≤ 10 mm	2.441	2,82
> 10 bis ≤ 20 mm	1.921	2,22
> 20 bis ≤ 30 mm	1.097	1,27
> 30 bis ≤ 40 mm	759	0,88
> 40 bis ≤ 50 mm	516	0,60
> 50 mm	980	1,13
Tumorgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	7.395	8,55
pT1, ypT1 (Sarkom)	11	0,01
pT1mic, ypT1mic	541	0,63
pT1a, ypT1a	3.676	4,25
pT1b, ypT1b	9.809	11,34
pT1c, ypT1c	22.079	25,53
pT2, ypT2	18.437	21,32
pT3, ypT3	3.096	3,58
pT4a, ypT4a	91	0,11
pT4b, ypT4b	1.407	1,63
pT4c, ypT4c	39	0,05
pT4d, ypT4d	79	0,09
pTX, ypTX	210	0,24

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste bei Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 86.482**	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	6.056	7,00
pN0(sn), ypN0(sn)	42.436	49,07
pN1mi, ypN1mi	355	0,41
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	1.297	1,50
pN1a, ypN1a	4.587	5,30
pN1(sn), ypN1(sn)	892	1,03
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	5.175	5,98
pN1b, ypN1b	37	0,04
pN1c, ypN1c	154	0,18
pN2a(sn), ypN2a(sn)	493	0,57
pN2a, ypN2a	2.342	2,71
pN2b, ypN2b	38	0,04
pN3a, ypN3a	1.203	1,39
pN3b, ypN3b	19	0,02
pN3c, ypN3c	11	0,01
pNX, ypNX	9.116	10,54

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 738**	
Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus		
(0) negativ	10	1,36
(1) positiv	542	73,44
(9) unbekannt	6	0,81

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 738**	
Grading (Elston und Ellis) (invasives Karzinom)		
(1) gut differenziert	59	7,99
(2) mäßig differenziert	362	49,05
(3) schlecht differenziert	121	16,40
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	16	2,17
Grading (WHO)		
(G1) Grad 1 (low grade)	10	1,36
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	22	2,98
(G3) Grad 3 (high grade)	7	0,95
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	6	0,81
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrizität		
(0) nein	578	78,32
(1) ja	25	3,39
HER2-Status		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	513	69,51
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	37	5,01
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	≤3	x
(9) unbekannt	7	0,95
Gesamttumorgröße		
≤ 10 mm	16	2,17
> 10 bis ≤ 20 mm	10	1,36
> 20 bis ≤ 30 mm	11	1,49
> 30 bis ≤ 40 mm	5	0,68
> 40 bis ≤ 50 mm	≤3	x
> 50 mm	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 738**	
Tumorgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	9	1,22
pT1, ypT1 (Sarkom)	0	0,00
pT1mic, ypT1mic	≤3	x
pT1a, ypT1a	15	2,03
pT1b, ypT1b	32	4,34
pT1c, ypT1c	175	23,71
pT2, ypT2	248	33,60
pT3, ypT3	16	2,17
pT4a, ypT4a	≤3	x
pT4b, ypT4b	59	7,99
pT4c, ypT4c	≤3	x
pT4d, ypT4d	≤3	x
pTX, ypTX	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 738**	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	36	4,88
pN0(sn), ypN0(sn)	266	36,04
pN1mi, ypN1mi	≤3	x
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	19	2,57
pN1a, ypN1a	69	9,35
pN1(sn), ypN1(sn)	15	2,03
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	64	8,67
pN1b, ypN1b	≤3	x
pN1c, ypN1c	≤3	x
pN2a(sn), ypN2a(sn)	4	0,54
pN2a, ypN2a	47	6,37
pN2b, ypN2b	0	0,00
pN3a, ypN3a	10	1,36
pN3b, ypN3b	0	0,00
pN3c, ypN3c	≤3	x
pNX, ypNX	64	8,67

Befund: Invasive Karzinome (Lokoregionäre Rezidive)

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.718**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	21	0,37
1. Quartal	1.501	26,25
2. Quartal	1.431	25,03
3. Quartal	1.463	25,59
4. Quartal	1.302	22,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.718**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	13	0,23
30 - 39 Jahre	164	2,87
40 - 49 Jahre	502	8,78
50 - 59 Jahre	1.053	18,42
60 - 69 Jahre	1.527	26,71
70 - 79 Jahre	1.433	25,06
≥ 80 Jahre	1.026	17,94

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv mit Angabe von Werten > 0	5.718
Minimum	22,00
5. Perzentil	42,00
25. Perzentil	57,00
Median	67,00
Mittelwert	66,25
75. Perzentil	76,00
95. Perzentil	86,00
Maximum	99,00

Präoperative Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.757**	
Erkrankung		
Lokoregionäres Rezidiv nach BET	4.557	79,16
Lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	1.200	20,84

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei invasivem Karzinom und lokoregionärem Rezidiv nach BET (Liste OPS)	**N = 4.571**	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren[25]		
(0) nein	3.369	73,70
(1) ja, durch Mammografie	266	5,82
(2) ja, durch Sonografie	771	16,87
(3) ja, durch MRT	34	0,74
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	131	2,87
Eingriffe (nach OPS)[26]		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	1.526	33,38
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	2.148	46,99
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	122	2,67
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	520	11,38

[25] gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung
[26] Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv nach BET	**N = 4.557**	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	291	6,39
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	191	65,64
(2) Empfehlung zur Mastektomie	63	21,65
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	7	2,41
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	16	5,50
(6) Empfehlung zur BET	0	0,00
(9) Kombination aus 1 bis 6	14	4,81
(1) ja	4.266	93,61

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv nach BET	**N = 4.557**	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Aufenthalt durchgeführt (5-401.11, 5-401.12)	856	18,78
Art der erfolgten Therapie		
Brusterhaltende Therapie	1.496	32,83
Mastektomie	2.784	61,09

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.355**	
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	4.101	76,58
Invasives mikropapilläres Mammakarzinom (8507/3)	15	0,28
Solides papilläres Carcinoma in situ (8509/2)	0	0,00
Solides papilläres Karzinom mit Invasion (8509/3)	14	0,26
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ (8519/2)	≤3	x
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	580	10,83
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	76	1,42
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	70	1,31
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	≤3	x

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.718**	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	5.246	91,75

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.718**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	1.594	27,88
3 - 6 Tage	3.278	57,33
7 - 10 Tage	636	11,12
11 - 14 Tage	139	2,43
> 14 Tage	71	1,24

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.718**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[27]		
(C50.0) Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	60	1,05
(C50.1) Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	406	7,10
(C50.2) Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	535	9,36
(C50.3) Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	338	5,91
(C50.4) Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	1.832	32,04
(C50.5) Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	481	8,41
(C50.6) Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	91	1,59
(C50.8) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	1.481	25,90
(C50.9) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	779	13,62
(C76.1) Bösartige Neubildung: Thorax (Axilla, intrathorakal, thorakal)	6	0,10

[27] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.718**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	3.682	64,39
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.935	33,84
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	7	0,12
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	18	0,31
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	5	0,09
(07) Tod	≤3	x
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[28]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	21	0,37
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	44	0,77
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[29]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[30]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[31]		
(1) ja	0	0,00

[28] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[29] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[30] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[31] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion / prophylaktische Mastektomie

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.209**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	15	0,47
1. Quartal	898	27,98
2. Quartal	762	23,75
3. Quartal	715	22,28
4. Quartal	819	25,52

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.209**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	125	3,90
30 - 39 Jahre	523	16,30
40 - 49 Jahre	841	26,21
50 - 59 Jahre	878	27,36
60 - 69 Jahre	554	17,26
70 - 79 Jahre	211	6,58
≥ 80 Jahre	77	2,40

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion/prophylaktischer Mastektomie mit Angabe von Werten > 0	3.209
Minimum	12,00
5. Perzentil	30,00
25. Perzentil	41,00
Median	51,00
Mittelwert	51,20
75. Perzentil	60,00
95. Perzentil	74,00
Maximum	92,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle operierten Brüste	**N = 109.417**	
Erkrankung		
(4) ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion	1.201	1,10
(5) prophylaktische Mastektomie	2.404	2,20
(6) Fernmetastase	409	0,37

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen mit sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.613**	
Eingriffe (nach OPS)[32]		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	666	18,43
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	1.030	28,51
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	16	0,44
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	1.684	46,61

[32] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.209**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	388	12,09
3 - 6 Tage	1.803	56,19
7 - 10 Tage	804	25,05
11 - 14 Tage	128	3,99
> 14 Tage	86	2,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion	**N = 1.115**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	252	22,60
3 - 6 Tage	501	44,93
7 - 10 Tage	270	24,22
11 - 14 Tage	47	4,22
> 14 Tage	45	4,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit prophylaktischer Mastektomie	**N = 2.122**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	137	6,46
3 - 6 Tage	1.315	61,97
7 - 10 Tage	545	25,68
11 - 14 Tage	83	3,91
> 14 Tage	42	1,98

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.209**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.951	60,80
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.206	37,58
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	5	0,16
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	10	0,31
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	7	0,22
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[33]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	25	0,78
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[34]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[35]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.209**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[36]		
(1) ja	≤3	x

[33] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[34] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[35] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[36] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Befund: Risikoläsionen

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen	**N = 2.167**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	≤3	x
1. Quartal	563	25,98
2. Quartal	548	25,29
3. Quartal	505	23,30
4. Quartal	548	25,29

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen	**N = 2.167**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	71	3,28
30 - 39 Jahre	192	8,86
40 - 49 Jahre	433	19,98
50 - 59 Jahre	711	32,81
60 - 69 Jahre	475	21,92
70 - 79 Jahre	217	10,01
≥ 80 Jahre	68	3,14

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen mit Angabe von Werten > 0	2.167
Minimum	13,00
5. Perzentil	32,00
25. Perzentil	47,00
Median	54,00
Mittelwert	54,66
75. Perzentil	64,00
95. Perzentil	77,00
Maximum	93,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen	**N = 2.196**	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	1.357	61,79
(1) ja	640	29,14
(9) unbekannt	31	1,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 1.747**	
Prätherapeutische Histologie		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	10	0,57
(2) benigne / entzündliche Veränderung	68	3,89
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	1.495	85,58
(4) malignitätsverdächtig	133	7,61
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	41	2,35

	Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung mit Angabe von Werten	1.729
Minimum	1,00
Median	43,00
Mittelwert	59,16
Maximum	365,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	**N = 1.747**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	971	55,58
(1) ja	776	44,42
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	1.731	99,08
(1) ja	16	0,92

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei Risikoläsionen	**N = 2.205**	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren[37]		
(0) nein	540	24,49
(1) ja, durch Mammografie	666	30,20
(2) ja, durch Sonografie	869	39,41
(3) ja, durch MRT	22	1,00
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	76	3,45

[37] gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen	**N = 2.196**	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	67	3,05
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	49	73,13
(2) Empfehlung zur Mastektomie	6	8,96
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	0	0,00
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	0	0,00
(6) Empfehlung zur BET	≤3	x
(9) Kombination aus 1 bis 6	10	14,93
(1) ja	2.097	95,49
Art der erfolgten Therapie		
Brusterhaltende Therapie	2.045	93,12
Mastektomie	121	5,51

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen	**N = 2.167**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 2 Tage	1.720	79,37
3 - 6 Tage	397	18,32
7 - 10 Tage	37	1,71
11 - 14 Tage	6	0,28
> 14 Tage	7	0,32

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen	**N = 2.167**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.584	73,10
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	562	25,93
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	7	0,32
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	5	0,23
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	0	0,00
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[38]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	≤3	x
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	6	0,28
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[39]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[40]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen	**N = 2.167**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[41]		
(1) ja	0	0,00

[38] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[39] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[40] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[41] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Befund: Benigne / entzündliche Veränderungen, ausschließlich Normalgewebe

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 10.481**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	13	0,12
1. Quartal	2.866	27,34
2. Quartal	2.605	24,85
3. Quartal	2.501	23,86
4. Quartal	2.496	23,81

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 10.481**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	1.260	12,02
30 - 39 Jahre	1.492	14,24
40 - 49 Jahre	2.433	23,21
50 - 59 Jahre	2.522	24,06
60 - 69 Jahre	1.691	16,13
70 - 79 Jahre	775	7,39
≥ 80 Jahre	308	2,94

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe mit Angabe von Werten > 0	10.481
Minimum	11,00
5. Perzentil	22,00
25. Perzentil	39,00
Median	50,00
Mittelwert	49,33
75. Perzentil	60,00
95. Perzentil	76,00
Maximum	95,00

Präoperative Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 8.507**	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	7.010	82,40
(1) ja	1.327	15,60
(9) unbekannt	170	2,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 5.607**	
Prätherapeutische Histologie		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	160	2,85
(2) benigne / entzündliche Veränderung	2.835	50,56
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	2.283	40,72
(4) malignitätsverdächtig	112	2,00
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	217	3,87

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 11.050**	
Eingriffe (nach OPS)[42]		
(5-870.2*) Duktektomie	634	5,74
(5-870.6*) Lokale Destruktion	129	1,17
(5-870.7) Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser)	≤3	x
(5-870.9*) Lokale Exzision	2.645	23,94
(5-870.a*) Partielle Resektion	5.748	52,02
(5-870.x) Sonstige partielle Exzision der Mamma	53	0,48
(5-870.y) Nicht näher bezeichnete partielle Exzision der Mamma	6	0,05
(nicht 5-870.*) Sonstiger operativer Eingriff	1.960	17,74

[42] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 10.481**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 2 Tage	7.305	69,70
3 - 6 Tage	2.465	23,52
7 - 10 Tage	535	5,10
11 - 14 Tage	96	0,92
> 14 Tage	80	0,76

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 10.481**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[43]		
(D17.1) Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	134	1,28
(D24) Gutartige Neubildung der Brustdrüse	5.593	53,36
(D48.6) Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Brustdrüse	1.086	10,36
(N60.0) Solitärzyste der Mamma	211	2,01
(N60.1) Diffuse zystische Mastopathie	1.213	11,57
(N60.2) Fibroadenose der Mamma	614	5,86
(N60.3) Fibrosklerose der Mamma	447	4,26
(N60.4) Ektasie der Ductus lactiferi	221	2,11
(N60.8) Sonstige gutartige Mammadysplasien	344	3,28
(N60.9) Gutartige Mammadysplasie, nicht näher bezeichnet	15	0,14
(N64.4) Mastodynie	54	0,52
(N64.5) Sonstige Symptome der Mamma	443	4,23

[43] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 10.481**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	7.177	68,48
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	3.180	30,34
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	12	0,11
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	47	0,45
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	≤3	x
(07) Tod	≤3	x
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[44]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	6	0,06
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	42	0,40
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,05
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[45]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[46]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[47]		
(1) ja	5	0,05

[44] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[45] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[46] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[47] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Gynäkologische Operationen

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen.* Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 5
1 Hintergrund 6
2 Einordnung der Ergebnisse 9
2.1 Datengrundlage 9
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren 9
2.2.1 Überblick 9
2.2.2 Detailergebnisse 16
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 21
2.3.1 Überblick 21
2.3.2 Detailergebnisse 24
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 27
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 27
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 29
4 Evaluation 32
5 Ausblick 33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – GYN-OP 7
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – GYN-OP 8
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - GYN-OP 9
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) - GYN-OP 12
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – GYN-OP 14
Tabelle 6: QI 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation 16
Tabelle 7: QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung 17
Tabelle 8: QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 18
Tabelle 9: QI 60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 18
Tabelle 10: QI 60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 19
Tabelle 11: QI 612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre 19
Tabelle 12: QI 52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden 20
Tabelle 13: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - GYN-OP 21
Tabelle 14: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – GYN-OP 22
Tabelle 15: AK 850231: Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund 24
Tabelle 16: AK 851912: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen 24
Tabelle 17: AK 850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 25
Tabelle 18: AK 850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 25
Tabelle 19: AK 850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 26
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul GYN-OP 27
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – GYN-OP 29
Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul GYN-OP 30
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – GYN-OP 31

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DRG	Diagnosis Related Group
EJ	Erfassungsjahr
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QS CHE	QS-Verfahren *Cholezystektomie*
QS GYN-OP	QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen*
QS MC	QS-Verfahren *Mammachirurgie*
STNV	Stellungnahmeverfahren

1 Hintergrund

Gynäkologische Operationen umfassen prinzipiell alle Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen. Das im Folgenden dargestellte QS-Verfahren betrachtet zurzeit ausschließlich die im stationären Bereich durchgeführten Operationen bei allen Patientinnen ab einem Alter von 11 Jahren und fokussiert hierbei Operationen am Eierstock (Ovar) bzw. den Eileitern (Tuba uterina). In der klinischen Praxis wird der Begriff Adnexe verwendet, wenn sowohl der Eileiter als auch der Eierstock gemeint sind.

Eine gute Versorgungsqualität bei den in diesem QS-Verfahren betrachteten Operationen hat für die behandelten Patientinnen eine hohe Relevanz, da diese Operationen – insbesondere die Entfernung des Ovars oder der Adnexe – die Fruchtbarkeit (Fertilität) sowie den Zeitpunkt des Eintritts in die Menopause beeinflussen können. Aufgrund dieser möglichen Folgen ist eine sorgfältige Abklärung, ob eine Operation notwendig ist (Indikationsstellung), in jedem Fall erforderlich. Es gilt, zwischen Nutzen und Risiken einer Operation abzuwägen und auch die Möglichkeiten konservativer, d. h. nicht operativer Behandlungsmethoden zu prüfen.

Ziel des QS-Verfahrens *Gynäkologische Operationen* (*QS GYN-OP*) ist es, die Indikationsstellung und die Prozessqualität zu verbessern und die Komplikationsrate während und nach den Eingriffen zu verringern.

Qualitätsindikatoren

Der Schwerpunkt aller 7 Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS GYN-OP* liegt auf der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“. Die Indikatoren in der Gruppe „Entfernung des Ovars oder der Adnexe“ (IDs 10211, 60685 und 60686) und der Indikator „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (ID 612) bilden darüber hinaus die Qualitätsdimension „Angemessenheit“ ab.

Besonders bei Patientinnen, für die kein pathologischer Befund vorliegt, ist zu prüfen, ob eine Entfernung der Adnexe oder des Ovars bei einer Operation notwendig ist. Adressiert wird dieser Aspekt mit der Indikatorengruppe „Entfernung des Ovars oder der Adnexe“.

Wird eine Operation an den Eierstöcken durchgeführt, sollte – vor allem bei gutartigen Befunden – möglichst organerhaltend operiert werden, da es in Studien Hinweise darauf gibt, dass die vollständige Entfernung des Ovars unter anderem mit einem vorzeitigen Verlust der Fertilität einhergehen kann. Daher sollte ohne bösartigen Befund keine vollständige Entfernung durchgeführt werden. Abgebildet wird dieser Aspekt mit dem Indikator „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“.

Ein weiteres Ziel der Versorgung ist, das Auftreten von Komplikationen im Zusammenhang mit gynäkologischen Operationen möglichst gering zu halten. Der Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ (ID 51906) erfasst die Komplikationen, die während einer laparoskopischen Operation auftreten. Im Fokus liegen hier vor allem Verletzungen der umliegenden Organe (Blase, Harnleiter, Darm etc.)

sowie der Gefäße und Nerven. Diese schwerwiegenden Komplikationen können zu einer erheblichen Morbidität und unter Umständen auch zum Tod der Patientin führen. Da die Wahrscheinlichkeit für Organverletzungen auch von patientenseitigen Risikofaktoren wie Voroperationen und Verwachsungen im Bauchraum abhängt, ist dieser Qualitätsindikator risikoadjustiert.

Mit dem Indikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung" (ID 12874) wird festgestellt, wie häufig Gewebe, das nach einer Operation an den Eierstöcken entfernt wurde, nicht feingeweblich (histologisch) untersucht wurde. Diese Untersuchung sichert die Diagnose und bildet einen wichtigen Qualitätsaspekt ab, da vom frühzeitigen Erkennen bösartiger Neubildungen und entsprechend rechtzeitiger Therapie das Überleben der Patientinnen abhängen kann.

Im Anschluss an eine gynäkologische Operation, wie sie in diesem QS-Verfahren betrachtet wird, kann das Anlegen eines Dauerkatheters durch die Harnröhre (transurethraler Dauerkatheter) erforderlich sein. Wegen der Gefahr einer Harnwegsinfektion sollte stets sorgfältig geprüft werden, ob das Anlegen des Dauerkatheters wirklich notwendig ist (Indikationsstellung), und seine Liegedauer auf ein Minimum beschränkt werden. Dieser Qualitätsaspekt wird mit dem Indikator „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden" (ID 52283) abgebildet.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – GYN-OP

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QS-Dokumentation	2024
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe			
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QS-Dokumentation	2024
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QS-Dokumentation	2024
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QS-Dokumentation	2024
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QS-Dokumentation	2024
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QS-Dokumentation	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS GYN-OP* gibt es 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Vollzähligkeit.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – GYN-OP

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850231	Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	QS-Dokumentation
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Wird bei Patientinnen angegeben, dass das Ergebnis der histologischen Untersuchung einen unspezifischen Befund ergab, gehen diese Fälle nicht in die Zähler der Qualitätsindikatoren der Gruppe „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe“ ein. Bei einem auffälligen Ergebnis im Auffälligkeitskriterium „Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund“ (ID 850231) wird im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geprüft, ob in diesen Fällen ggf. doch eine spezifische Histologie vorlag.

Dem Auffälligkeitskriterium „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen“ (ID 851912) liegt die Hypothese zugrunde, dass Diagnosen zu Komplikationen, die im Rahmen einer Operation aufgetreten sind, fälschlicherweise nicht für die Qualitätssicherung dokumentiert werden. Nicht angegebene Organverletzungen fallen somit aus dem Zähler des Qualitätsindikators zur Messung der Organverletzungen bei laparoskopischer Operation heraus. Werden in diesem Auffälligkeitskriterium Dokumentationsfehler festgestellt, so soll dies auch im Stellungnahmeverfahren des Qualitätsindikators betrachtet werden.

Darüber hinaus gibt es die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, über die eine Unterdokumentation, eine Überdokumentation und die korrekte Verwendung des Minimaldatensatzes geprüft werden.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Anzahl der für das Auswertungsjahr 2025 gelieferten Datensätze und der entlassenden Standorte auf Bundesebene ist im Verfahren *QS GYN-OP* geringfügig höher als erwartet. Es wurden ca. 14.700 Datensätze mehr übermittelt als im Auswertungsjahr 2024, die Vollzähligkeit ist in einem ähnlichen Bereich geblieben. Diese deutliche Steigerung liegt an der Einführung einer sektorengleichen Vergütung, den sogenannten Hybrid-DRG (Diagnosis Related Groups), für bestimmte gynäkologische Operationen. Diese Vergütung erfolgt unabhängig davon, ob ein Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird, d. h., auch ambulant durchgeführte Operationen in stationären Einrichtungen werden jetzt für die Qualitätssicherung erfasst.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - GYN-OP

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	196.198 195.832 366	195.502	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	960		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	970	967	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	859	857	100,23

Für das Verfahren *QS GYN-OP* erfolgt die Auswertung nach dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS GYN-OP* zeigen eine stabile Versorgungslage. Die Gesamtergebnisse und auch der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen insgesamt innerhalb der letzten Jahre auf einem gleichbleibenden Niveau. Relevante Anpassungen an der Spezifikation wurden für das Auswertungsjahr 2025 nicht vorgenommen.

Eine wesentliche Änderung gegenüber dem Vorjahr betrifft die Auswertungsmethodik, die nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt: Rechnerische Auffälligkeit wird nicht mehr nur danach bestimmt, ob ein beobachtetes Indikatorergebnis nominell außerhalb des Referenzbereiches liegt. Zusätzlich muss eine ausreichende statistische Sicherheit darüber

vorliegen, dass der Referenzbereich vom Leistungserbringer nicht erreicht wird. Die Umstellung betrifft die Bewertung von erreichten Indikatorergebnissen, aber nicht die Berechnung der Indikatorergebnisse selbst („Rechenregeln").

Der risikoadjustierte Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation" (ID 51906) misst die Komplikationsrate nach laparoskopischer Operation (*observed*, O) und setzt sie ins Verhältnis zu der für das Patientinnenkollektiv erwarteten Komplikationsrate (*expected*, E). Das Bundesergebnis liegt bei 1,08, die rohe Rate des Bundesergebnisses bei 0,99 %, die damit im Vergleich zu den Vorjahren leicht gestiegen ist. Der deutliche Anstieg der Grundgesamtheit liegt, wie zuvor dargestellt, an den neu eingeführten Hybrid-DRG. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt bei 0,32 %. Ein Vergleich mit dem Vorjahr ist aufgrund der Umstellung der Auswertungsmethodik nicht sinnvoll. Durch die Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit sinkt die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bei diesem Indikator mit festem Referenzbereich. Im Auswertungsjahr 2024 waren 24 Leistungserbringer rechnerisch auffällig, 22 Stellungnahmeverfahren wurden abgeschlossen und 3 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet.

Der Indikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung" (ID 12874) misst, wie häufig nach einem Ovareingriff, bei dem Gewebe entnommen wurde, auf eine histologische Untersuchung verzichtet wurde. Das Bundesergebnis liegt bei 0,88 % und damit unter dem Ergebnis des Vorjahrs. Für das aktuelle Auswertungsjahr wurde der Referenzbereich angepasst. Es handelt sich jetzt um einen Sentinel-Event-Indikator. Ob diese Umstellung das Ergebnis verbessern wird, ist in den Folgejahren weiter zu beobachten. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 39 rechnerisch auffällige Ergebnisse betrachtet, davon wurden 16 als qualitativ unauffällig bewertet. Dem Expertengremium scheint Letzteres nicht plausibel, da es keinen Grund sieht, auf eine Histologie zu verzichten, und somit jede rechnerische Auffälligkeit – von Dokumentationsfehlern abgesehen – auch eine qualitative sein müsste.

Die Indikationsstellung für eine operative Entfernung des Ovars oder der Adnexe wird von den 3 Indikatoren 10211, 60685 und 60686 betrachtet. Dieser Eingriff sollte bei möglichst wenigen Patientinnen erfolgen. Im Auswertungsjahr 2025 wurde eine vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei 6,99 % der Patientinnen festgestellt. Damit liegt das Bundesergebnis weiterhin deutlich im Referenzbereich, der für dieses Auswertungsjahr von 20,00 % auf 10,00 % gesenkt wurde.

Der Sentinel-Event-Indikator „Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie" (ID 60685) betrachtet Frauen bis 45 Jahre, da davon ausgegangen werden kann, dass sich der Großteil der Patientinnen in diesem Alter noch in der prämenopausalen Phase befindet. Eine beidseitige Ovariektomie führt zum sofortigen Verlust der Fertilität und zum Einsetzen der Menopause. Allerdings können medizinische Gründe für eine beidseitige Ovariektomie auch in prämenopausalem Alter vorliegen. Diese Entscheidung sollte nach sorgfältiger Abwägung aller Alternativen ausschließlich durch Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und unter Beteiligung der Patientinnen getroffen werden. Vor allem eine ausführliche Aufklärung mit entsprechender Dokumentation ist unbedingt erforderlich.

Das Bundesergebnis ist im Vergleich zum Vorjahr wieder von 0,91 % auf 0,77 % gesunken. Damit wird, trotz des leichten Anstiegs im Vorjahr, ein gleichbleibendes Niveau über die letzten Auswertungsjahre hinweg deutlich.

Der bundesweite Anteil an Patientinnen im Alter zwischen 46 und 55 Jahren mit Operationen am Ovar oder an den Adnexen und histologischem Normalbefund oder benigner Histologie, bei denen eine beidseitige Ovariektomie durchgeführt wurde, ist im Vergleich zum Vorjahr bei gestiegener Grundgesamtheit auf konstantem Niveau. Auch hier gilt es, die Entscheidung sorgfältig abzuwägen und die Patientinnen entsprechend einzubeziehen.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) - GYN-OP

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	1,01 O/E = 1.257 / 1.248,06 0,94 % O/N = 1.257 / 134.387	1,08 O/E = 1.464 / 1.351,79 0,99 % O/N = 1.464 / 147.396 (≤ 4,18)	eingeschränkt vergleichbar
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	1,06 % O = 347 N = 32.820	0,88 % O = 363 N = 41.335 (Sentinel Event)	vergleichbar
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe				
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	7,19 % O = 1.080 N = 15.023	6,99 % O = 1.352 N = 19.351 (≤ 10,00 %)	vergleichbar
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	0,91 % O = 357 N = 39.191	0,77 % O = 330 N = 42.986 (Sentinel Event)	vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	19,49 % O = 1.897 N = 9.732	18,44 % O = 1.954 N = 10.596 (≤ 29,96 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	88,51 % O = 30.561 N = 34.530	89,36 % O = 33.618 N = 37.621 (≥ 81,46 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	3,18 % O = 3.023 N = 95.113	3,01 % O = 3.393 N = 112.856 (≤ 4,46 %; 90. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2025

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – GYN-OP

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	2023	24 von 957	2,51	1
		2024	3 von 926	0,32	0
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	2023	39 von 796	4,90	3
		2024	197 von 791	24,91	13
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe					
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	2023	55 von 733	7,50	9
		2024	65 von 717	9,07	8
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	2023	232 von 862	26,91	93
		2024	231 von 815	28,34	95

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	2023	59 von 739	7,98	12
		2024	36 von 722	4,99	5
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	2023	85 von 852	9,98	19
		2024	41 von 811	5,06	12
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	2023	115 von 979	11,75	44
		2024	95 von 948	10,02	36

© IQTIG 2025

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 6: QI 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

	AJ 2023	AJ 2024[1]	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 O/E = 1.171 / 1.179,94 0,90 % O/N = 1.171 / 129.713	1,01 O/E = 1.257 / 1.248,06 0,94 % O/N = 1.257 / 134.387	**1,08** **O/E = 1.464 / 1.351,79** **0,99 %** **O/N = 1.464 / 147.396**
rechnerische Auffälligkeiten	11 von 966 1,14 %	24 von 957 2,51 %	**3 von 926** **0,32 %** **(Refbereich: ≤ 4,18)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 11 (18,18 %)	**3 / 24** **(12,50 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 966 (0,21 %)	**3 / 957** **(0,31 %)**	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Möglichst wenige Patientinnen sollten bei laparoskopischen Operationen Organverletzungen erleiden. Zum Auswertungsjahr 2024 wurden in diesem Qualitätsindikator die Ergebnisse von 3 Leistungserbringern (bei 24 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. Hier wurden Struktur- und Prozessmängel festgestellt; in einem Fall hat der Leistungserbringer bereits Konsequenzen gezogen und die Zusammenarbeit mit einem Facharzt beendet.

Tabelle 7: QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

	AJ 2023	AJ 2024[1]	AJ 2025
Bundesergebnis	0,95 % O = 320 N = 33.858	1,06 % O = 347 N = 32.820	**0,88 %** **O = 363** **N = 41.335**
rechnerische Auffälligkeiten	42 von 802 5,24 %	39 von 796 4,90 %	**197 von 791** **24,91 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 30 (6,67 %)	**3 / 39** **(7,69 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 802 (0,25 %)	**3 / 796** **(0,38 %)**	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Nach einem isolierten Ovareingriff mit Gewebeentfernung soll in jedem Fall eine Histologie durchgeführt werden. Für diesen Qualitätsindikator wurden mögliche Auswirkungen der Einführung der Hybrid-DRG geprüft. Da die entsprechende Information nicht vorliegt, wurde sich über Fälle mit einem Aufenthalt ohne Übernachtung genähert. Hier gibt es keine Unterschiede im Ergebnis. Bei Patientinnen sowohl mit als auch ohne Übernachtung wurde zuverlässig eine Histologie durchgeführt. In den wenigen Fällen, in denen sie nicht erfolgte, wird dies im Stellungnahmeverfahren aufgearbeitet. Im Auswertungsjahr 2024 wurden die Ergebnisse von 3 Leistungserbringern (bei 39 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. Ein Leistungserbringer hat keine Stellungnahme vorgelegt, bei den beiden anderen wurden Struktur- und Prozessmängel festgestellt, es wurde in den betreffenden Fällen keine histologische Untersuchung durchgeführt. In weiteren 20 Fällen kam es zu Dokumentationsfehlern.

Tabelle 8: QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

	AJ 2023	AJ 2024[1]	AJ 2025
Bundesergebnis	7,61 % O = 1.150 N = 15.108	7,19 % O = 1.080 N = 15.023	**6,99 %** **O = 1.352** **N = 19.351**
rechnerische Auffälligkeiten	54 von 737 7,33 %	55 von 733 7,50 %	**65 von 717** **9,07 %** **(Refbereich: ≤ 10,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 53 (18,87 %)	**8 / 55** **(14,55 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 737 (1,36 %)	**8 / 733** **(1,09 %)**	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Eine vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne das Vorliegen eines pathologischen Befundes sollte möglichst selten erfolgen. Im Auswertungsjahr 2024 wurden in diesem Qualitätsindikator die Ergebnisse von 8 Leistungserbringern (bei 55 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. 6 Leistungserbringer haben keine Stellungnahme vorgelegt bzw. Datenschutzvorgaben nicht beachtet. Bei den beiden weiteren Leistungserbringern wurden Struktur- und Prozessmängel festgestellt. In weiteren 20 Fällen kam es zu Dokumentationsfehlern.

Tabelle 9: QI 60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,74 % O = 301 N = 40.552	0,91 % O = 357 N = 39.191	**0,77 %** **O = 330** **N = 42.986**
rechnerische Auffälligkeiten	209 von 870 24,02 %	232 von 862 26,91 %	**231 von 815** **28,34 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	17 / 209 (8,13 %)	**18 / 232** **(7,76 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	17 / 870 (1,95 %)	**18 / 862** **(2,09 %)**	n. a.

Bei Patientinnen, die jünger als 45 Jahre sind, sollte keine beidseitige Ovariektomie bei Normalbefund oder benigner Histologie durchgeführt werden. Im Auswertungsjahr 2024 wurden in diesem Qualitätsindikator die Ergebnisse von 18 Leistungserbringern (bei 232 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. 11 Leistungserbringer haben keine oder keine ausreichend erklärende Stellungnahme vorgelegt bzw. Datenschutzvorgaben nicht beachtet. In 3 Fällen war die Indikation nicht nachvollziehbar und der besondere Wunsch der Patientinnen nicht dokumentiert. In 4 Fällen gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel.

Tabelle 10: QI 60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	19,31 % O = 2.026 N = 10.493	19,49 % O = 1.897 N = 9.732	**18,44 %** **O = 1.954** **N = 10.596**
rechnerische Auffälligkeiten	56 von 776 7,22 %	59 von 739 7,98 %	**36 von 722** **4,99 %** **(Refbereich: ≤ 29,96 %;** **95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 56 (23,21 %)	**18 / 59** **(30,51 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	13 / 776 (1,68 %)	**18 / 739** **(2,44 %)**	n. a.

Bei Patientinnen im Alter zwischen 45 und 55 Jahren sollte möglichst selten eine beidseitige Ovariektomie bei Normalbefund oder benigner Histologie durchgeführt werden. Im Auswertungsjahr 2024 wurden in diesem Qualitätsindikator die Ergebnisse von 18 Leistungserbringern (bei 59 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. 11 Leistungserbringer haben keine oder keine ausreichend erklärende Stellungnahme vorgelegt bzw. Datenschutzvorgaben nicht beachtet. Bei 7 Leistungserbringern gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel; so konnte z. B. die Indikationsstellung nicht nachvollzogen werden.

Tabelle 11: QI 612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	88,74 % O = 31.644 N = 35.658	88,51 % O = 30.561 N = 34.530	**89,36 %** **O = 33.618** **N = 37.621**
rechnerische Auffälligkeiten	80 von 865 9,25 %	85 von 852 9,98 %	**41 von 811** **5,06 %** **(Refbereich: ≥ 81,46 %;** **5. Perzentil)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	14 / 80 (17,50 %)	**20 / 85 (23,53 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	14 / 865 (1,62 %)	**20 / 852 (2,35 %)**	n. a.

Eine Organerhaltung bei einer Operation am Ovar ist möglichst bei allen Patientinnen mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie anzustreben. Das Ergebnis in diesem Indikator ist im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert. Dagegen wurden im Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen des Vorjahres deutlich mehr Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Gründe hierfür sind nicht bekannt. So wurden im Auswertungsjahr 2024 die Ergebnisse von 20 Leistungserbringern (bei 85 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet, im Vorjahr waren es 14 von 80. 7 Leistungserbringer haben keine oder keine ausreichend erklärende Stellungnahme vorgelegt bzw. Datenschutzvorgaben nicht beachtet, in 2 Fällen wurde keine Gynäkologin bzw. kein Gynäkologe hinzugezogen. Bei 11 Leistungserbringern gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, so gab es z. B. keine gynäkologische Vordiagnostik oder ein nicht adäquates Vorgehen bei Endometriose.

Tabelle 12: QI 52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	3,15 % O = 3.021 N = 95.777	3,18 % O = 3.023 N = 95.113	**3,01 %** **O = 3.393** **N = 112.856**
rechnerische Auffälligkeiten	120 von 981 12,23 %	115 von 979 11,75 %	**95 von 948** **10,02 %** **(Refbereich: ≤ 4,46 %; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 120 (3,33 %)	**9 / 115 (7,83 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 981 (0,41 %)	**9 / 979 (0,92 %)**	n. a.

Bei möglichst wenigen Patientinnen sollte eine assistierte Blasenentleerung mittels eines transurethralen Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar oder der Tuba uterina erfolgen. Auch bei diesem Qualitätsindikator hat sich das Bundesergebnis leicht verbessert (AJ 2025: 3,01 %, AJ 2024: 3,18 %). Allerdings wurden mehr Leistungserbringer nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet (9 von 115 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den vergangenen Jahren sind jedoch leichte Schwankungen zu beobachten, sodass hier kein Aufwärtstrend zu beobachten ist. Es gibt auch keine Hinweise aus den Stellungnahmeverfahren, dass ein Mangel an Pflegekräften hier ursächlich ist. Als qualitativ auffällig wurden die Ergebnisse von 9 Leistungserbringern (bei 115 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) bewertet.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die Ergebnisse aller Auffälligkeitskriterien liegen ungefähr im Bereich der Vorjahre, hier sind keine wesentlichen Schwankungen zu beobachten. Die Datengrundlage im QS-Verfahren ist demnach stabil.

Mit dem Auffälligkeitskriterium „Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund" soll überprüft werden, ob die Angabe „Sonstiges" im Dokumentationsbogen korrekt ist oder ob doch ein spezifischer Histologiebefund vorlag. Fälle mit unspezifischer Histologie gehen nicht in die Zähler der Qualitätsindikatoren der Gruppe „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe" ein.

Mit dem Auffälligkeitskriterium „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen" werden vom Leistungserbringer kodierte ICD-Kodes für mögliche Komplikationen mit einer im Dokumentationsbogen eingetragenen Komplikation abgeglichen. Nicht angegebene Organverletzungen fallen aus dem Zähler des Qualitätsindikators zur Messung der Organverletzungen bei laparoskopischer Operation.

Darüber hinaus werden 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewertet. Es werden also Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren zur Ursachenanalyse aufgefordert, wenn eine Unter- oder Überdokumentation vorliegt bzw. ein zu hoher Anteil an Minimaldatensätzen dokumentiert wurde.

Tabelle 13: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - GYN-OP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850231	Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	1,42 % 274/19.351 (≤ 6,06 %; 95. Perzentil)
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	0,13 % 256/195.832 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,36 % 196.198/195.502 (≥ 95,00 %)
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,36 % 196.198/195.502 (≤ 110,00 %)
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,19 % 366/195.502 (≤ 5,00 %)

Tabelle 14: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – GYN-OP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850231	Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 172000_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund 172001_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund 60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie 60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie	2024	38 von 717	5,30	8
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	2024	58 von 960	6,04	20
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	9 von 967	0,93	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	0 von 967	0,00	-
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	3 von 967	0,31	3

2.3.2 Detailergebnisse

Tabelle 15: AK 850231: Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,43 % O = 216 N = 15.108	1,48 % O = 223 N = 15.023	**1,42 %** **O = 274** **N = 19.351**
rechnerische Auffälligkeiten	41 von 737 5,56 %	53 von 733 7,23 %	**38 von 717** **5,30 %** **(Refbereich: ≤ 6,06 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	29 / 41 (70,73 %)	**41 / 53** **(77,36 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	29 / 737 (3,93 %)	**41 / 733** **(5,59 %)**	n. a.

Ziel dieses Auffälligkeitskriteriums ist die Prüfung der korrekten Dokumentation des Ergebnisses der Histologie. Es sollte möglichst immer ein konkreter Befund eingetragen werden. Das Bundesergebnis liegt im gleichen Bereich wie in den Vorjahren (AJ 2025: 1,42 %, AJ 2024: 1,48 %, AJ 2023: 1,43 %). Zum Auswertungsjahr 2024 wurden die Ergebnisse von 41 Leistungserbringern (bei 53 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet, im Vorjahr waren es 29 von 41.

Tabelle 16: AK 851912: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,14 % O = 254 N = 177.419	0,16 % O = 295 N = 181.148	**0,13 %** **O = 256** **N = 195.832**
rechnerische Auffälligkeiten	53 von 995 5,33 %	68 von 991 6,86 %	**58 von 960** **6,04 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	38 / 53 (71,70 %)	**54 / 68** **(79,41 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	38 / 995 (3,82 %)	**54 / 991** **(5,45 %)**	n. a.

Ziel dieses Auffälligkeitskriteriums ist die Prüfung der korrekten Dokumentation von intraoperativen Komplikationen. Jede aufgetretene Komplikation ist zu dokumentieren. Das Bundesergebnis liegt im gleichen Bereich wie in den Vorjahren (AJ 2025: 0,13 %, AJ 2024: 0,16 %, AJ 2023: 0,14 %). Zum Auswertungsjahr 2024 wurden die Ergebnisse von 54 Leistungserbringern (bei 68

rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet, im Vorjahr waren es 38 von 53.

Tabelle 17: AK 850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,55 % O = 177.823 N = 176.845	100,69 % O = 181.534 N = 180.294	**100,36 %** **O = 196.198** **N = 195.502**
rechnerische Auffälligkeiten	9 von 1.004 0,90 %	7 von 997 0,70 %	**9 von 967** **0,93 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 9 (44,44 %)	**5 / 7** **(71,43 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 1.004 (0,40 %)	**5 / 997** **(0,50 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.

Tabelle 18: AK 850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,55 % O = 177.823 N = 176.845	100,69 % O = 181.534 N = 180.294	**100,36 %** **O = 196.198** **N = 195.502**
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 1.004 0,50 %	4 von 997 0,40 %	**0 von 967** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	**0 / 4** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.004 (0,30 %)	**0 / 997** **(0,00 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurden keine Dokumentationsfehler festgestellt.

Tabelle 19: AK 850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,23 % O = 404 N = 176.845	0,21 % O = 386 N = 180.294	**0,19 %** **O = 366** **N = 195.502**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 1.004 0,30 %	4 von 997 0,40 %	**3 von 967** **0,31 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 3 (66,67 %)	**2 / 4** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 1.004 (0,20 %)	**2 / 997** **(0,20 %)**	n. a.

Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. Im Verfahren *QS GYN-OP* ist das bei insgesamt 2 bestätigten Dokumentationsfehlern der Fall.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul GYN-OP

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024[1]	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	5.997	-	5.918	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	5.997	100,00	5.918	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	572	9,54	609	10,29
davon ohne QSEB-Übermittlung	13	2,27	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	559	100,00	609	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	559	100,00	609	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	50	8,94	64	10,51
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	509	91,06	545	89,49
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	509	100,00	545	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	5	0,98	1	0,18
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	394	70,48	387	63,55
Bewertung als qualitativ auffällig	62	11,09	79	12,97
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	39	6,98	58	9,52
Sonstiges	14	2,50	21	3,45

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024[1]	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	42	n. a.	35	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS GYN-OP* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 7 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 5.918 Ergebnisse ermittelt wurden. Die Übersicht über Auffälligkeiten zeigt keine wesentlichen Änderungen der Anzahl der Indikatorergebnisse und der rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr. Über alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse wird in den von den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) übermittelten Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) informiert. In etwas mehr als 10 % der Fälle wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Damit hat sich die Rate im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht und wird vom IQTIG weiter als zu hoch angesehen. Als Begründungen wurden z. B. die Empfehlung der zuständigen Fachkommission wegen statistischer, methodischer oder inhaltlicher Gründe, eine geringe Abweichung vom Referenzwert oder eine besondere klinische Situation genannt.

Neben den schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurde mit einem Leistungserbringer ein Gespräch geführt. Es verlief laut Rückmeldung der LAG konstruktiv, und es erfolgte eine Bewertung als qualitativ unauffällig.

Wie im Vorjahr liegt der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen) bei nur etwas mehr als 10 %. Hier wird sich im Folgejahr zeigen, ob die Umstellung der Auswertungsmethodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit wesentliche Änderungen bewirkt. Allerdings weisen die Auffälligkeitskriterien im Verfahren *QS GYN-OP* eine deutlich höhere Rate an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen auf als die Qualitätsindikatoren und weisen also auf Mängel in der Dokumentationsqualität hin. Hier vermisst das Expertengremium Konsequenzen für die Leistungserbringer.

Im Anschluss an die Stellungnahmeverfahren wurden bei 22 Leistungserbringern insgesamt 35 Maßnahmen der Stufe 1 angestoßen. So wurde die Teilnahme an Fortbildungen angeregt und die Implementierung von Behandlungspfaden empfohlen, ein Audit und ein Peer Review wurden durchgeführt.

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – GYN-OP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
326	90	32	51	8	4

Die Anzahl der Leistungserbringer mit mehr als einem rechnerisch bzw. qualitativ auffälligen Ergebnis entspricht ungefähr dem Vorjahr. So gab es im Auswertungsjahr 2023 27 Leistungserbringer mit mehr als 3 rechnerischen Auffälligkeiten und keinen mit mehr als 3 qualitativen Auffälligkeiten.

Im Auswertungsjahr 2024 gab es in 2 Indikatoren Leistungserbringer mit einer besonders starken Abweichung vom Bundesergebnis. Die LAG wurden gebeten, hierauf im Stellungnahmeverfahren ein besonderes Augenmerk zu legen. In einem Fall war dies nicht möglich, da die Fachabteilung des entsprechenden Leistungserbringers geschlossen wurde. Bei einem weiteren Leistungserbringer lag eine geringe Grundgesamtheit mit Dokumentationsfehlern und nachvollziehbaren Einzelfällen vor. In einem weiteren Fall gab es eine hohe Zahl an Dokumentationsfehlern, der ein systematisches Problem zugrunde lag; histologische Befunde wurden nach der Entlassung der Patientinnen nicht mehr nacherfasst.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Übersicht über Auffälligkeiten aus dem Auswertungsjahr 2024 zeigt keine wesentlichen Änderungen der Anzahl der Indikatorergebnisse und einen leichten Anstieg der rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2025: 4.737, AJ 2024: 4.758). Es wurden zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen auch Informationen über den QSEB übermittelt. Bei 5 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, das entspricht fast dem Vorjahreswert (AJ 2024: 4). Als Begründungen wurden eine Abweichung durch einen Einzelfall, die bereits bekannte Ursache durch eine Softwareumstellung und eine bekannte klinische Besonderheit genannt. Gespräche oder Begehungen wurden nicht durchgeführt.

Der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen) liegt bei 75,00 % und damit etwas höher als im Vorjahr (68,47 %). Im Anschluss an die Stellungnahmeverfahren wurden bei 6 Leistungserbringern Maßnahmen der Stufe 1 angestoßen. So wurde die Teilnahme an Fortbildungen angeregt und eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Wie bereits erwähnt, weisen die Auffälligkeitskriterien eine deutlich höhere Rate an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen auf als die Qualitätsindikatoren. Als Konsequenz wurde im Expertengremium vorgeschlagen, die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien mit den Qualitätsindikatoren zu verknüpfen oder in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen.

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul GYN-OP

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	4.758	100,00	4.737	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	111	2,33	136	2,87
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	111	100,00	136	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	4	3,60	5	3,68
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	107	96,40	131	96,32
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	107	100,00	131	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	26	23,42	23	16,91
Bewertung als qualitativ auffällig	76	68,47	102	75,00
Sonstiges	5	4,50	6	4,41
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	1	n. a.	6	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – GYN-OP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
111	11	1	88	7	0

In beiden Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen. In den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit war ein Leistungserbringer wiederholt qualitativ auffällig. Wie im Vorjahr gab es keine Leistungserbringer mit 3 oder mehr qualitativ auffälligen Ergebnissen. Allerdings gab es 7 Leistungserbringer mit 2 qualitativ auffälligen Ergebnissen, im Vorjahr waren es nur 2.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Verfahrens *QS GYN-OP* wurden die im Folgenden aufgeführten Themen sowohl innerhalb des Expertengremiums auf Bundesebene diskutiert als auch von den LAG, z. B. im Zusammenhang des Stellungnahmeverfahrens, zurückgemeldet.

Ein großer Teil der gynäkologischen Operationen wird inzwischen ambulant durchgeführt. Diese Operationen werden im Rahmen der datengestützten externen stationären Qualitätssicherung nicht betrachtet. Lediglich in stationären Einrichtungen durchgeführte ambulante Operationen, die über Hybrid-DRG abgerechnet werden, sind Bestandteil der Qualitätssicherung. Das wird sowohl von den LAG als auch den Leistungserbringern kritisch gesehen. Auch das Expertengremium kritisiert, dass nur der stationäre Sektor in die Qualitätssicherung einbezogen wird, und weist auf den immer größeren Anteil des ambulanten Bereichs hin. Auch wenn zu diesem Anteil keine genauen Daten vorlägen, sollte auch im ambulanten Bereich eine Qualitätssicherung durchgeführt werden. Nur so könne für die Patientinnen eine sichere Aussage über eine verlässlich gute Versorgungsqualität im Bereich der Gynäkologie getroffen werden.

Mehrere Indikatoren des Verfahrens zielen auf eine korrekte Indikationsstellung bei einer beidseitigen Ovariektomie ab. Dabei handelt es sich um ähnliche Prozeduren bei verschiedenen Altersgruppen. Von den LAG wird angeregt, diese Indikatoren zu einem einzelnen Qualitätsindikator zusammenzufassen. Daneben gibt es Indikatoren mit seit Jahren bestehenden perzentilbasierten Referenzwerten. Hier werden im Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens nur wenige Probleme der Struktur- und Prozessqualität aufgedeckt. Von den LAG wird daher angeregt, diese Werte in feste Referenzwerte umzuwandeln.

Die Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS GYN OP* sollen insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Ziele des Verfahrens verfolgen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Prozessqualität
- Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen

Für das Auswertungsjahr 2024 haben 3 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet.

Ein Hauptkritikpunkt war, dass die Wünsche der Patientinnen und die umfassende Aufklärung über verschiedene Behandlungsoptionen im Verfahren nicht dargestellt werden. Dies wäre nur über eine Befragung der Patientinnen möglich, da über einen Dokumentationsbogen entsprechende Angaben nicht sicher erfasst werden können. Eine Patientinnenbefragung bei Hysterektomie wurde entwickelt und befindet sich aktuell in der Umsetzung, sodass voraussichtlich ab dem Auswertungsjahr 2027 die Perspektive der Patientinnen abgebildet werden kann. Eine Erweiterung der Patientenbefragung um Ovareingriffe und Adnexe wäre erstrebenswert.

5 Ausblick

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS GYN-OP* zeigen ein stabiles und gutes Niveau der medizinischen Versorgung bei gynäkologischen Operationen im Bereich der Ovarien und Adnexe. Jedoch ist kritisch zu sehen, dass die im ambulanten Sektor vorgenommenen Eingriffe, die einen immer größeren Anteil bilden, nicht in der Qualitätssicherung betrachtet werden. Dieser Anteil sollte in Zukunft berücksichtigt werden. Ausnahme sind hier nur ambulant durchgeführte Operationen, die in stationären Einrichtungen durchgeführt werden und über Hybrid-DRG abgerechnet werden. Auch ist seit dem Auswertungsjahr 2014 durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Betrachtung von Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) im QS-Verfahren ausgesetzt. Das Expertengremium und das IQTIG sehen diese Eingriffe, bei denen es sich um häufig durchgeführte Operationen mit unterschiedlichen Indikationen handelt, als einen wichtigen Versorgungsaspekt an, der im Verfahren *QS GYN-OP* wieder aufgenommen werden sollte.

Hierzu liegt auch bereits eine vom IQTIG entwickelte Patientenbefragung zur Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen vor. Hierin wird auf die Prozesse der Indikationsstellung bei stationär durchgeführten Hysterektomien fokussiert, mit dem Ziel, die Information und Entscheidungskompetenz von Patientinnen sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung und somit auch die Indikationsstellung im Zusammenhang mit Hysterektomien bei benignen Erkrankungen zu verbessern.

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS GYN-OP*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht.

© IQTIG 2025

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

GYN-OP: Gynäkologische Operationen

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Gynäkologische Operationen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 8

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 9

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 10

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 11

51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation 11

Details zu den Ergebnissen 15

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung 16

Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe 19

10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 19

60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 22

60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 25

Details zu den Ergebnissen 28

612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre 30

Details zu den Ergebnissen 33

52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden 34

Details zu den Ergebnissen 37

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 38

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 38

850231: Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund 38

851912: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen 40

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 42

850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 42

850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 44

850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 46
Basisauswertung ... 48
Basisdokumentation ... 48
Patientin ... 48
Stationärer Aufenthalt ... 49
Operation ... 53
Histologie ... 56
Postoperativer Verlauf ... 58
Entlassung ... 59
Ovar- und Adnexeingriffe: Organerhaltend (benigner Befund) ... 61
Patientin ... 61
Stationärer Aufenthalt ... 62
Operation ... 66
Postoperativer Verlauf ... 70
Entlassung ... 71
Ovar- und Adnexeingriffe: Ablativ (benigner Befund) ... 73
Patientin ... 73
Stationärer Aufenthalt ... 74
Operation ... 78
Postoperativer Verlauf ... 82
Entlassung ... 83
Ovar- und Adnexeingriffe: Eingriffe bei Ovarialkarzinom ... 85
Patientin ... 85
Stationärer Aufenthalt ... 86
Operation ... 90
Postoperativer Verlauf ... 93
Entlassung ... 94

Einleitung

Gynäkologische Operationen umfassen prinzipiell alle Operationen an den inneren weiblichen Geschlechtsorganen. Einige dieser Eingriffe werden inzwischen zunehmend auch ambulant durchgeführt. Das QS-Verfahren Gynäkologische Operationen betrachtet die stationär durchgeführten Operationen bei allen Patientinnen ab einem Alter von 11 Jahren und fokussiert hierbei Operationen an den Eileitern (Tuba uterina) und Eierstöcken (Ovarien).

Eine gute Versorgungsqualität bei den in diesem QS-Verfahren betrachteten Operationen hat für die behandelten Patientinnen eine hohe Relevanz, da diese Operationen – insbesondere die Entfernung des Ovars oder der Adnexe (Eierstöcke und Eileiter) – die Fruchtbarkeit (Fertilität) sowie den Zeitpunkt des Eintritts in die Menopause beeinflussen können.

Aufgrund dieser möglichen Folgen ist eine sorgfältige Abklärung, ob eine Operation notwendig ist (Indikationsstellung), in jedem Fall erforderlich. Es gilt, zwischen Nutzen und Risiken einer Operation abzuwägen und auch die Möglichkeiten konservativer, d. h. nicht operativer Behandlungsmethoden zu prüfen. Insbesondere bei Patientinnen, für die kein pathologischer Befund vorliegt, ist zu prüfen, ob eine Entfernung der Adnexe oder des Ovars bei einer Operation notwendig ist. Betrachtet wird dieser Aspekt mit der in diesem QS-Verfahren ausgewerteten Gruppe von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen „Entfernung des Ovars oder der Adnexe“ (IDs 10211, 60685 und 60686). Jedes entnommene Gewebe muss histologisch untersucht werden um frühzeitig bösartige Erkrankungen zu erkennen.

Wird eine Operation an den Eierstöcken durchgeführt, sollte – insbesondere bei gutartigen Befunden – möglichst organerhaltend operiert werden (ID 612), da es in Studien Hinweise dafür gibt, dass die vollständige Entfernung des Ovars unter anderem mit einem frühzeitigeren Verlust der Fertilität einhergehen kann. Der Indikator 12874 bildet den wichtigen Qualitätsaspekt ab und unterstützt damit die Diagnosesicherung.

Jede Operation geht für die Patientin mit einem Komplikationsrisiko einher, der Indikator 51906 erfasst die Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen, mit dem Ziel, diese möglichst gering zu halten.

Im Anschluss an eine gynäkologische Operation, die in diesem QS-Verfahren betrachtet wird, kann das Anlegen eines Dauerkatheters durch die Harnröhre (transurethraler Dauerkatheter) erforderlich sein. Wegen der Gefahr einer Harnwegsinfektion sollte stets sorgfältig geprüft werden, ob das Anlegen des Dauerkatheters wirklich notwendig ist (Indikationsstellung), und seine Liegedauer auf ein Minimum beschränkt werden. Dieser Qualitätsaspekt wird mit dem Indikator „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (ID 52283) abgebildet.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.

Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) auf auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	196.198 195.832 366	195.502	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	960		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	970	967	100,31

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	859	857	100,23

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten dafür Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Gynäkologische Operationen finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-gyn-op/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18	1,08 O/E = 1.464 / 1.351,79 N = 147.396
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	Sentinel Event	0,88 % O = 363 N = 41.335
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe			
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 10,00 %	6,99 % O = 1.352 N = 19.351
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	Sentinel Event	0,77 % O = 330 N = 42.986
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 29,96 % (95. Perzentil)	18,44 % O = 1.954 N = 10.596
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	≥ 81,46 % (5. Perzentil)	89,36 % O = 33.618 N = 37.621
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	≤ 4,46 % (90. Perzentil)	3,01 % O = 3.393 N = 112.856

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850231	Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	≤ 6,06 % (95. Perzentil)	1,42 % 274 / 19.351	5,30 % 38 / 717
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	= 0	0,00 256 / 195.832	6,04 % 58 / 960
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,36 % 196.198 / 195.502	0,93 % 9 / 967
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,36 % 196.198 / 195.502	0,00 % 0 / 967
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,19 % 366 / 195.502	0,31 % 3 / 967

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation.
Zähler	Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
E (expected)	Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906
Referenzbereich	≤ 4,18
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	ASA-Klassifikation 2 ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 oder 5 Adhäsiolyse Endometriose Exzision Voroperation im OP-Gebiet Gynäkologisches Malignom Interaktion: Voroperation im OP-Gebiet mit Adhäsiolyse Alter bei nicht vorliegender Endometriose (linear, in Jahren) Alter bei vorliegender Endometriose (linear, in Jahren)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

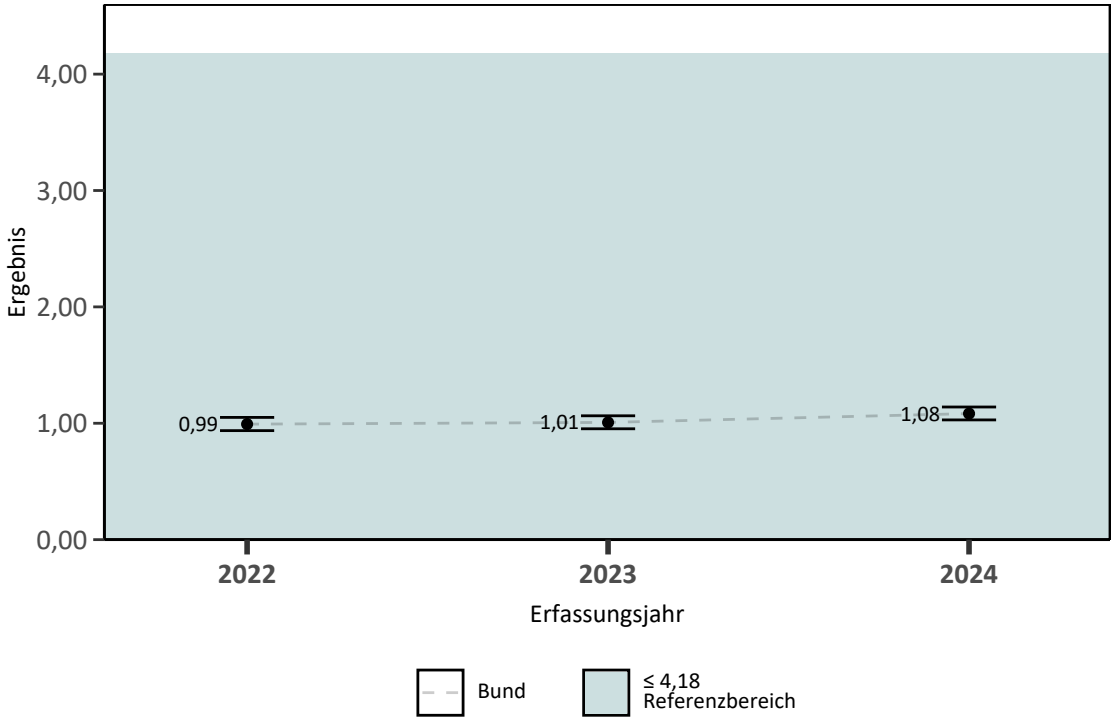
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	129.713	1.171 / 1.179,94	0,99	0,94 - 1,05
	2023	134.387	1.257 / 1.248,06	1,01	0,95 - 1,06
	2024	147.396	1.464 / 1.351,79	1,08	1,03 - 1,14

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

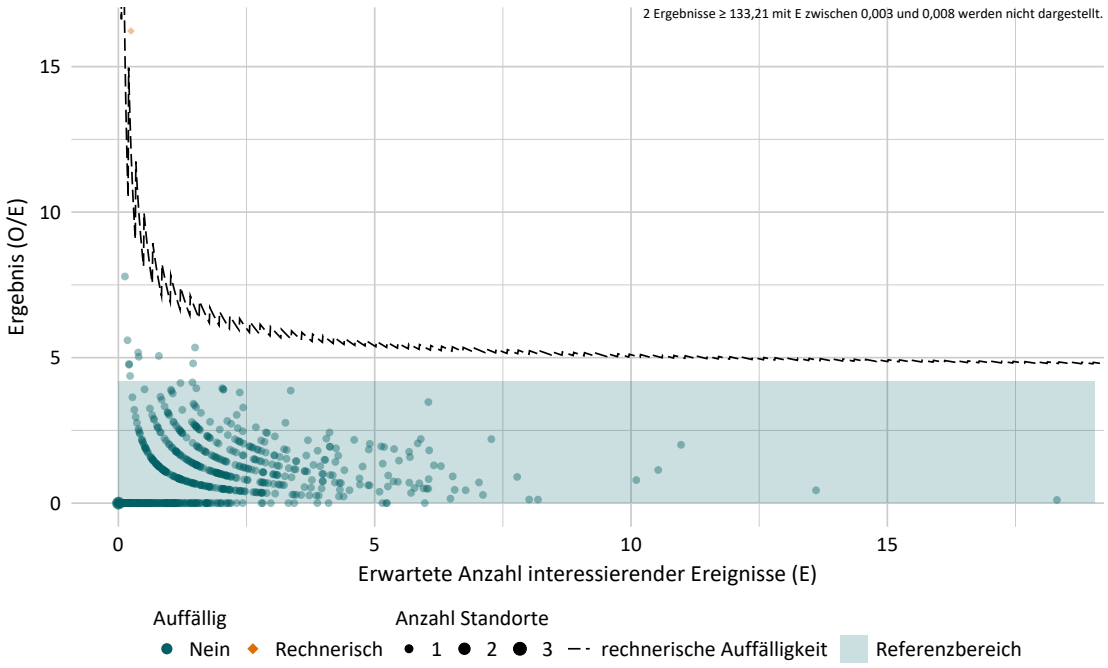
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



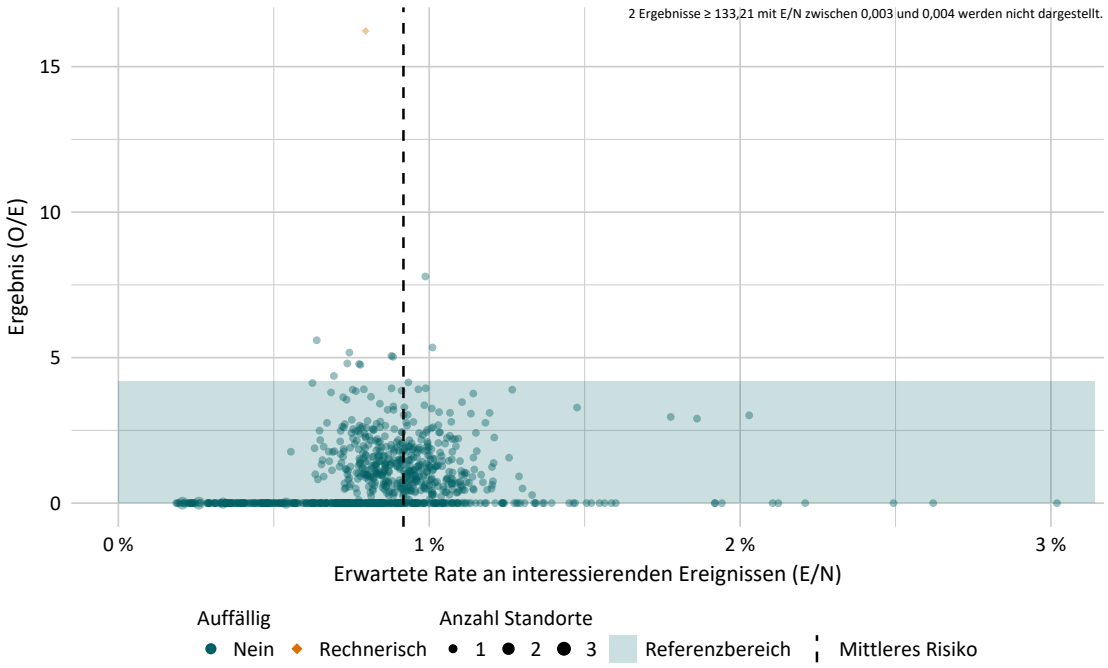
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	926	3	0,00	348,95	0,34

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 17_22044 Patientinnen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang bei der ersten OP	100,00 % 147.396/147.396
1.1.1	ID: 17_22000 Davon: mindestens eine Organverletzung	0,99 % 1.464/147.396
1.1.2	ID: 51902 Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.2.1	ID: O_51906 O/N (observed, beobachtet)	0,99 % 1.464/147.396
1.1.2.2	ID: E_51906 E/N (expected, erwartet)	0,92 % 1.351,79/147.396
1.1.2.3	**ID: 51906** **O/E**	1,08
1.1.3	ID: 17_22002 Alle Patientinnen	100,00 % 147.396/147.396
1.1.3.1	ID: 17_22003 Davon: mindestens eine Organverletzung	0,99 % 1.464/147.396
1.1.4	ID: 17_22004 Patientinnen mit Entlassungsdiagnose Karzinom	6,40 % 9.439/147.396
1.1.4.1	ID: 17_22005 Davon: mindestens eine Organverletzung	2,24 % 211/9.439
1.1.5	ID: 17_22006 Patientinnen mit Entlassungsdiagnose Endometriose	24,46 % 36.047/147.396
1.1.5.1	ID: 17_22007 Davon: mindestens eine Organverletzung	0,89 % 322/36.047
1.1.6	ID: 17_22008 Patientinnen mit Voroperation im gleichen OP-Gebiet	44,55 % 65.665/147.396
1.1.6.1	ID: 17_22009 Davon: mindestens eine Organverletzung	1,35 % 886/65.665

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/)

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

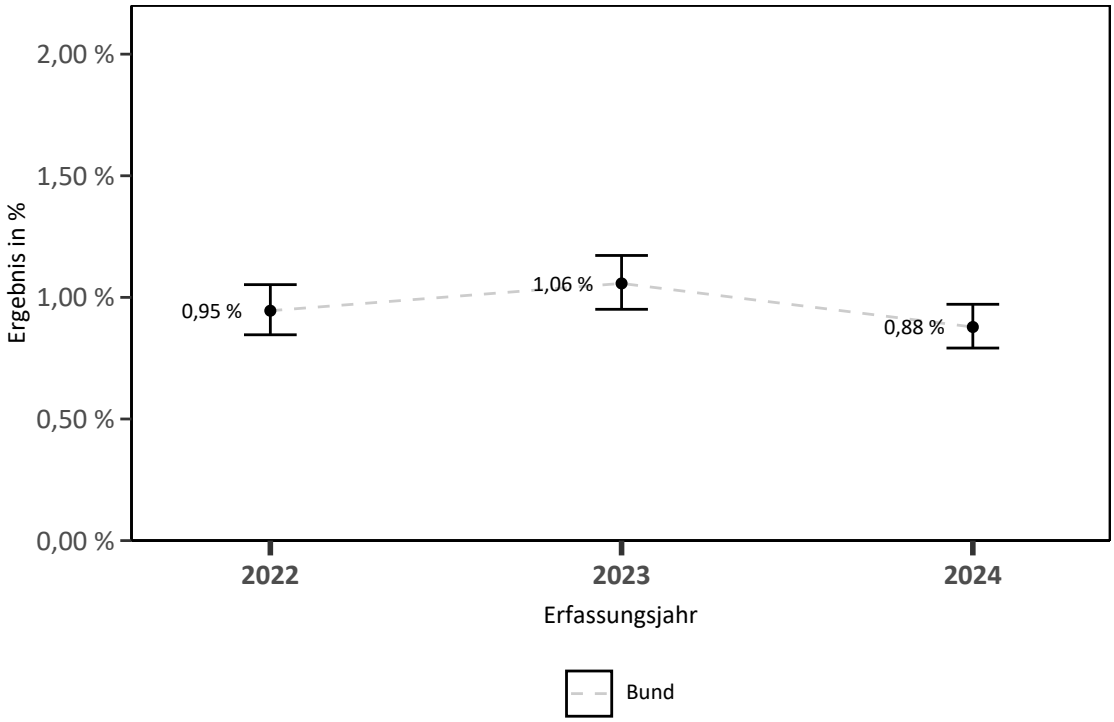
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*].
Zähler	Isolierter Ovareingriff ohne Angabe einer postoperativen Histologie
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

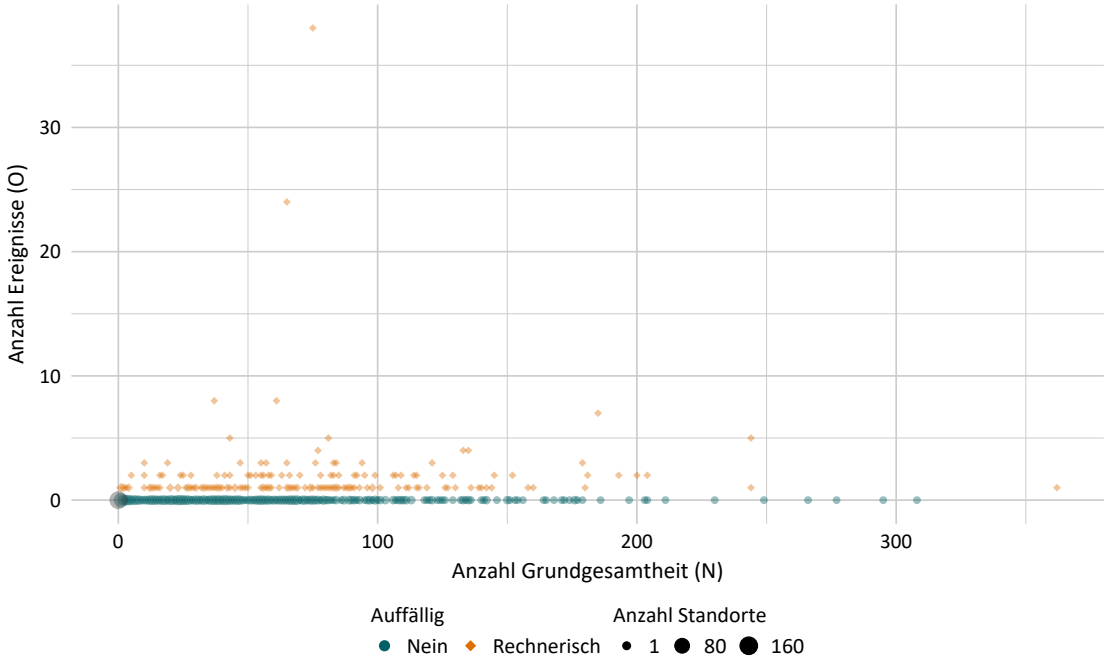
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	320 / 33.858	0,95	0,85 - 1,05
	2023	347 / 32.820	1,06	0,95 - 1,17
	2024	363 / 41.335	0,88	0,79 - 0,97

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe

10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

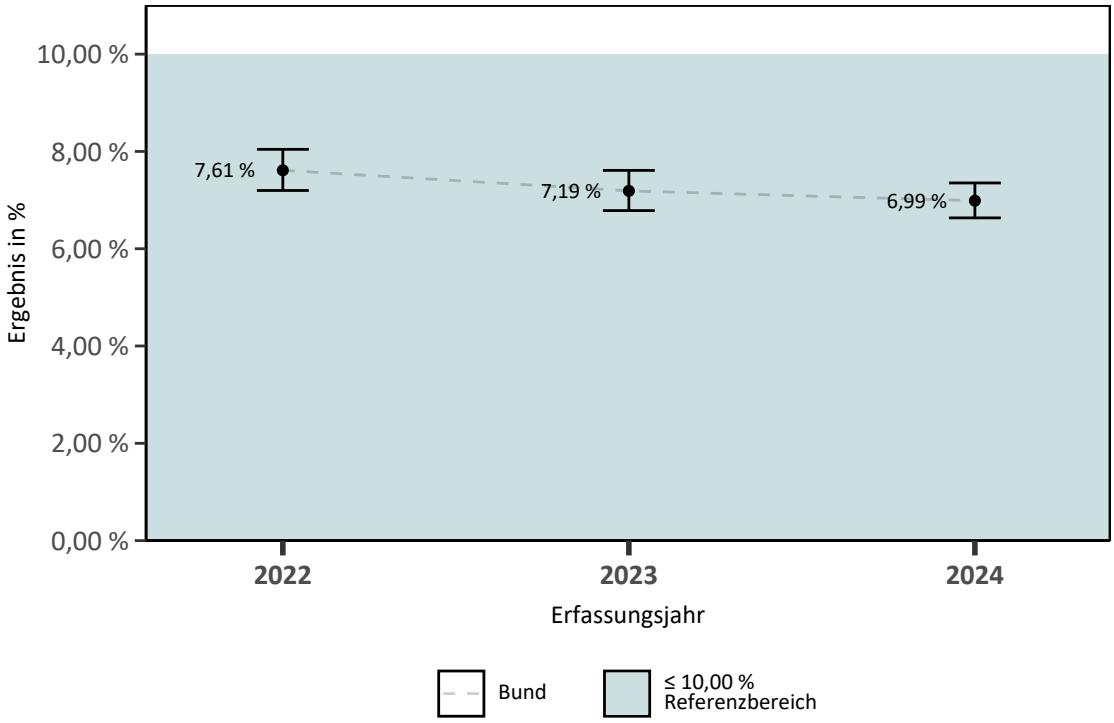
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*)[Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] und Angaben zur postoperativen Histologie, Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00, Z40.01) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3) und Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0).
Zähler	Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

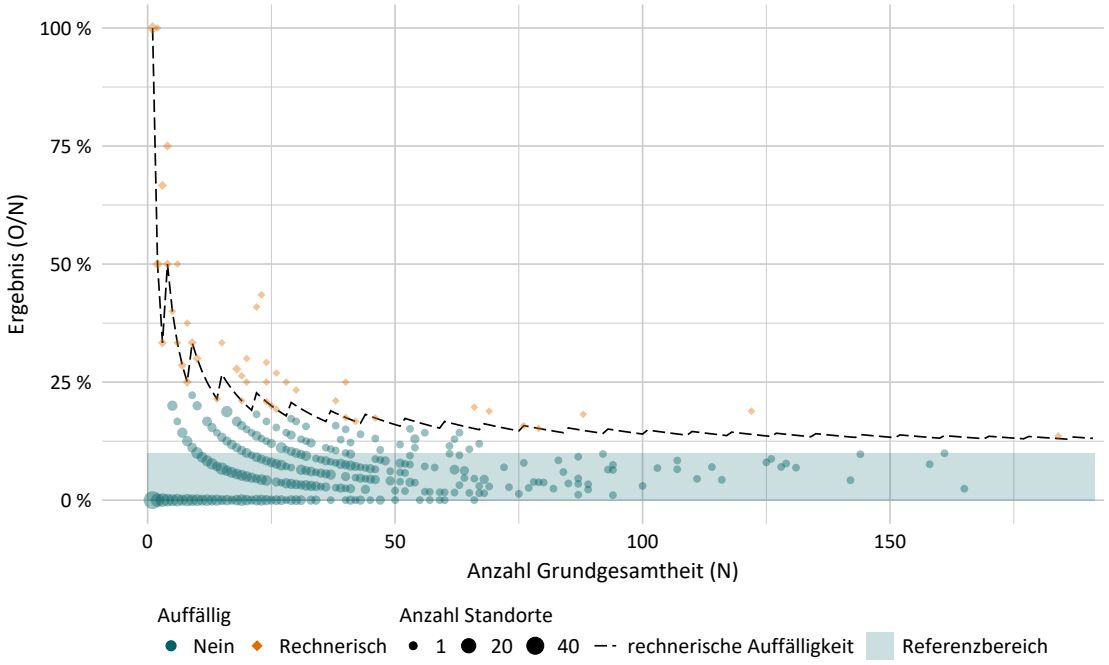
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	1.150 / 15.108	7,61	7,20 - 8,04
	2023	1.080 / 15.023	7,19	6,78 - 7,61
	2024	1.352 / 19.351	6,99	6,63 - 7,35

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	717	65	0,00	100,00	4,69

60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

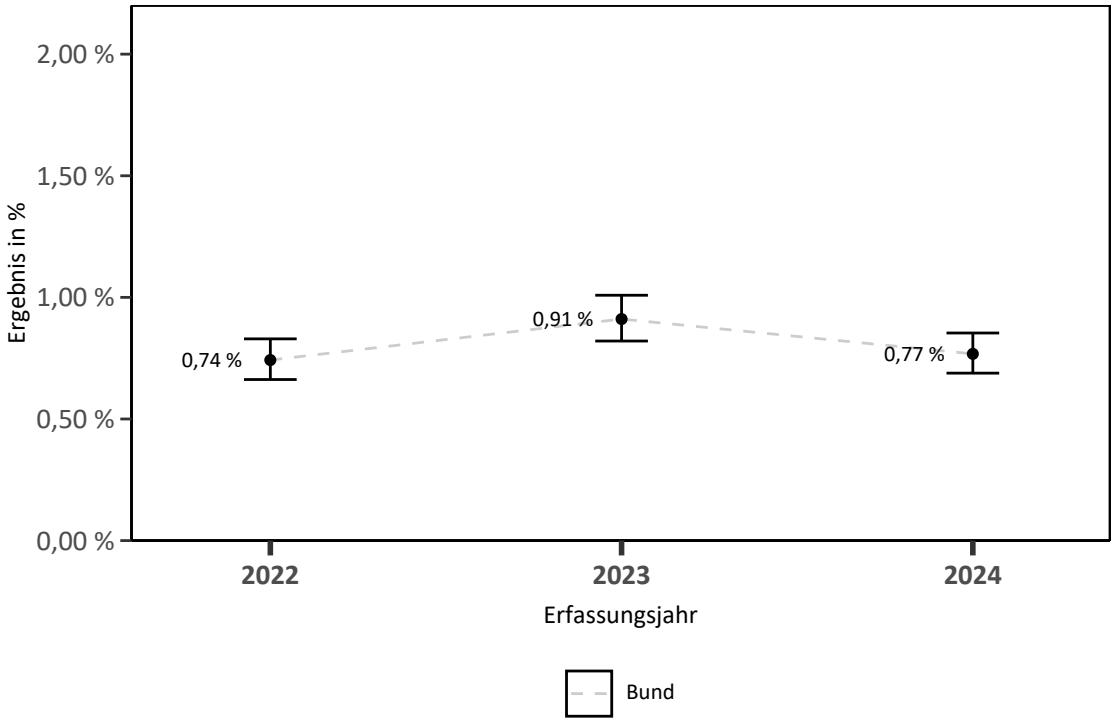
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen bis 45 Jahre mit Operationen am Ovar oder der Tuba uterina (OPS: 5-65*, 5-66* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund (Schlüssel Histologie: 01-09), unter Ausschluss von Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*), mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*) oder mit Komplettierungsoperation bei bestehender bösartiger Neubildung des Corpus uteri, bösartiger Neubildung des Uterus, bösartiger Neubildung des Ovars, bösartige Neubildung der Tuba uterina, mit den Diagnosen Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane, Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der weiblichen Genitalorgane oder sekundäre bösartige Neubildung des Ovars (Entlassungsdiagnose: C54*, C55*, C56*, C57*, D07.0*, D39.1*, C79.6*) und unter Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0*).
Zähler	Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-) Ovariektomie
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

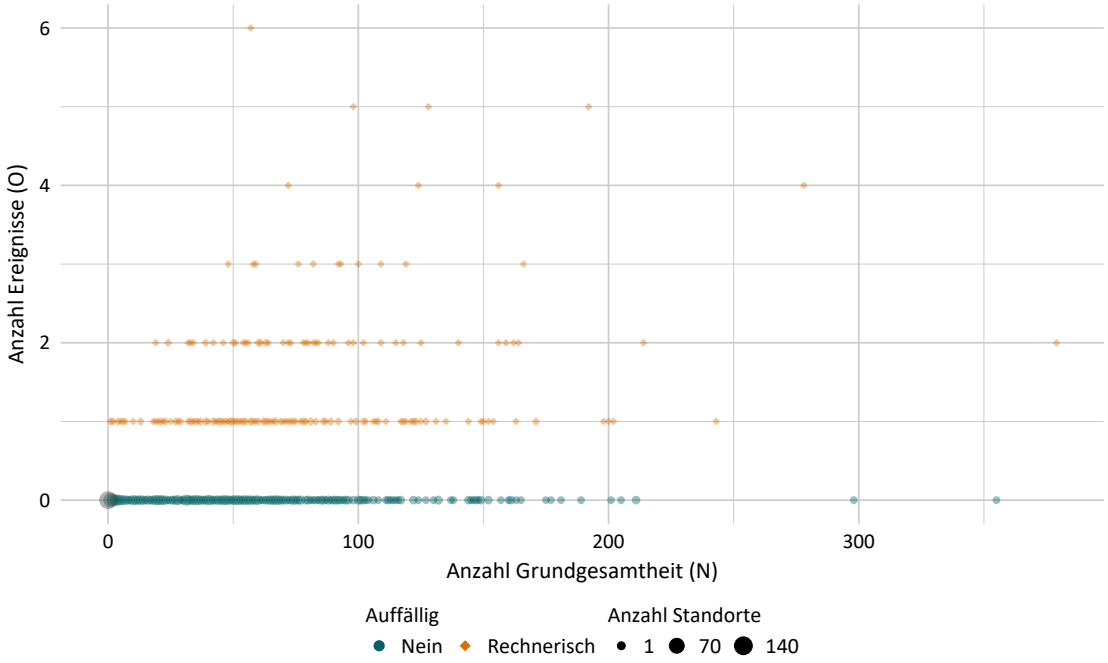
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	301 / 40.552	0,74	0,66 - 0,83
	2023	357 / 39.191	0,91	0,82 - 1,01
	2024	330 / 42.986	0,77	0,69 - 0,85

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

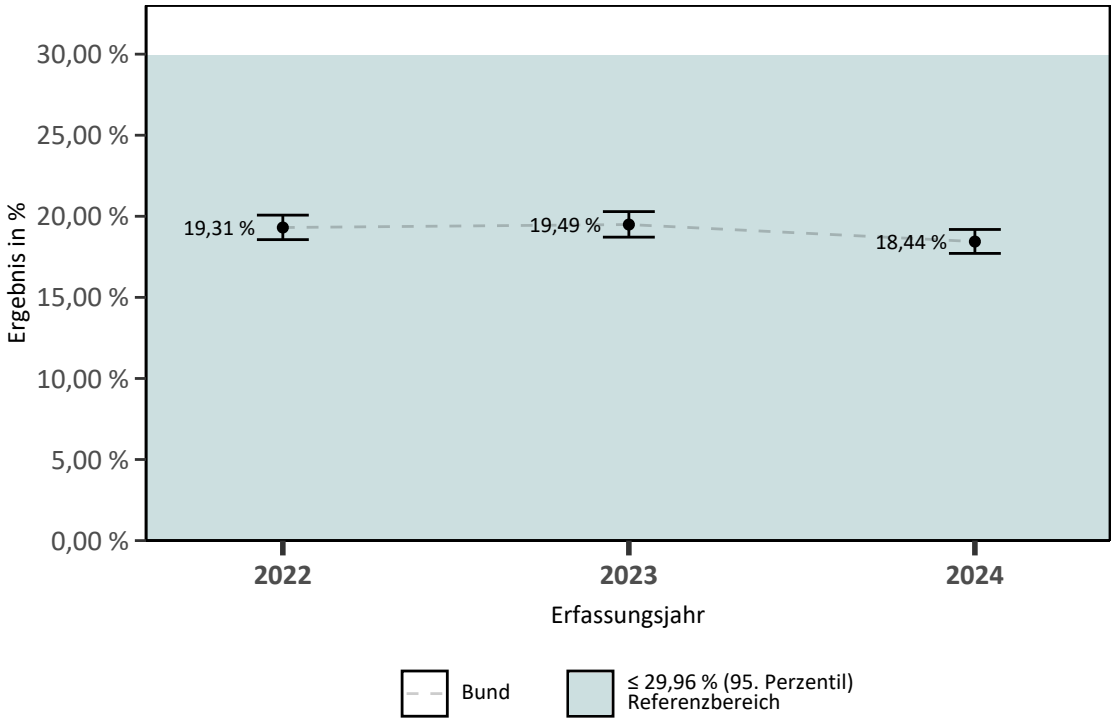
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen im Alter ab 46 und bis 55 Jahre mit Operationen am Ovar- oder Tuba uterina (OPS: 5-65*, 5-66* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund (Schlüssel Histologie: 01-09), unter Ausschluss von Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*), mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*) oder mit Komplettierungsoperation bei bestehender bösartiger Neubildung des Corpus uteri, bösartiger Neubildung des Uterus, bösartiger Neubildung des Ovars, bösartige Neubildung der Tuba uterina, mit den Diagnosen Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane, Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der weiblichen Genitalorgane oder sekundäre bösartige Neubildung des Ovars (Entlassungsdiagnose: C54*, C55*, C56*, C57*, D07.0*, D39.1*, C79.6*) und unter Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0*).
Zähler	Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-) Ovariektomie
Referenzbereich	≤ 29,96 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

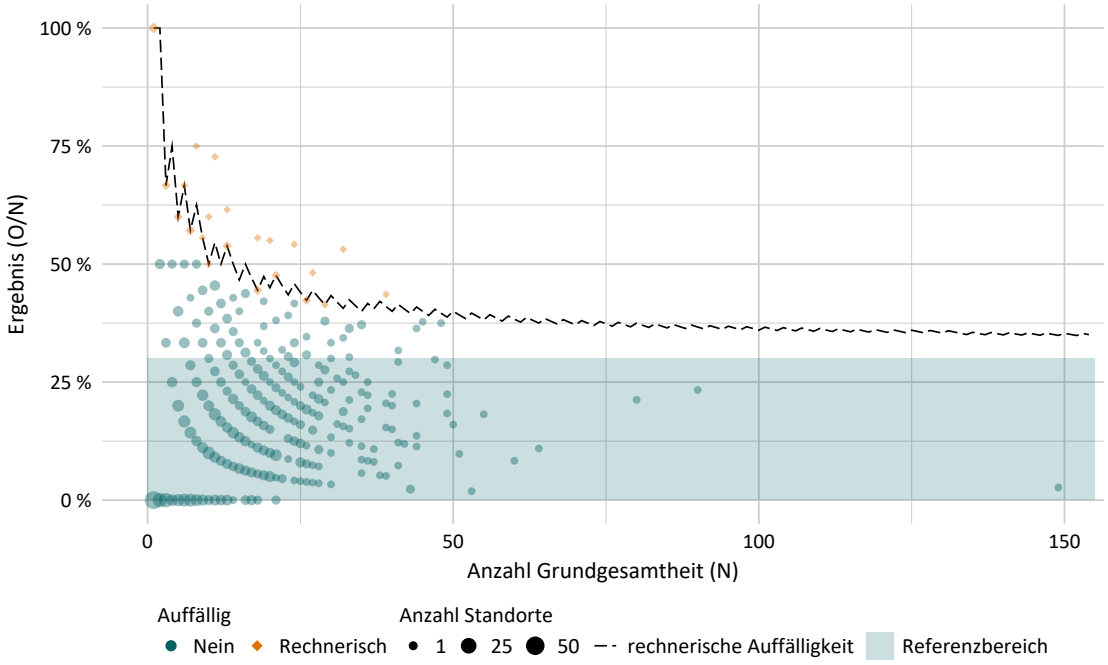
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	2.026 / 10.493	19,31	18,56 - 20,07
	2023	1.897 / 9.732	19,49	18,71 - 20,29
	2024	1.954 / 10.596	18,44	17,71 - 19,19

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	722	36	0,00	100,00	14,29

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 17_22011 Alle Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff	100,00 % 38.379/38.379
3.1.1	ID: 17_22012 Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund	19,97 % 7.663/38.379
3.1.1.1	ID: 17_22013 Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste als führender histologischer Befund	17,65 % 6.772/38.379
3.1.1.2	ID: 17_22014 Normalbefund als führender histologischer Befund	2,32 % 891/38.379

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 17_22043 Alle durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe	100,00 % 19.351/19.351
3.2.1	**ID: 10211** **Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund**	6,99 % 1.352/19.351
3.2.1.1	ID: 17_22015 Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste als führender histologischer Befund	3,89 % 753/19.351
3.2.1.2	ID: 17_22016 Normalbefund als führender histologischer Befund	3,10 % 599/19.351
3.2.1.3	ID: 17_22017 Isolierte Operationen am Ovar mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe und vollständiger Entfernung des Ovars bei Patientinnen bis 45 Jahre	100,00 % 2.514/2.514
3.2.1.3.1	ID: 172000_10211 Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	11,00 % 277/2.518
3.2.1.4	ID: 17_22018 Isolierte Operationen am Ovar mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe und vollständiger Entfernung des Ovars bei Patientinnen von 46 bis 55 Jahre	100,00 % 3.793/3.793
3.2.1.4.1	ID: 172001_10211 Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	12,40 % 471/3.799

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	**ID: 60685** **Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie**	0,77 % 330/42.986

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	ID: 17_22023 Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen über 55 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie	70,43 % 13.580/19.281

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.5	**ID: 60686** **Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie**	18,44 % 1.954/10.596

612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre

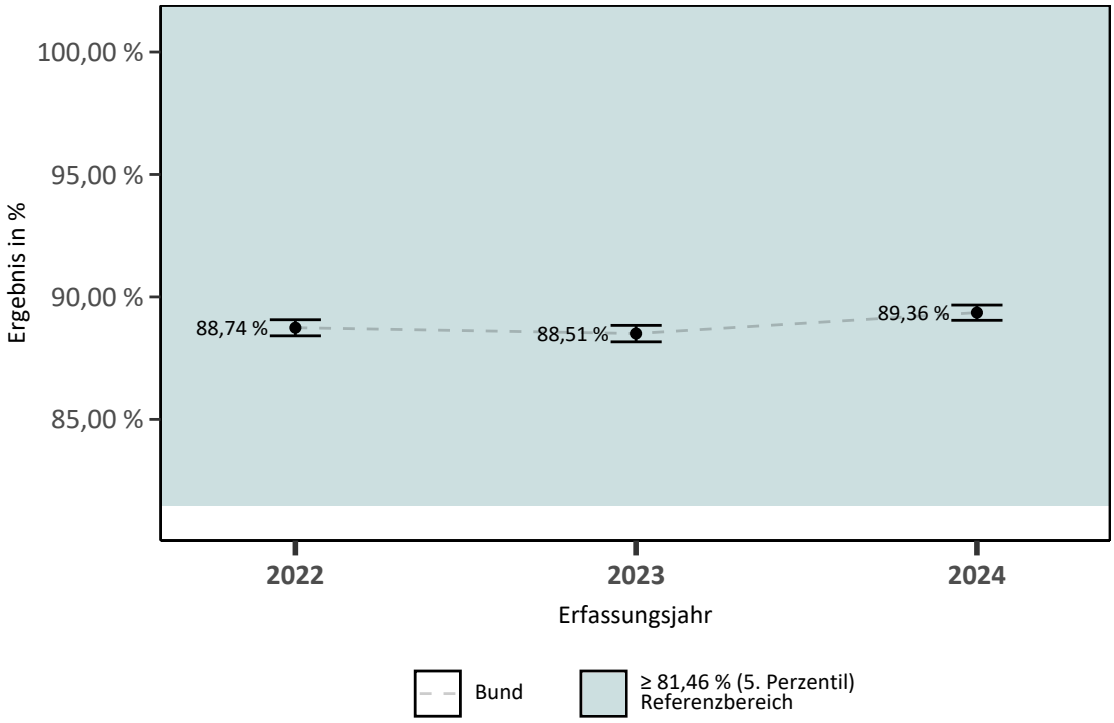
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Operationen am Ovar (OPS: 5-65* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund: (Schlüssel Histologie: 01-09) bei Patientinnen bis 45 Jahre, unter Ausschluss von Patientinnen mit Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*) und unter Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose F64.0*).
Zähler	Alle Operationen am Ovar, die organerhaltend durchgeführt wurden
Referenzbereich	≥ 81,46 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

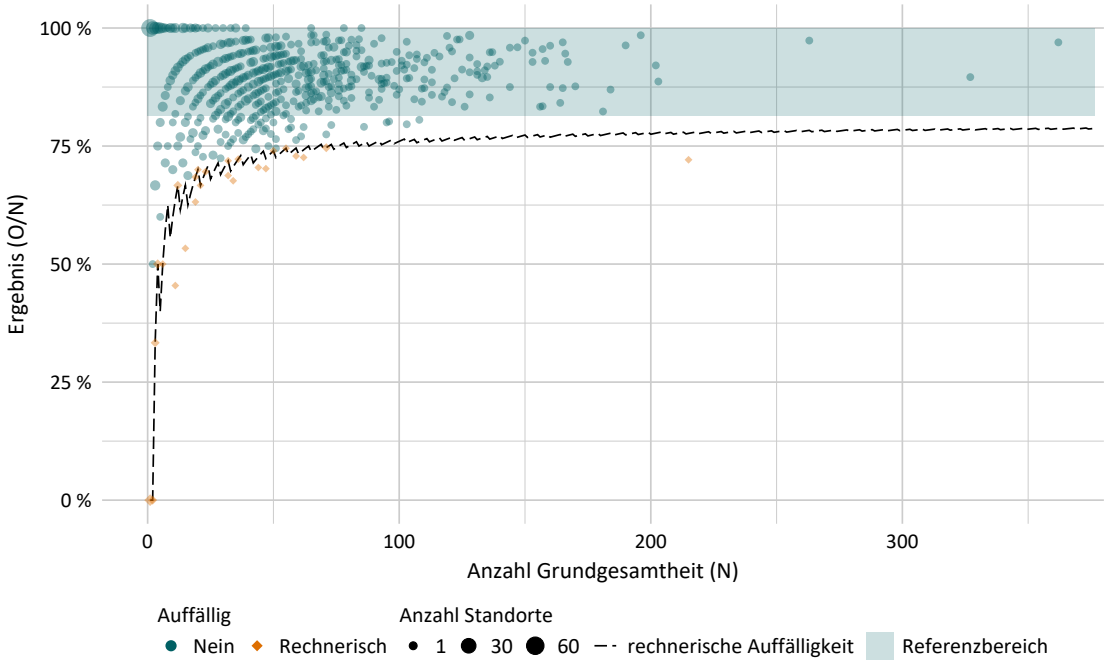
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	31.644 / 35.658	88,74	88,41 - 89,07
	2023	30.561 / 34.530	88,51	88,17 - 88,84
	2024	33.618 / 37.621	89,36	89,05 - 89,67

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	811	41	0,00	100,00	90,77

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Patientinnen mit Operationen am Ovar bei benigner Histologie	
4.1.1	ID: 17_22024 Alle Patientinnen	100,00 % 67.985/67.985
4.1.1.1	ID: 17_22025 Organerhaltende Operation	55,90 % 38.003/67.985
4.1.2	ID: 17_22045 Patientinnen ≤ 45 Jahre	55,22 % 37.539/67.985
4.1.2.1	**ID: 612** **Organerhaltende Operation**	89,36 % 33.618/37.621
4.1.3	ID: 17_22026 Patientinnen 46 - 55 Jahre	14,83 % 10.085/67.985
4.1.3.1	ID: 17_22027 Organerhaltende Operation	35,22 % 3.552/10.085
4.1.4	ID: 17_22034 Patientinnen > 55 Jahre	29,95 % 20.361/67.985
4.1.4.1	ID: 17_22035 Organerhaltende Operation	4,43 % 902/20.361

52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden

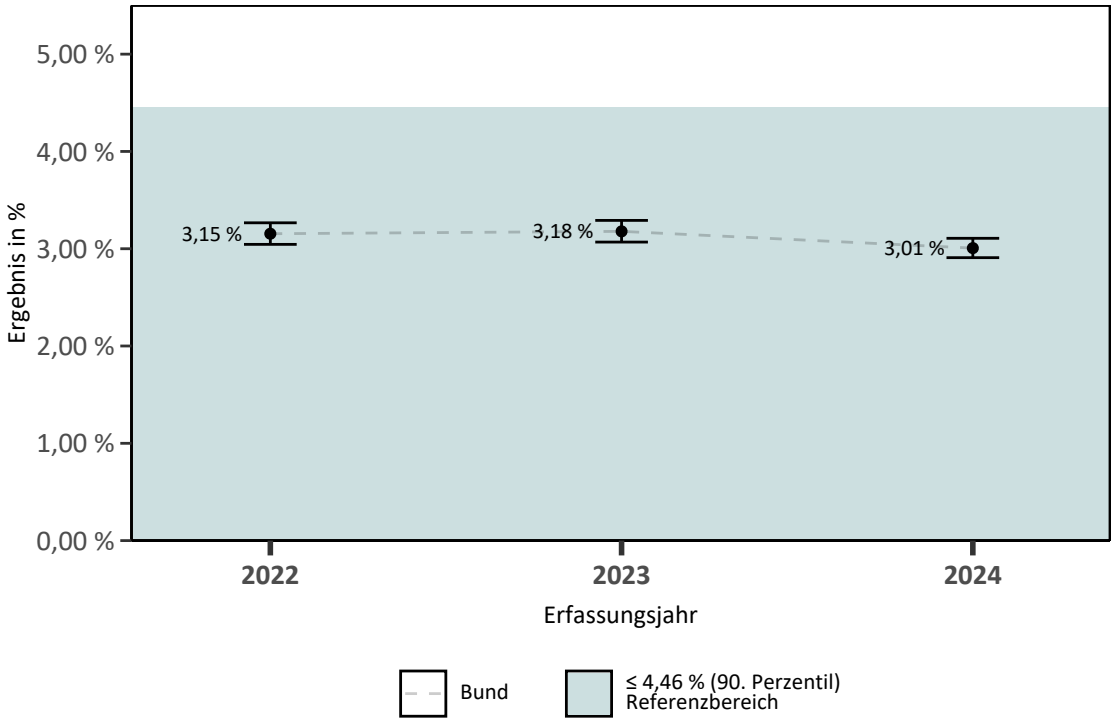
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralen Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar oder der Tuba uterina
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten Operationen am Ovar oder der Tuba uterina. Ausgeschlossen werden Patientinnen mit bösartigen Neubildungen der Genitalorgane (Entlassungsdiagnose: C51*, C52*, C53*, C54*, C55*, C56*, C57*, C58*). Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Operationen am Ovar oder der Tuba uterina mit gleichzeitiger Erfassung von Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens, zusätzlicher Plastiken, inkontinenzchirurgischen Operationen, gleichzeitiger Operation der Harnblase (OPS 5-57*) oder mit führendem malignen Befund (Schlüssel Histologie: 11, 22, 23, 24, 31).
Zähler	Assistierte Blasenentleerungen länger als 24 Stunden mittels eines transurethralen Dauerkatheters
Referenzbereich	≤ 4,46 % (90. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

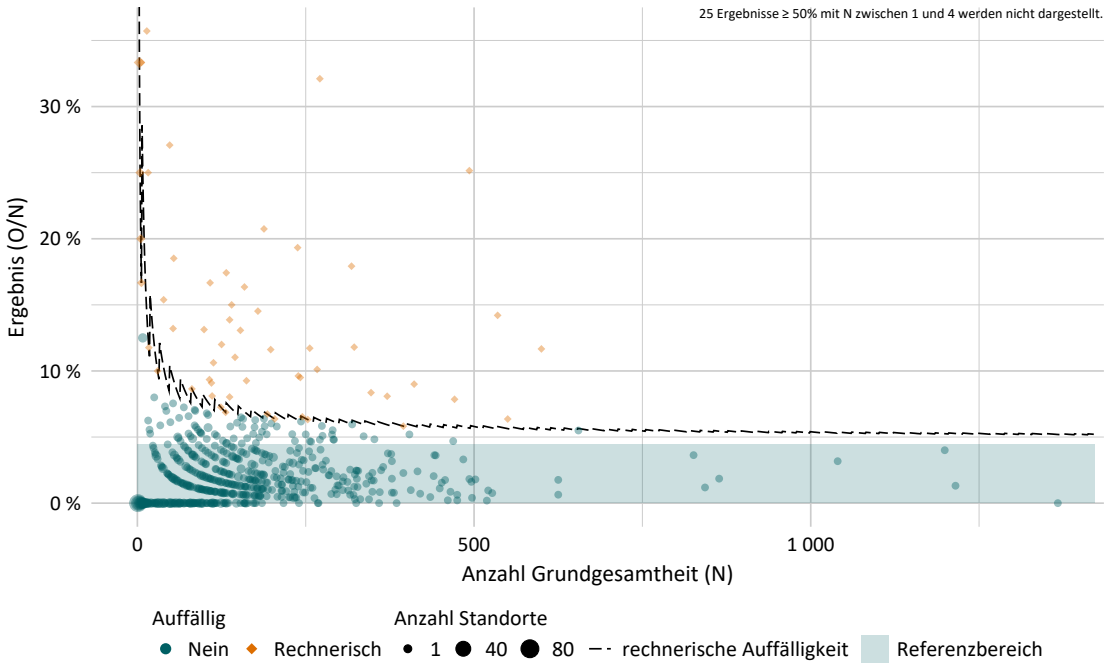
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	3.021 / 95.777	3,15	3,04 - 3,27
	2023	3.023 / 95.113	3,18	3,07 - 3,29
	2024	3.393 / 112.856	3,01	2,91 - 3,11

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	948	95	0,00	100,00	1,03

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 52283** **Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden**	3,01 % 3.393/112.856
5.1.1	ID: 17_22037 ≤ 12 Stunden	26,53 % 29.939/112.856
5.1.2	ID: 17_22038 > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden	22,39 % 25.272/112.856
5.1.3	ID: 17_22039 > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden	1,21 % 1.363/112.856
5.1.4	ID: 17_22041 > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden	0,74 % 837/112.856
5.1.5	ID: 17_22042 > 48 Stunden	1,06 % 1.193/112.856

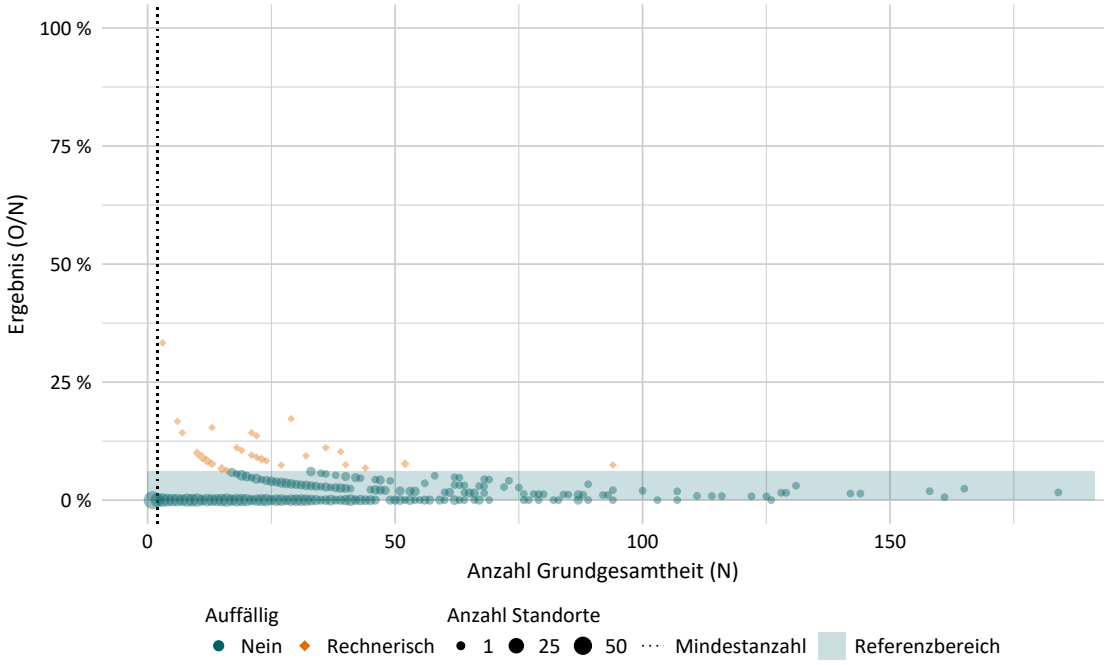
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850231: Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle mit unspezifischer Histologie gehen unter bestimmten Bedingungen nicht in die Zähler oder Nenner der QI der Gruppe „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe“ ein. **Hypothese** Fehldokumentation. Tatsächlich liegt ein spezifischer Befund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 172000_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund 172001_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund 60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie 60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Grundgesamtheit	Alle durchgeführten isolierten Operationen am Ovar mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y, 5-653*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] bei Patientinnen mit Angabe zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen mit Adnexektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3) und unter Ausschluss von Operationen an Patientinnen mit der Diagnose Transsexualismus (F64.0)
Zähler	Operationen mit unspezifischer Histologie als führender Befund
Referenzbereich	≤ 6,06 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	2
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	717	38	0,00	33,33	0,00

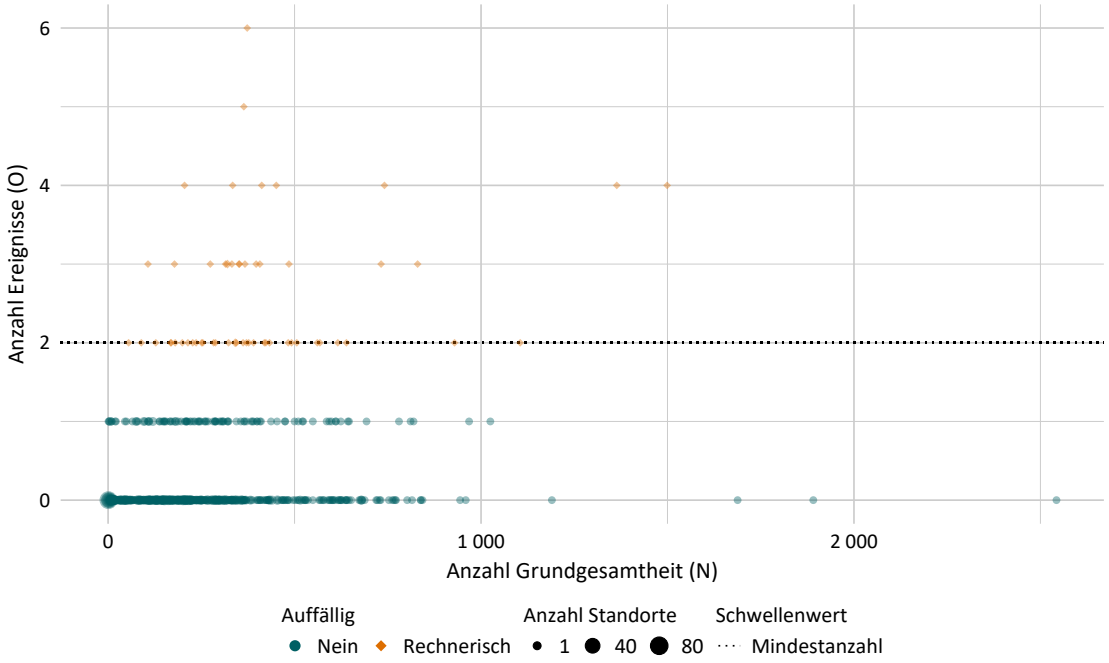
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	274 / 19.351	1,42	5,30 % 38 / 717

851912: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dokumentationsprüfung, ob die Datenfelder zur "intraoperative Komplikation" korrekt ausgefüllt wurden. Nicht angegebene Organverletzungen fallen aus dem Zähler des Qualitätsindikators zur Messung der Organverletzungen bei laparoskopischer Operation **Hypothese** Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Fälle, bei denen einer der Codes S36.4, S36.5, S37.1, S37.2, S37.3, S37.6 bei Entlassung, aber nicht bei Aufnahme vorlag und die zugehörige Komplikation für keine OP im QS-Bogen dokumentiert ist
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

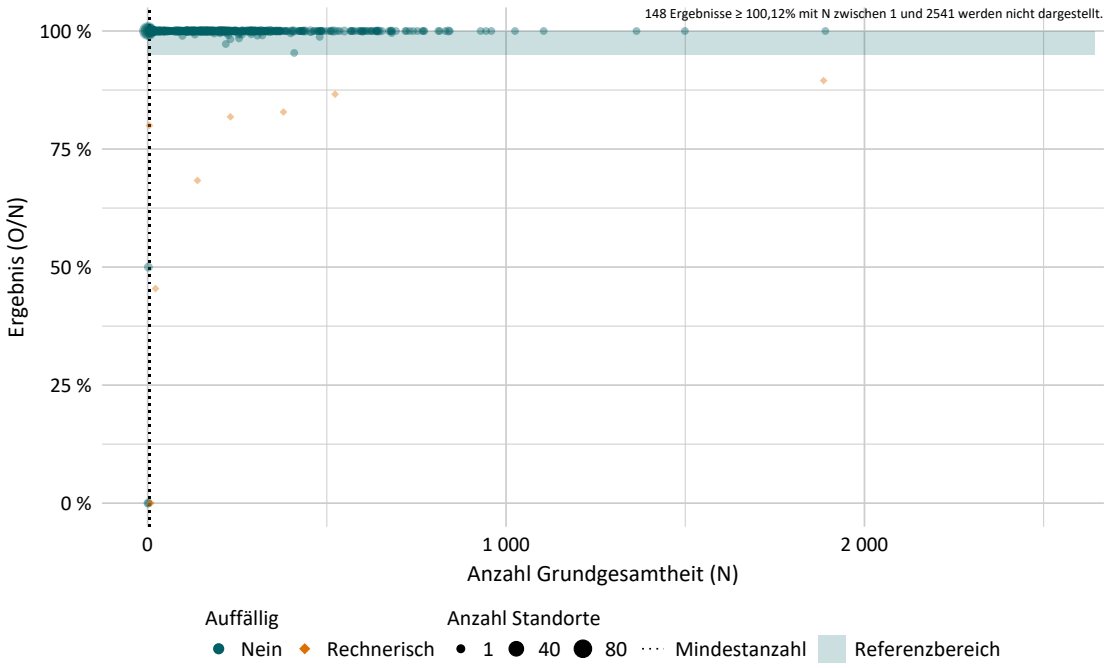
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	256 / 195.832	0,00	6,04 % 58 / 960

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	967	9	0,00	200,00	100,00

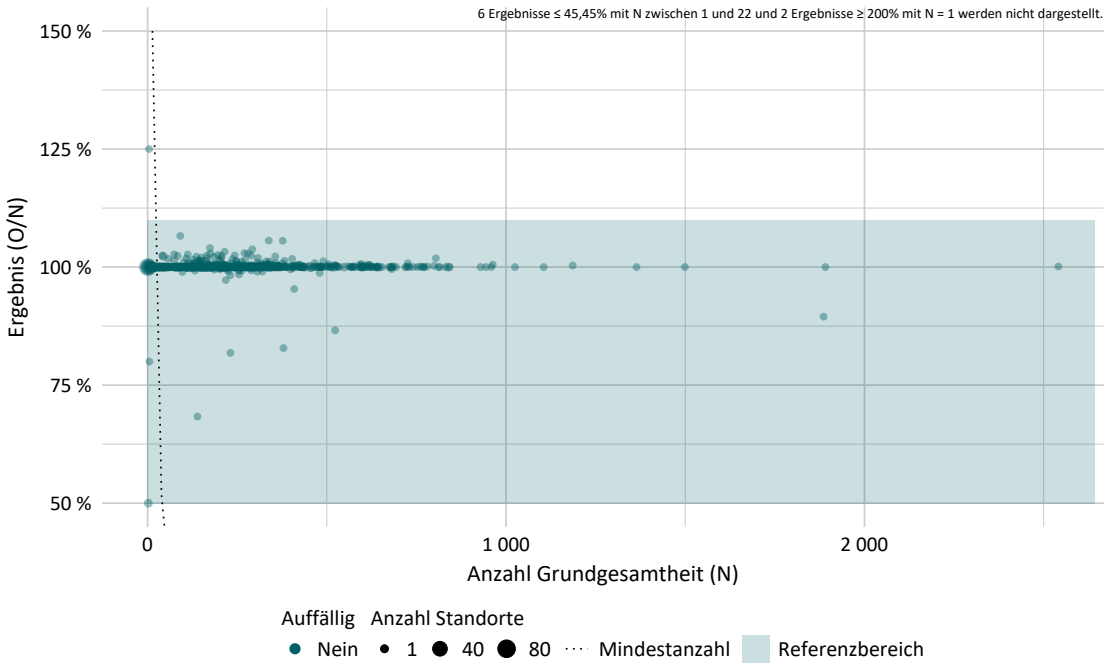
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	196.198 / 195.502	100,36	0,93 % 9 / 967

850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	967	0	0,00	200,00	100,00

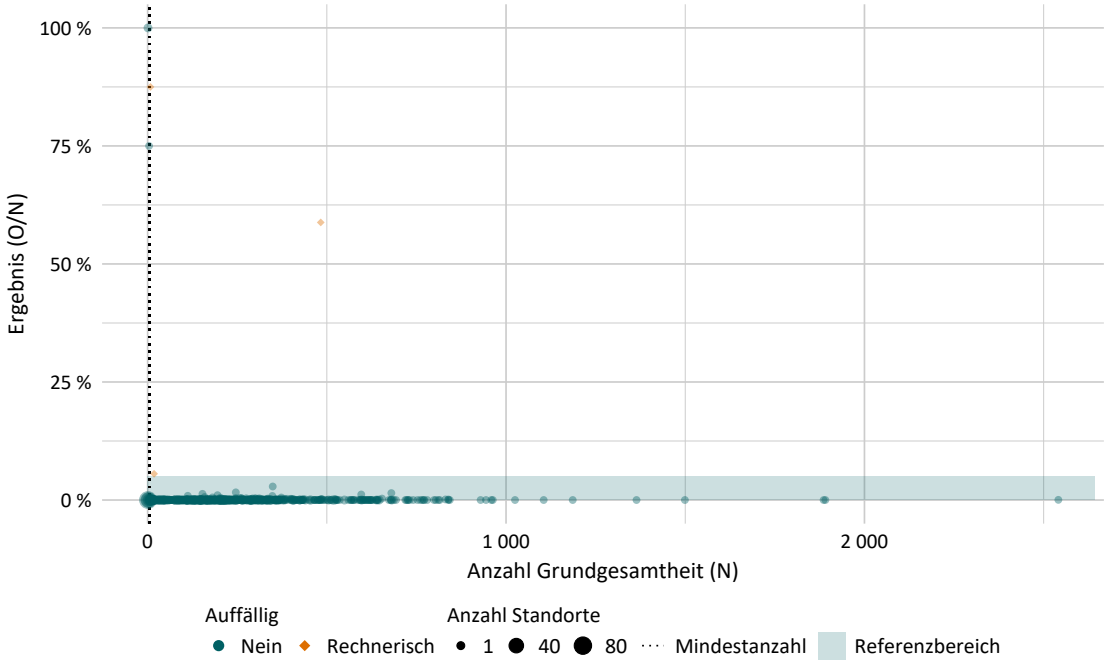
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	196.198 / 195.502	100,36	0,00 % 0 / 967

850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	967	3	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	366 / 195.502	0,19	0,31 % 3 / 967

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	**N = 195.832**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen)	549	0,28
1. Quartal	51.771	26,44
2. Quartal	49.278	25,16
3. Quartal	47.565	24,29
4. Quartal	46.669	23,83

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	**N = 195.832**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	4.081	2,08
20 - 29 Jahre	23.319	11,91
30 - 39 Jahre	44.384	22,66
40 - 49 Jahre	48.210	24,62
50 - 59 Jahre	31.955	16,32
60 - 69 Jahre	24.542	12,53
70 - 79 Jahre	13.962	7,13
≥ 80 Jahre	5.379	2,75

© IQTIG 2025

Stationärer Aufenthalt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	**N = 195.832**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	50.166	25,62
2 - 3 Tage	89.470	45,69
4 - 6 Tage	37.269	19,03
7 - 10 Tage	10.151	5,18
11 - 14 Tage	3.824	1,95
15 - 20 Tage	2.335	1,19
> 20 Tage	2.617	1,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit offen chirurgischem (abdominalem) Operationszugang	**N = 22.780**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	691	3,03
2 - 3 Tage	3.693	16,21
4 - 6 Tage	7.582	33,28
7 - 10 Tage	5.260	23,09
11 - 14 Tage	2.341	10,28
15 - 20 Tage	1.496	6,57
> 20 Tage	1.717	7,54

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit vaginalem, laparoskopisch assistiertem Operationszugang	**N = 6.413**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	121	1,89
2 - 3 Tage	3.091	48,20
4 - 6 Tage	2.709	42,24
7 - 10 Tage	365	5,69
11 - 14 Tage	55	0,86
15 - 20 Tage	32	0,50
> 20 Tage	40	0,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit endoskopischem (laparoskopischem) Operationszugang	**N = 153.469**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	43.324	28,23
2 - 3 Tage	78.237	50,98
4 - 6 Tage	25.364	16,53
7 - 10 Tage	4.021	2,62
11 - 14 Tage	1.154	0,75
15 - 20 Tage	639	0,42
> 20 Tage	730	0,48

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 2.672**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	136	5,09
2 - 3 Tage	871	32,60
4 - 6 Tage	1.010	37,80
7 - 10 Tage	365	13,66
11 - 14 Tage	132	4,94
15 - 20 Tage	64	2,40
> 20 Tage	94	3,52

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit Umsteigen vaginal – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 131**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	4	3,05
2 - 3 Tage	31	23,66
4 - 6 Tage	65	49,62
7 - 10 Tage	21	16,03
11 - 14 Tage	4	3,05
15 - 20 Tage	≤3	x
> 20 Tage	5	3,82

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit vaginalem Operationszugang	**N = 5.424**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	161	2,97
2 - 3 Tage	2.687	49,54
4 - 6 Tage	2.100	38,72
7 - 10 Tage	342	6,31
11 - 14 Tage	60	1,11
15 - 20 Tage	43	0,79
> 20 Tage	31	0,57

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit sonstigem Operationszugang	**N = 2.352**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	544	23,13
2 - 3 Tage	1.230	52,30
4 - 6 Tage	402	17,09
7 - 10 Tage	100	4,25
11 - 14 Tage	28	1,19
15 - 20 Tage	21	0,89
> 20 Tage	27	1,15

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit nicht näher bezeichnetem Operationszugang	**N = 653**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	181	27,72
2 - 3 Tage	270	41,35
4 - 6 Tage	139	21,29
7 - 10 Tage	36	5,51
11 - 14 Tage	10	1,53
15 - 20 Tage	11	1,68
> 20 Tage	6	0,92

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 196.384**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normale, gesunde Patientin	62.874	32,02
(2) Patientin mit leichter Allgemeinerkrankung	111.754	56,91
(3) Patientin mit schwerer Allgemeinerkrankung	20.990	10,69
(4) Patientin mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	732	0,37
(5) moribunde Patientin, von der nicht erwartet wird, dass sie ohne Operation überlebt	34	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 196.384**	
Operation nach Organgebieten[2]		
Adnexe	172.392	87,78
Zervix	2.261	1,15
Corpus uteri	82.375	41,95
Angaben zur Operation		
Voroperation im OP-Gebiet	88.214	44,92

[2] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 196.384**	
Operationszugang[3]		
Offen chirurgisch (abdominal)	22.855	11,64
Vaginal, laparoskopisch assistiert	6.420	3,27
Endoskopisch (laparoskopisch)	153.829	78,33
Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch	2.678	1,36
Umsteigen vaginal – offen chirurgisch	131	0,07
Vaginal	5.434	2,77
Sonstige	2.353	1,20
Nicht näher bezeichnet	654	0,33

[3] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 196.384**	
Operationen mit mind. einer Anwendung eines OP-Roboters[4]		
5-987.0 - Komplexer OP-Roboter	5.611	2,86
5-987.1 - Roboterarm	83	0,04
5-987.x - Sonstige	97	0,05

[4] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 196.384**	
Intraoperative Komplikationen[5]		
Operationen mit mind. einer intraoperativen Komplikation	3.368	1,72
Blase	894	0,46
Harnleiter	310	0,16
Urethra	21	0,01
Darm	920	0,47
Uterus	301	0,15
Gefäß-/Nervenläsion	333	0,17
Lagerungsschaden	25	0,01
andere Organverletzungen	163	0,08
andere intraoperative Komplikationen	564	0,29

[5] Mehrfachnennung möglich

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 196.384**	
postoperative Histologie		
(0) nein	8.086	4,12
(1) ja	188.298	95,88
davon: Adnexe		
(01) Normalbefund	6.372	3,38
(02) Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste	12.931	6,87
(03) seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)	21.728	11,54
(04) Dermoid (z.B. benignes Teratom)	6.965	3,70
(05) Endometriose	12.131	6,44
(06) andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)	14.334	7,61
(07) Entzündung	2.914	1,55
(08) Extrauteringravidität	8.702	4,62
(09) Stieldrehung	1.111	0,59
(10) Borderline-Veränderungen	2.196	1,17
(11) primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome	6.620	3,52
(19) Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 02 - 11 nicht erfasst sind	2.085	1,11
davon: Cervix uteri		
(20) Ektopie	59	0,03
(21) Dysplasie	1.589	0,84
(22) Carcinoma in situ	1.879	1,00
(23) Invasives Karzinom Ia	720	0,38
(24) Invasives Karzinom > Ia	1.549	0,82

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 196.384**	
(28) histologisch Normalbefund	886	0,47
(29) Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind	842	0,45
davon: Corpus uteri		
(30) Myom	39.318	20,88
(31) primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive	9.592	5,09
(38) histologisch Normalbefund	6.541	3,47
(39) Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind	9.125	4,85
davon: Vagina/Vulva		
(70) Entzündliche Veränderungen	59	0,03
(71) Benigne Neoplasien	52	0,03
(72) Maligne Neoplasien	186	0,10
(78) Histologisch Normalbefund	40	0,02
(79) Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 – 72 nicht erfasst sind	78	0,04
davon: Andere Lokalisationen		
(80) Endometriose anderer Lokalisationen	13.480	7,16
(81) Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen	4.214	2,24

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 196.384**	
Assistierte Blasenentleerung		
(0) nein	67.841	34,55
(1) ja	128.543	65,45
davon		
wiederholte Einmalkatheterisierung	3.329	2,59
transurethraler Dauerkatheter	125.294	97,47
suprapubischer Dauerkatheter	939	0,73
davon: Dauer der assistierten Blasenentleerung		
(1) ≤ 12 Stunden	44.093	34,30
(2) > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden	63.910	49,72
(3) > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden	6.930	5,39
(4) > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden	5.360	4,17
(5) > 48 Stunden	8.250	6,42

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	**N = 195.832**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[6]		
(D25.-) Uterusmyom	45.541	23,26
(D26.-) Sonstige gutartige Neubildung des Uterus	224	0,11
(D27) Gutartige Neubildung des Ovars	28.632	14,62
(C53.-) Bösartige Neubildung der Cervix uteri	2.415	1,23
(C54.-) Bösartige Neubildung des Corpus uteri	10.075	5,14
(C56) Bösartige Neubildung des Ovars	6.783	3,46
(N70.-) Salpingitis bzw. Oophoritis	7.873	4,02
(N71.-) Entzündliche Erkrankungen des Uterus, ausgenommen der Zervix	426	0,22
(N72) Entzündliche Erkrankungen der Cervix uteri	2.099	1,07
(N73.-) Sonstige entzündliche Erkrankungen im weiblichen Becken	29.138	14,88
(N80.-) Endometriose	47.709	24,36
(N81.-) Genitalprolaps	13.833	7,06
(N83.-) Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	54.817	27,99
(N87.-) Dysplasie der Cervix uteri	2.425	1,24
(N92.-) Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	17.848	9,11

[6] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	**N = 195.832**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	176.599	90,18
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	16.459	8,40
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	190	0,10
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.305	0,67
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	422	0,22
(07) Tod	316	0,16
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[7]	13	0,01
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	93	0,05
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	235	0,12
(11) Entlassung in ein Hospiz	12	0,01
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	7	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	21	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	85	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[8]	39	0,02
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[9]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	14	0,01
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[10]		
(1) ja	19	0,01

[7] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[8] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[9] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[10] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Ovar- und Adnexeingriffe: Organerhaltend (benigner Befund)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 126.199**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen)	219	0,17
1. Quartal	33.297	26,38
2. Quartal	31.699	25,12
3. Quartal	30.497	24,17
4. Quartal	30.487	24,16

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 126.199**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	3.771	2,99
20 - 29 Jahre	21.622	17,13
30 - 39 Jahre	40.255	31,90
40 - 49 Jahre	39.394	31,22
50 - 59 Jahre	14.385	11,40
60 - 69 Jahre	4.227	3,35
70 - 79 Jahre	1.871	1,48
≥ 80 Jahre	674	0,53

Stationärer Aufenthalt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 126.199**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	33.182	26,29
2 - 3 Tage	63.954	50,68
4 - 6 Tage	22.942	18,18
7 - 10 Tage	3.856	3,06
11 - 14 Tage	979	0,78
15 - 20 Tage	594	0,47
> 20 Tage	692	0,55

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und offen chirurgischem (abdominalem) Operationszugang	**N = 8.964**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	505	5,63
2 - 3 Tage	2.571	28,68
4 - 6 Tage	3.919	43,72
7 - 10 Tage	1.189	13,26
11 - 14 Tage	328	3,66
15 - 20 Tage	198	2,21
> 20 Tage	254	2,83

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und vaginalem, laparoskopisch assistiertem Operationszugang	**N = 3.537**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	76	2,15
2 - 3 Tage	1.892	53,49
4 - 6 Tage	1.412	39,92
7 - 10 Tage	108	3,05
11 - 14 Tage	14	0,40
15 - 20 Tage	14	0,40
> 20 Tage	21	0,59

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und endoskopischem (laparoskopischem) Operationszugang	**N = 102.705**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	26.492	25,79
2 - 3 Tage	55.607	54,14
4 - 6 Tage	16.800	16,36
7 - 10 Tage	2.430	2,37
11 - 14 Tage	600	0,58
15 - 20 Tage	363	0,35
> 20 Tage	413	0,40

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 1.165**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	55	4,72
2 - 3 Tage	371	31,85
4 - 6 Tage	494	42,40
7 - 10 Tage	156	13,39
11 - 14 Tage	44	3,78
15 - 20 Tage	21	1,80
> 20 Tage	24	2,06

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und Umsteigen vaginal – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 88**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	≤3	x
2 - 3 Tage	22	25,00
4 - 6 Tage	46	52,27
7 - 10 Tage	12	13,64
11 - 14 Tage	4	4,55
15 - 20 Tage	0	0,00
> 20 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und vaginalem Operationszugang	**N = 4.005**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	132	3,30
2 - 3 Tage	2.112	52,73
4 - 6 Tage	1.484	37,05
7 - 10 Tage	205	5,12
11 - 14 Tage	26	0,65
15 - 20 Tage	26	0,65
> 20 Tage	20	0,50

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und sonstigem Operationszugang	**N = 1.890**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	445	23,54
2 - 3 Tage	1.042	55,13
4 - 6 Tage	309	16,35
7 - 10 Tage	65	3,44
11 - 14 Tage	13	0,69
15 - 20 Tage	8	0,42
> 20 Tage	8	0,42

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und nicht näher bezeichnetem Operationszugang	**N = 552**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	164	29,71
2 - 3 Tage	228	41,30
4 - 6 Tage	119	21,56
7 - 10 Tage	27	4,89
11 - 14 Tage	6	1,09
15 - 20 Tage	6	1,09
> 20 Tage	≤3	x

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 126.514**	
Angaben zur Operation[11]		
Voroperation im OP-Gebiet	53.593	42,36

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 126.514**	
Eingriffe (nach OPS)[12]		
5-650 - Inzision des Ovars	2.123	1,68
5-651 - Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	43.595	34,46
5-652.5 - Partielle Ovariektomie	1.095	0,87
5-653 - Salpingoovariektomie	0	0,00
5-656 - Plastische Rekonstruktion des Ovars	5.207	4,12
5-657 - Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	24.575	19,42
5-658 - Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	2.136	1,69
5-659 - Andere Operationen am Ovar	1.216	0,96
5-660 - Salpingotomie	2.338	1,85
5-661 - Salpingektomie	55.520	43,88
5-663 - Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	743	0,59
5-665 - Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina	3.250	2,57
5-666 - Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina	547	0,43
5-667 - Insufflation der Tubae uterinae	18.776	14,84
5-669 - Andere Operationen an der Tuba uterina	375	0,30
5-744.0 - Operationen bei Extrauteringravidität - Salpingotomie	2.981	2,36
5-744.1 - Operationen bei Extrauteringravidität - Salpingotomie mit Rekonstruktion	184	0,15
5-744.2 - Operationen bei Extrauteringravidität - Partielle Salpingektomie	372	0,29
5-744.3 - Operationen bei Extrauteringravidität - Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion	11	0,01

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 126.514**	

[11] Mehrfachnennung möglich
[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 126.514**	
Operationszugang[13]		
Offen chirurgisch (abdominal)	8.982	7,10
Vaginal, laparoskopisch assistiert	3.540	2,80
Endoskopisch (laparoskopisch)	102.943	81,37
Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch	1.167	0,92
Umsteigen vaginal – offen chirurgisch	88	0,07
Vaginal	4.014	3,17
Sonstige	1.891	1,49
Nicht näher bezeichnet	553	0,44

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 126.514**	
Operationen mit mind. einer Anwendung eines OP-Roboters[14]		
5-987.0 - Komplexer OP-Roboter	3.179	2,51
5-987.1 - Roboterarm	56	0,04
5-987.x - Sonstige	72	0,06

[14] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 126.514**	
Intraoperative Komplikationen[15]		
Operationen mit mind. einer intraoperativen Komplikation	1.611	1,27
Blase	445	0,35
Harnleiter	128	0,10
Urethra	5	0,00
Darm	365	0,29
Uterus	192	0,15
Gefäß-/Nervenläsion	149	0,12
Lagerungsschaden	12	0,01
andere Organverletzungen	65	0,05
andere intraoperative Komplikationen	306	0,24

[15] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Assistierte Blasenentleerung		
(0) nein	47.179	37,29
(1) ja	79.335	62,71
davon		
wiederholte Einmalkatheterisierung	2.267	2,86
transurethraler Dauerkatheter	77.311	97,45
suprapubischer Dauerkatheter	392	0,49
davon: Dauer der assistierten Blasenentleerung		
(1) ≤ 12 Stunden	30.444	38,37
(2) > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden	40.772	51,39
(3) > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden	3.210	4,05
(4) > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden	2.412	3,04
(5) > 48 Stunden	2.497	3,15

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 126.199**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[16]		
(D27) Gutartige Neubildung des Ovars	10.313	8,17
(D39.1) Unsichere Neubildung am Ovar	1.032	0,82
(N70.-) Salpingitis bzw. Oophoritis	5.810	4,60
(N73.-) Sonstige entzündliche Erkrankungen im weiblichen Becken	21.149	16,76
(N83.0 - N83.2) Ovarialzysten	26.917	21,33
(N80.1 - N80.3, N80.8 - N80.9) Endometriose	29.780	23,60
(N83.4) Prolaps oder Hernie des Ovars und der Tuba uterina	11	0,01
(N97.-) Sterilität der Frau	9.821	7,78
(O00.-) Extrauteringravidität	7.224	5,72

[16] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 126.199**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	116.455	92,28
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	8.266	6,55
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	111	0,09
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.030	0,82
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	130	0,10
(07) Tod	56	0,04
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[17]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	18	0,01
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	30	0,02
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	7	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	58	0,05
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[18]	16	0,01
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[19]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[20]		
(1) ja	13	0,01

[17] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[18] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[19] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[20] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Ovar- und Adnexeingriffe: Ablativ (benigner Befund)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 98.119**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen)	180	0,18
1. Quartal	26.545	27,05
2. Quartal	24.422	24,89
3. Quartal	23.106	23,55
4. Quartal	23.866	24,32

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 98.119**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	280	0,29
20 - 29 Jahre	2.342	2,39
30 - 39 Jahre	13.436	13,69
40 - 49 Jahre	32.731	33,36
50 - 59 Jahre	22.991	23,43
60 - 69 Jahre	15.550	15,85
70 - 79 Jahre	8.171	8,33
≥ 80 Jahre	2.618	2,67

Stationärer Aufenthalt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 98.119**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	20.221	20,61
2 - 3 Tage	49.564	50,51
4 - 6 Tage	21.395	21,81
7 - 10 Tage	4.151	4,23
11 - 14 Tage	1.267	1,29
15 - 20 Tage	708	0,72
> 20 Tage	813	0,83

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und offen chirurgischem (abdominalem) Operationszugang	**N = 10.691**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	242	2,26
2 - 3 Tage	2.123	19,86
4 - 6 Tage	4.667	43,65
7 - 10 Tage	2.085	19,50
11 - 14 Tage	701	6,56
15 - 20 Tage	407	3,81
> 20 Tage	466	4,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und vaginalem, laparoskopisch assistiertem Operationszugang	**N = 3.338**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	55	1,65
2 - 3 Tage	1.777	53,24
4 - 6 Tage	1.360	40,74
7 - 10 Tage	108	3,24
11 - 14 Tage	16	0,48
15 - 20 Tage	5	0,15
> 20 Tage	17	0,51

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und endoskopischem (laparoskopischem) Operationszugang	**N = 83.457**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	20.056	24,03
2 - 3 Tage	45.211	54,17
4 - 6 Tage	15.111	18,11
7 - 10 Tage	1.910	2,29
11 - 14 Tage	533	0,64
15 - 20 Tage	295	0,35
> 20 Tage	341	0,41

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 1.604**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	82	5,11
2 - 3 Tage	606	37,78
4 - 6 Tage	618	38,53
7 - 10 Tage	169	10,54
11 - 14 Tage	61	3,80
15 - 20 Tage	23	1,43
> 20 Tage	45	2,81

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und Umsteigen vaginal – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 80**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	≤3	x
2 - 3 Tage	24	30,00
4 - 6 Tage	36	45,00
7 - 10 Tage	13	16,25
11 - 14 Tage	≤3	x
15 - 20 Tage	0	0,00
> 20 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und vaginalem Operationszugang	**N = 3.613**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	49	1,36
2 - 3 Tage	1.907	52,78
4 - 6 Tage	1.399	38,72
7 - 10 Tage	196	5,42
11 - 14 Tage	28	0,77
15 - 20 Tage	23	0,64
> 20 Tage	11	0,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und sonstigem Operationszugang	**N = 1.174**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	149	12,69
2 - 3 Tage	693	59,03
4 - 6 Tage	240	20,44
7 - 10 Tage	61	5,20
11 - 14 Tage	11	0,94
15 - 20 Tage	6	0,51
> 20 Tage	14	1,19

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und nicht näher bezeichnetem Operationszugang	**N = 171**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	27	15,79
2 - 3 Tage	86	50,29
4 - 6 Tage	41	23,98
7 - 10 Tage	11	6,43
11 - 14 Tage	5	2,92
15 - 20 Tage	0	0,00
> 20 Tage	≤3	x

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (ablative Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 98.263**	
Angaben zur Operation[21]		
Voroperation im OP-Gebiet	48.794	49,66

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (ablative Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 98.263**	
Eingriffe (nach OPS)[22]		
5-652.4 - Restovariektomie	188	0,19
5-652.6 - Totale Ovariektomie	3.249	3,20
5-652.y - nicht näher bezeichnete Ovariektomie	19	0,02
5-653 - Salpingoovariektomie	39.458	38,91
5-661.4 - Restsalpingektomie	3.423	3,38
5-661.6 - Totale Salpingektomie	53.002	52,27
5-661.y - nicht näher bezeichnete Salpingektomie	83	0,08
5-744.4 - Operationen bei Extrauteringravidität - Totale Salpingektomie	2.438	2,40

[21] Mehrfachnennung möglich
[22] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (ablative Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 98.263**	
Operationszugang[23]		
Offen chirurgisch (abdominal)	10.713	10,90
Vaginal, laparoskopisch assistiert	3.340	3,40
Endoskopisch (laparoskopisch)	83.565	85,04
Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch	1.606	1,63
Umsteigen vaginal – offen chirurgisch	80	0,08
Vaginal	3.618	3,68
Sonstige	1.174	1,19
Nicht näher bezeichnet	171	0,17

[23] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (ablative Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 98.263**	
Operationen mit mind. einer Anwendung eines OP-Roboters[24]		
5-987.0 - Komplexer OP-Roboter	3.418	3,48
5-987.1 - Roboterarm	51	0,05
5-987.x - Sonstige	74	0,08

[24] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (ablative Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 98.263**	
Intraoperative Komplikationen[25]		
Operationen mit mind. einer intraoperativen Komplikation	1.674	1,70
Blase	486	0,49
Harnleiter	176	0,18
Urethra	10	0,01
Darm	438	0,45
Uterus	143	0,15
Gefäß-/Nervenläsion	139	0,14
Lagerungsschaden	9	0,01
andere Organverletzungen	64	0,07
andere intraoperative Komplikationen	278	0,28

[25] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Assistierte Blasenentleerung		
(0) nein	29.549	30,07
(1) ja	68.714	69,93
davon		
wiederholte Einmalkatheterisierung	1.521	2,21
transurethraler Dauerkatheter	67.183	97,77
suprapubischer Dauerkatheter	485	0,71
davon: Dauer der assistierten Blasenentleerung		
(1) ≤ 12 Stunden	20.566	29,93
(2) > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden	38.368	55,84
(3) > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden	3.566	5,19
(4) > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden	3.020	4,40
(5) > 48 Stunden	3.194	4,65

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 98.119**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[26]		
(D27) Gutartige Neubildung des Ovars	17.724	18,06
(D39.1) Unsichere Neubildung am Ovar	3.808	3,88
(N70.-) Salpingitis bzw. Oophoritis	4.711	4,80
(N73.-) Sonstige entzündliche Erkrankungen im weiblichen Becken	11.892	12,12
(N83.0 - N83.2) Ovarialzysten	18.769	19,13
(N80.1 - N80.3, N80.8 - N80.9) Endometriose	7.492	7,64
(N83.4) Prolaps oder Hernie des Ovars und der Tuba uterina	5	0,01
(N97.-) Sterilität der Frau	435	0,44
(O00.-) Extrauteringravidität	4.045	4,12

[26] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 98.119**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	89.470	91,19
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	7.476	7,62
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	96	0,10
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	625	0,64
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	161	0,16
(07) Tod	92	0,09
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[27]	6	0,01
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	34	0,03
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	78	0,08
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	7	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	39	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[28]	13	0,01
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[29]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	7	0,01
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[30]		
(1) ja	9	0,01

[27] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[28] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[29] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[30] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Ovar- und Adnexeingriffe: Eingriffe bei Ovarialkarzinom

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom	**N = 8.560**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen)	133	1,55
1. Quartal	2.183	25,50
2. Quartal	2.185	25,53
3. Quartal	2.213	25,85
4. Quartal	1.846	21,57

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom	**N = 8.560**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	60	0,70
20 - 29 Jahre	275	3,21
30 - 39 Jahre	581	6,79
40 - 49 Jahre	1.053	12,30
50 - 59 Jahre	1.941	22,68
60 - 69 Jahre	2.266	26,47
70 - 79 Jahre	1.626	19,00
≥ 80 Jahre	758	8,86

Stationärer Aufenthalt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom	**N = 8.560**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	759	8,87
2 - 3 Tage	1.549	18,10
4 - 6 Tage	1.198	14,00
7 - 10 Tage	1.972	23,04
11 - 14 Tage	1.323	15,46
15 - 20 Tage	895	10,46
> 20 Tage	864	10,09

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und offen chirurgischem (abdominalem) Operationszugang	**N = 4.828**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	15	0,31
2 - 3 Tage	95	1,97
4 - 6 Tage	608	12,59
7 - 10 Tage	1.610	33,35
11 - 14 Tage	1.081	22,39
15 - 20 Tage	713	14,77
> 20 Tage	706	14,62

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und vaginalem, laparoskopisch assistiertem Operationszugang	**N = 68**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	≤3	x
2 - 3 Tage	26	38,24
4 - 6 Tage	30	44,12
7 - 10 Tage	7	10,29
11 - 14 Tage	≤3	x
15 - 20 Tage	0	0,00
> 20 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und endoskopischem (laparoskopischem) Operationszugang	**N = 3.098**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	740	23,89
2 - 3 Tage	1.398	45,13
4 - 6 Tage	516	16,66
7 - 10 Tage	201	6,49
11 - 14 Tage	95	3,07
15 - 20 Tage	72	2,32
> 20 Tage	76	2,45

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 174**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	4	2,30
2 - 3 Tage	42	24,14
4 - 6 Tage	46	26,44
7 - 10 Tage	38	21,84
11 - 14 Tage	15	8,62
15 - 20 Tage	13	7,47
> 20 Tage	16	9,20

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und Umsteigen vaginal – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N ≤3**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	0	0,00
2 - 3 Tage	0	0,00
4 - 6 Tage	≤3	x
7 - 10 Tage	0	0,00
11 - 14 Tage	0	0,00
15 - 20 Tage	≤3	x
> 20 Tage	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und vaginalem Operationszugang	**N = 32**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	≤3	x
2 - 3 Tage	9	28,13
4 - 6 Tage	6	18,75
7 - 10 Tage	5	15,63
11 - 14 Tage	5	15,63
15 - 20 Tage	≤3	x
> 20 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und sonstigem Operationszugang	**N = 59**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	6	10,17
2 - 3 Tage	15	25,42
4 - 6 Tage	9	15,25
7 - 10 Tage	6	10,17
11 - 14 Tage	6	10,17
15 - 20 Tage	9	15,25
> 20 Tage	8	13,56

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und nicht näher bezeichnetem Operationszugang	**N = 18**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	≤3	x
2 - 3 Tage	6	33,33
4 - 6 Tage	≤3	x
7 - 10 Tage	≤3	x
11 - 14 Tage	≤3	x
15 - 20 Tage	≤3	x
> 20 Tage	≤3	x

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operationen (Ovar- und Adnexeingriffe bei Ovarialkarzinom)	**N = 8.611**	
Angaben zur Operation[31]		
Voroperation im OP-Gebiet	4.554	52,89

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (Ovar- und Adnexeingriffe bei Ovarialkarzinom)	**N = 8.611**	
Eingriffe (nach OPS)[32]		
5-650 - Inzision des Ovars	20	0,23
5-651 - Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	465	5,40
5-652 - Ovariektomie	476	5,53
5-653 - Salpingoovariektomie	4.414	51,26
5-656 - Plastische Rekonstruktion des Ovars	27	0,31
5-657 - Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	1.209	14,04
5-658 - Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	60	0,70
5-659 - Andere Operationen am Ovar	14	0,16
5-680 - Inzision des Uterus [Hysterotomie]	0	0,00
5-681 - Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	107	1,24
5-682 - Subtotale Uterusexstirpation	34	0,39
5-683 - Uterusexstirpation [Hysterektomie]	3.183	36,96
5-684 - Zervixstumpfexstirpation	23	0,27
5-685 - Radikale Uterusexstirpation	558	6,48
5-686 - Radikale Zervixstumpfexstirpation	9	0,10
5-687 - Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens	84	0,98
5-689 - Andere Inzision und Exzision des Uterus	≤3	x

[31] Mehrfachnennung möglich
[32] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operationen (Ovar- und Adnexeingriffe bei Ovarialkarzinom)	**N = 8.611**	
Operationen mit mind. einer Anwendung eines OP-Roboters[33]		
5-987.0 - Komplexer OP-Roboter	96	1,11
5-987.1 - Roboterarm	≤3	x
5-987.x - Sonstige	≤3	x

[33] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operationen (Ovar- und Adnexeingriffe bei Ovarialkarzinom)	**N = 8.611**	
Intraoperative Komplikationen[34]		
Operationen mit mind. einer intraoperativen Komplikation	475	5,52
Blase	136	1,58
Harnleiter	64	0,74
Urethra	5	0,06
Darm	139	1,61
Uterus	8	0,09
Gefäß-/Nervenläsion	60	0,70
Lagerungsschaden	5	0,06
andere Organverletzungen	48	0,56
andere intraoperative Komplikationen	58	0,67

[34] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Assistierte Blasenentleerung		
(0) nein	1.397	16,22
(1) ja	7.214	83,78
davon		
wiederholte Einmalkatheterisierung	76	1,05
transurethraler Dauerkatheter	7.119	98,68
suprapubischer Dauerkatheter	88	1,22
davon: Dauer der assistierten Blasenentleerung		
(1) ≤ 12 Stunden	996	13,81
(2) > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden	2.295	31,81
(3) > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden	887	12,30
(4) > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden	686	9,51
(5) > 48 Stunden	2.350	32,58

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom	**N = 8.560**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	6.283	73,40
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.900	22,20
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	11	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	34	0,40
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	109	1,27
(07) Tod	112	1,31
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[35]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	23	0,27
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	58	0,68
(11) Entlassung in ein Hospiz	8	0,09
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,06
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	4	0,05
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[36]	5	0,06
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[37]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom	**N = 8.560**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[38]		
(1) ja	≤3	x

[35] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[36] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[37] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[38] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe*

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 5
1 Hintergrund 6
2 Einordnung der Ergebnisse 10
2.1 Datengrundlage 10
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 11
2.2.1 Überblick 11
2.2.2 Detailergebnisse 16
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 19
2.3.1 Überblick 19
2.3.2 Detailergebnisse 23
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 27
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 27
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 30
4 Evaluation 32
5 Ausblick 33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – DEK 8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – DEK 9
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - DEK 10
Tabelle 4: Anzahl Fälle mit und ohne Dekubitus in der Risikostatistik (AJ 2025, EJ 2024) - RST .. 11
Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) - DEK 13
Tabelle 6: Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – DEK 14
Tabelle 7: QI 52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 16
Tabelle 8: QI 52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 17
Tabelle 9: TKez 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 18
Tabelle 10: TKez 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 18
Tabelle 11: TKez 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet 18
Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - DEK 20
Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – DEK 21
Tabelle 14: AK 850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 23
Tabelle 15: AK 851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik 24
Tabelle 16: AK 850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 24
Tabelle 17: AK 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 25
Tabelle 18: AK 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 25
Tabelle 19: AK 851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik 25
Tabelle 20: AK 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik 26
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK 27
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – DEK 29
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK 30
Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – DEK 31

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019 (coronavirus disease 2019)
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
POA	Present on Admission
QS	Qualitätssicherung
QS DEK	QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
RST	Risikostatistik
STNV	Stellungnahmeverfahren

1 Hintergrund

Ein Dekubitus, auch als Druckgeschwür (Ulkus) bzw. Wundliegen bezeichnet, gilt als ernstzunehmende Komplikation in der medizinischen Versorgung und tritt häufig bei zu pflegenden Patientinnen und Patienten auf. Er kann im Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge von Bewegungseinschränkungen entstehen. Risikofaktoren für das Entstehen eines Dekubitalulcus sind z. B.

- eine eingeschränkte Mobilität unterschiedlicher Ausprägung nach Gelenkkontrakturen oder im Rahmen von Querschnittslähmungen (Paresen),
- eine erhöhte Hautfeuchte,
- eine schlechte Durchblutung,
- Mangelernährung,
- starkes Übergewicht (Adipositas),
- bestimmte Infektionen (z. B. Pneumonien)
- eine Sepsis sowie
- bestimmte Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes mellitus).

Dekubitalulcera werden gemäß ICD-10-GM in die folgenden vier Stadien unterteilt, die unterschiedliche Schweregrade widerspiegeln:

- Dekubitus, Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet: Dekubitus ohne Angabe eines Stadiums oder einer Kategorie
- Stadium 1: Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
- Stadium 2: Dekubitus mit Vorliegen einer Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung der Oberhaut (Epidermis) und/oder Lederhaut (Dermis)
- Stadium 3: Dekubitus mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Absterben (Nekrose) des unter der Haut liegenden (subkutanen) Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann
- Stadium 4: Dekubitus mit Absterben (Nekrose) von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)

Gegenstand des QS-Verfahrens *Dekubitusprophylaxe* (*QS DEK*) ist die Erfassung von Dekubitalulcera der Stadien/Kategorien[1] 2, 3 und 4 oder eines nicht näher bezeichneten Stadiums bzw. einer nicht näher bezeichneten Kategorie bei Patientinnen oder Patienten ab 20 Jahren, welche während eines vollstationären Aufenthalts neu aufgetreten sind. Da in der Praxis oft Unsicherheit bei der Abgrenzung eines Dekubitus Stadium/Kategorie 1 von einer Hautrötung besteht, werden Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1 nicht im QS-Verfahren erhoben und ausgewertet. Die Inzidenz lag im Jahr 2024 bezogen auf Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 und 3 bei etwa 55.000 bzw. ca. 9.600 Fällen, und in 724 Fällen waren Patientinnen und Patienten von einem Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 betroffen.

[1] Der Begriff „Stadium" wird in der ICD-10-GM verwendet, der Begriff „Kategorie" im „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege".

Ein Dekubitus kann in der Regel durch eine angemessene Dekubitusprophylaxe vermieden werden. Ausnahmefälle sind im „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege" beschrieben und beziehen sich auf Patientinnen und Patienten, deren Verletzung einer Mobilisation zur Druckentlastung bzw. –verteilung überwiegend entgegensteht (beispielsweise bei Verletzungen der Wirbelsäule). Zudem können andere Pflegeziele in der medizinisch-pflegerischen Versorgung höher priorisiert sein – beispielsweise bei Patientinnen und Patienten, die sich in den letzten Wochen ihres Lebens befinden (terminale Lebensphase).

Für die Betroffenen ist ein Dekubitus oft sehr schmerzhaft und geht in vielen Fällen mit einem hohen Leidensdruck und einer eingeschränkten Lebensqualität einher. Neben einer aufwendigen Wundversorgung können im Extremfall Operationen zur plastischen Deckung der entstandenen Haut- und Weichteildefekte erforderlich sein. Aus ethischer, medizinisch-pflegerischer und ökonomischer Perspektive muss es daher ein zentrales Anliegen sein, Druckgeschwüren konsequent durch eine adäquat durchgeführte Dekubitusprophylaxe vorzubeugen. Ziel des Verfahrens *QS DEK* ist in diesem Zusammenhang die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität, damit möglichst wenig neue Dekubitalulcera entstehen.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Indikatoren messen inzidente, d. h. neu aufgetretene Dekubitalulcera bei stationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren während des stationären Aufenthalts.

Mit dem risikoadjustierten Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)" (ID 52009) werden sämtliche während eines Krankenhausaufenthalts entstandenen Dekubitalulcera der Stadien/Kategorien 2 bis 4 sowie des Stadiums / der Kategorie „nicht näher bezeichnet" von vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren betrachtet. Die Inzidenz des Auftretens von Dekubitalulcera des jeweiligen Stadiums (2, 3, 4, nicht näher bezeichnet) wird über 3 Transparenzkennzahlen (IDs 52326, 521801 und 521800) ausgegeben.

In den Zähler des Sentinel-Event-Indikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4" (ID 52010) gehen alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Stadium/Kategorie 4 ein. Dekubitalulcera dieses Stadiums bzw. dieser Kategorie sollen unbedingt verhindert werden. Aufgrund ihrer besonderen Schwere erfolgt daher im Stellungnahmeverfahren der externen Qualitätssicherung in jedem Einzelfall eine Analyse der Ursachen für die Entstehung.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – DEK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)			
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2024
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2024
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2024
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2024
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS DEK* sind 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 5 zur Überprüfung der Vollzähligkeit definiert.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)" (ID 850359) überprüft, wie oft der Status zum Dekubitus bei Aufnahme nicht dokumentiert wurde. Im Verfahren *QS DEK* gehen ausschließlich diejenigen Fälle in den Zähler der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen ein, für die die Frage „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission")" mit „Nein" oder „Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" beantwortet wurde. So werden inzidente (neu aufgetretene) Dekubitalulcera identifiziert.

Die Risikostatistik bildet die Grundgesamtheit für alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens und wird außerdem für die Berechnung der Risikoadjustierung verwendet. Das Auffälligkeitskriterium „Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik" (ID 851805) zeigt, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 bis 4" oder „Dekubitalulcus, Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet" mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation zur QS-Dokumentation bzw. zur Unter- und Überdokumentation der Risikostatistik prüfen, ob weniger oder mehr Fälle in der QS-Dokumentation bzw. für die Risikostatistik dokumentiert wurden, als gemäß der jeweiligen Sollstatistik zu erwarten waren. Es werden diejenigen Leistungserbringer auffällig, bei denen eine Vollzähligkeit von < 95 % bzw. > 110 % vorliegt. Ziel ist es, eine valide Datengrundlage für die Be-

rechnung der Indikatorenergebnisse zu gewährleisten. Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz hingegen prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	QS-Dokumentation
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	QS-Dokumentation, Risikostatistik
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Risikostatistik, Sollstatistik
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Risikostatistik, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Anzahl der im Erfassungsjahr 2024 gelieferten Datensätze unterscheidet sich geringfügig von der Anzahl der erwarteten Datensätze. Die Datengrundlage weist eine Vollzähligkeit von 100,31 % auf und ist im Vergleich zum Erfassungsjahr 2023 (100,92 %) nahezu unverändert geblieben. Im Erfassungsjahr 2024 wurden, bei einer marginal geringeren Anzahl an entlassenden Standorten, im Vergleich zum Erfassungsjahr 2023 insgesamt 1.981 Datensätze (gesamt) mehr übermittelt. Dies lässt sich auf den allgemeinen und noch immer andauernden Wiederanstieg der stationären Fälle nach der COVID-19-Pandemie zurückführen (Anzahl der Datensätze EJ 2018: 282.271, EJ 2019: 271.556, EJ 2020: 243.442, EJ 2024: 275.828).

Für das Verfahren *QS DEK* werden neben den Daten der QS-Dokumentation auch Abrechnungsdaten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) genutzt. Bei den Abrechnungsdaten handelt es sich zum einen um Informationen zu jeder stationär behandelten Patientin und jedem stationär behandelten Patienten ab 20 Jahren mit oder ohne Dekubitus und zum anderen um Risikofaktoren, durch die ein Dekubitus entstehen kann. Die einzelnen Risikofaktoren werden in Gruppen zusammengefasst (z. B. eingeschränkte Mobilität, Infektion oder Inkontinenz) und zur Berechnung der erwarteten Anzahl inzidenter Dekubitalulcera in den Rechenregeln des Qualitätsindikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) verwendet. Aufgrund dieses Verwendungszwecks werden diese Daten im Verfahren *QS DEK* als „Risikostatistik“ bezeichnet.

Die Risikostatistik wird von den Leistungserbringern im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr erstellt. Für das Erfassungsjahr 2024 wurden 15.893.665 Fälle an das IQTIG übermittelt. Die Anzahl der Datensätze für die Risikostatistik ist weiterhin geringer als vor der COVID-19-Pandemie (EJ 2019: 17.664.961, EJ 2020: 15.043.534), zeigt aber insgesamt einen Trend zum Wiederanstieg.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - DEK

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	275.828 275.722 106	274.968	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.646		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.646	1.637	100,55

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit QS-Dokumentation Bund (gesamt)	1.354	1.346	100,59
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit Risikostatistik Bund (gesamt)	1.510	1.501	100,60

Tabelle 4: Anzahl Fälle mit und ohne Dekubitus in der Risikostatistik (AJ 2025, EJ 2024) - RST

	Erfassungsjahr 2024
	geliefert
Bund (gesamt)	15.893.665

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Sowohl die beiden Qualitätsindikatoren „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) und „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010) als auch die der Gruppe „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ zugehörigen Transparenzkennzahlen zu Stadium/Kategorie 2 (ID 52326), Stadium/Kategorie 3 (ID 521801) und Stadium/Kategorie „nicht näher bezeichnet“ (ID 521800) weisen in ihren rechnerischen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 keine relevanten Änderungen zum Vorjahr auf.

Hingegen lassen sich Unterschiede in der Tendenz der Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 gegenüber dem Vorjahr zwischen den beiden Qualitätsindikatoren des Verfahrens beobachten – und zwar sowohl in der Anzahl als auch im Anteil derjenigen Leistungserbringerergebnisse mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessprobleme. Während im Indikator zu Dekubitalulcera ohne Stadium/Kategorie 1 (ID 52009) nach dem sprunghaften Anstieg (+ ca. 6.000 Fälle im EJ 2022, O/E = 1,18) nun eine Verbesserung in der Prozess- und Strukturqualität erkennbar ist, lässt sich bezüglich des Indikators zu Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 4 (ID 52010) keine nennenswerte Veränderung beobachten. Für Letzteren liegt der Anteil von als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel an allen als rechnerisch auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen seit 2017 kontinuierlich über dem des Indikators ohne Stadium/Kategorie 1 (2017: 11,1 %; 2018: 17,7 %; 2019: 13,7 %; 2020: 15,2 %; 2021: 10,8 %; 2022: 17,7 %; 2023: 20,7 %).

Die Ergebnisse zeigen, dass etwa jeder 5. Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis im Sentinel-Event-Indikator zum Auftreten eines Dekubitus Stadium/Kategorie 4 (ID 52010) aufweist, wovon bereits die Hälfte im Vorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis hatte. Im Indikator 52009 zeigt etwa jeder 20. Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, wobei bei ebenfalls der Hälfte im Vorjahr bereits ein rechnerisch auffälliges Ergebnis festgestellt wurde. Die Bewertungen nach Stellungnahmeverfahren zeigen in beiden Indikatoren einen hohen Anteil qualitativ auffälliger Leistungserbringerergebnisse (QI 52009: 50,55 %; QI 52010: 31,78 %). Die häufigsten Begründungen adressieren dabei Mängel in der Risikoerfassung eines Dekubitus sowie in der Prävention eines solchen. Fehler bei der Dokumentation und Nichteinhaltung des Expertenstandards werden ebenfalls häufig genannt. Das IQTIG leitet daraus ab, dass weiterhin ein maßgebliches Verbesserungspotenzial besteht.

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) - DEK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)				
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	1,11 O/E = 67.636 / 61.172,54 0,4367 % O/N = 67.636 / 15.489.731	1,06 O/E = 66.309 / 62.410,55 0,4172 % O/N = 66.309 / 15.893.663 (≤ 2,45; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2*	0,3682 % O = 57.029 N = 15.489.731	0,3496 % O = 55.568 N = 15.893.663	vergleichbar
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3*	0,0635 % O = 9.829 N = 15.489.731	0,0605 % O = 9.621 N = 15.893.663	vergleichbar
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet*	0,0059 % O = 911 N = 15.489.731	0,0062 % O = 979 N = 15.893.663	vergleichbar
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	0,0050 % O = 768 N = 15.489.731	0,0046 % O = 724 N = 15.893.663 (Sentinel Event)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 6: Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – DEK

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	2023	91 von 1.878	4,85	43
		2024	91 von 1.853	4,91	39
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	2023	428 von 1.886	22,69	214
		2024	411 von 1.857	22,13	210

Risikoadjustierung

Die Risikoadjustierung im Verfahren *QS DEK* steht im Spannungsfeld zwischen einer unbedingten Vermeidung eines Dekubitus und dem Anspruch eines fairen Vergleichs der Leistungserbringer in der externen Qualitätssicherung. Im Einzelfall kann es nachvollziehbare Begründungen für die Entstehung eines Dekubitus geben (z.B. terminale Lebensphase, Wirbelsäulenverletzungen).

Die Risikoadjustierung des Qualitätsindikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) erfolgt mittels logistischer Regression. Die einzelnen Risikofaktorgruppen werden mit Ausnahme des Alters der Patientin bzw. des Patienten sowie der Beatmungsstunden über die ICD-Kodes (Einschlussdiagnosen) der Abrechnungsdaten in der Risikostatistik abgebildet.

Nach Beratung mit dem Expertengremium im Herbst 2021 wurde die Spezifikation (zum Erfassungsjahr 2023) für die Überarbeitung der Risikoadjustierung zum Auswertungsjahr 2025 angepasst. Diagnosekodes ohne ausreichenden Zusammenhang mit der Entstehung eines Dekubitus wurden aus den bisherigen Datenfeldern („weitere, schwere Erkrankungen“, „eingeschränkte Mobilität“) herausgenommen und in eigene temporäre Datenfelder („eingeschränkte Mobilität-Verhalten“, „eingeschränkte Mobilität- Muskelzerrung“ und „weitere schwere Erkrankung – andernorts klassifizierte Pneumonie“) separiert, um deren Einfluss im Risikoadjustierungsmodell betrachten zu können und sie nach den Beratungen mit dem Expertengremium im Herbst 2025 ggf. zu den Spezifikationsempfehlungen zum Erfassungsjahr 2027 zu streichen. Hierzu gehören die ICD-Kodes M62.6.- „Sonstige Muskelkrankheiten“, R46.- „Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen“ (mit Ausnahme von R46.3) sowie U69.0- „anderenorts klassifizierte Pneumonie“. Kodes zu Atemwegserkrankungen, die in der Literatur für die Entstehung eines Dekubitus als relevant beschrieben sind, wurden in eigenen Datenfeldern („Infektion - Pneumonie“, „Infektion – ARDS“) erfasst und im Modell ergänzt (ICD-Kodes J12.- „Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert“, J13 „Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae“, J14 „Pneumonie durch Haemophilus influenzae“ sowie J80.- „Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]“).

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 7: QI 52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,08 O/E = 66.464 / 61.516,45 N = 15.175.228 O/N = 66.646 / 15.175.228	1,11 O/E = 67.636 / 61.172,54 0,4367 % O/N = 67.636 / 15.489.731	1,06 O/E = 66.309 / 62.410,55 0,4172 % O/N = 66.309 / 15.893.663
rechnerische Auffälligkeiten	92 von 1.916 4,80 %	91 von 1.878 4,85 %	**91 von 1.853** **4,91 %** **(Refbereich: ≤ 2,45; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	55 / 92 (59,78 %)	**46 / 91** **(50,55 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	55 / 1.916 (2,87 %)	**46 / 1.878** **(2,45 %)**	n. a.

In den Zähler des Indikators 52009 gehen alle vollstationär behandelten Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Stadium/Kategorie 2, 3, 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / nicht näher bezeichneter Kategorie ein, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand. Dabei soll der Anteil neu aufgetretener Dekubitalulcera möglichst niedrig sein.

Das risikoadjustierte Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 1,06 und damit leicht unter dem Wert des Vorjahres. Von insgesamt 91 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden nach dem Stellungnahmeverfahren 50,55 % als qualitativ auffällig bewertet. Hierbei wurden als Gründe vor allem Fehler in der Risikoerfassung und der Dekubitusprophylaxe bzw. -prävention sowie Dokumentationsfehler und die Nichteinhaltung des Expertenstandards genannt. Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten in diesem Indikator liegt damit unter dem des Vorjahres (AJ 2024: 59,78 %). Gleichzeitig ist dieser Wert vergleichsweise hoch und zeigt ein weiterhin bestehendes deutliches Verbesserungspotenzial auf.

Es wurden 12-mal Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert. Dies beinhaltet beispielsweise die Empfehlung zur Durchführung eines kollegialen Gesprächs, in welchem gemeinsam Zielvereinbarungen zur Verbesserung erarbeitet werden, oder auch Empfehlungen zur Teilnahme an Fortbildungen sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

Tabelle 8: QI 52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,0059 % O = 893 N = 15.175.228	0,0050 % O = 768 N = 15.489.731	**0,0046 %** **O = 724** **N = 15.893.663**
rechnerische Auffälligkeiten	457 von 1.919 23,81 %	428 von 1.886 22,69 %	**411 von 1.857** **22,13 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	142 / 457 (31,07 %)	**136 / 428** **(31,78 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	142 / 1.919 (7,40 %)	**136 / 1.886** **(7,21 %)**	n. a.

In den Zähler des Indikators 52010 gehen alle vollstationär behandelten Patienteninnen und Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Stadium/Kategorie 4 ein. Es handelt sich um einen Sentinel-Event-Indikator, das heißt, der Referenzbereich liegt bei 0, denn jeder neu aufgetretene Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 sollte vermieden werden.

Im Auswertungsjahr 2024 sind in 768 Fällen Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 4 während des stationären Aufenthalts neu aufgetreten. 428 Leistungserbringer hatten im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, wovon 31,78 % nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet wurden. Der Wert ist ähnlich hoch wie im Vorjahr. Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass vor allem die Einschätzung des Dekubitusrisikos häufig fehlerhaft ist, ebenso die Ergreifung prophylaktischer Maßnahmen und die Umsetzung des Expertenstandards. Zudem finden sich immer wieder Hinweise auf Dokumentationsfehler. Der hohe Anteil an qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen bei diesem Sentinel-Event-Indikator zusammen mit den Begründungen seitens der LAG zeigen ein deutliches Qualitätsdefizit.

Das Bundesergebnis für das Auswertungsjahr 2025 liegt bei 724 Fällen und ist entsprechend vergleichbar zum Vorjahr. Es haben 411 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Das sind weniger als in den beiden Vorjahren. Bei den rechnerischen Auffälligkeiten ist also ein leichter Abwärtstrend zu beobachten.

Tabelle 9: TKez 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,3633 % O = 55.127 N = 15.175.228	0,3682 % O = 57.029 N = 15.489.731	**0,3496 %** **O = 55.568** **N = 15.893.663**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 10: TKez 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,0654 % O = 9.928 N = 15.175.228	0,0635 % O = 9.829 N = 15.489.731	**0,0605 %** **O = 9.621** **N = 15.893.663**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 11: TKez 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,0062 % O = 938 N = 15.175.228	0,0059 % O = 911 N = 15.489.731	**0,0062 %** **O = 979** **N = 15.893.663**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Transparenzkennzahlen 52356, 521800 und 521801 dienen als Strata des Qualitätsindikators 52009 und geben die Häufigkeit des Auftretens inzidenter Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 (ID 52356), Stadium/Kategorie 3 (ID 521801) und Stadium/Kategorie „nicht näher bezeichnet" (ID 521800) während eines stationären Krankenhausaufenthalts an. Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass am häufigsten Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 auftreten. Das Bundesergebnis hierzu liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 0,35 % (55.568 Fälle) und ist damit auf dem Niveau der

beiden Vorjahre. Im Erfassungsjahr 2024 traten 9.621 Fälle von Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 3 neu auf, was einem Anteil von 0,06 % entspricht. Dieses Ergebnis ist ebenfalls nahezu unverändert zu den beiden vorangegangenen Erfassungsjahren. Weiterhin wurden mittels der Transparenzkennzahl 521800 979 Fälle „nicht näher bezeichneter" Dekubitalulcera erfasst. Auch zu dieser Kennzahl sind die Vergleichsergebnisse aus den Vorjahren quasi unverändert.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die meisten Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2025 (n = 75) wurden zum Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation'" (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)" (ID 850359) ermittelt – einem Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität. Bezogen auf 1.646 Leistungserbringer mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium entspricht das einem Anteil von 4,56 %. Davon waren 18 bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden im Auswertungsjahr 2024 67 Stellungnahmen geführt und in 50 Fällen wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt und Schulungsmaßnahmen zur Verbesserung der Dekubitusdokumentation empfohlen. Das Datenfeld „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission-POA")" ist entscheidend für den Einschluss in den Zähler aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens. Wird in diesem Datenfeld „ja" angegeben, gehen diese Fälle entsprechend nicht in die Kennzahlen (QI und Transparenzkennzahlen) des QS Verfahrens DEK ein. Zur Verbesserung der Dokumentationsqualität wurden 4-mal Zielvereinbarungen als Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Unter den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit liegen im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der QS-Dokumentation (ID 850095) die meisten rechnerischen Auffälligkeiten vor (30 von 1.637 Ergebnissen (1,83 %)). Nach Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 79 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Die am häufigsten genannten Begründungen sind dabei die fehlende Übermittlung der Soll-und Risikostatistik sowie die Bestätigung der Fehldokumentation. In diesem Auffälligkeitskriterium wurden 2-mal Qualitätssicherungsmaßnahmen in Form von Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentation initiiert.

Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	0,7373 % 2.033/275.722 (≤ 3,58 %; 95. Perzentil)
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	0,8135 % 2.243/275.722 (≤ 20,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,3128 % 275.828/274.968 (≥ 95,00 %)
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,3128 % 275.828/274.968 (≤ 110,00 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,0386 % 106/274.968 (≤ 5,00 %)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	99,9392 % 15.895.429/15.905.104 (≥ 95,00 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	99,9392 % 15.895.429/15.905.104 (≤ 110,00 %)

Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	2024	75 von 1.646	4,56	18
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	2024	22 von 1.646	1,34	1

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet				
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	30 von 1.637	1,83	0
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	8 von 1.637	0,49	1
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	1 von 1.637	0,06	0
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	15 von 1.854	0,81	5
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	4 von 1.854	0,22	1

2.3.2 Detailergebnisse

Tabelle 14: AK 850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,72 % O = 1.921 N = 266.023	0,75 % O = 2.048 N = 273.764	**0,74 %** **O = 2.033** **N = 275.722**
rechnerische Auffälligkeiten	66 von 1.698 3,89 %	67 von 1.669 4,01 %	**75 von 1.646** **4,56 %** **(Refbereich: ≤ 3,58 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	53 / 66 (80,30 %)	**52 / 67** **(77,61 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	53 / 1.698 (3,12 %)	**52 / 1.669** **(3,12 %)**	n. a.

In den Zähler des Auffälligkeitskriteriums 850359 gehen die Fälle ein, zu denen im entsprechenden Datenfeld des QS-Dokumentationsbogen angegeben wird, dass es aufgrund unvollständiger Dokumentation nicht nachvollziehbar ist, ob der Dekubitus bereits bei Aufnahme vorlag oder nicht. Das Ergebnis des Auffälligkeitskriteriums sollte möglichst niedrig sein.

Das Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2025 liegt bei 0,74 % und ist damit nahezu unverändert gegenüber den beiden Vorjahren. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist vom Auswertungsjahr 2024 (67) zum Auswertungsjahr 2025 (75) leicht gestiegen. Der Anteil qualitativ auffälliger Leistungserbringerergebnisse ist vom Auswertungsjahr 2023 (80,30 %) zum Auswertungsjahr 2024 (77,61 %) etwas zurückgegangen, jedoch noch immer sehr hoch. Im überwiegenden Teil der Fälle wurde die fehlerhafte Dokumentation im Stellungnahmeverfahren bestätigt. Aufgrund wiederholter Auffälligkeiten wurden 4-mal Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Tabelle 15: AK 851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,20 % O = 3.190 N = 266.023	1,54 % O = 4.217 N = 273.764	**0,81 %** **O = 2.243** **N = 275.722**
rechnerische Auffälligkeiten	23 von 1.698 1,35 %	33 von 1.669 1,98 %	**22 von 1.646** **1,34 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 23 (56,52 %)	**24 / 33** **(72,73 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 1.698 (0,77 %)	**24 / 1.669** **(1,44 %)**	n. a.

Mittels des Auffälligkeitskriteriums 851805 wird geprüft, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation. Die Risikostatistik ist für die Berechnung sämtlicher Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Verfahrens relevant, da sie deren jeweilige Grundgesamtheit bildet. Im Auswertungsjahr 2025 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 0,81 %. Das bedeutet, es wurden 2.243 mehr Fälle mit Dekubitus Stadium 2 bis 4 bzw. nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation übermittelt als in der Risikostatistik. Im Vergleich zum Vorjahr (1,54 %; n = 4.217, N = 273.764) ist dies ein deutlicher Rückgang.

Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (AJ 2025: n = 22; AJ 2024: n = 33) sowie deren Anteil an allen betrachteten Leistungserbringern (AJ 2025: 1,34 %) hat sich gegenüber dem Vorjahr (AJ 2024: 1,98 %) ebenso deutlich verringert.

Tabelle 16: AK 850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,86 % O = 266.090 N = 263.818	100,92 % O = 273.847 N = 271.346	**100,31 %** **O = 275.828** **N = 274.968**
rechnerische Auffälligkeiten	33 von 1.695 1,95 %	28 von 1.658 1,69 %	**30 von 1.637** **1,83 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	15 / 33 (45,45 %)	**22 / 28** **(78,57 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	15 / 1.695 (0,88 %)	**22 / 1.658** **(1,33 %)**	n. a.

Tabelle 17: AK 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,86 % O = 266.090 N = 263.818	100,92 % O = 273.847 N = 271.346	**100,31 %** **O = 275.828** **N = 274.968**
rechnerische Auffälligkeiten	22 von 1.695 1,30 %	10 von 1.658 0,60 %	**8 von 1.637** **0,49 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 22 (45,45 %)	**4 / 10** **(40,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	10 / 1.695 (0,59 %)	**4 / 1.658** **(0,24 %)**	n. a.

Tabelle 18: AK 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,03 % O = 67 N = 263.818	0,03 % O = 83 N = 271.346	**0,04 %** **O = 106** **N = 274.968**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 1.695 0,06 %	1 von 1.658 0,06 %	**1 von 1.637** **0,06 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	**0 / 1** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 1.695 (0,06 %)	**0 / 1.658** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 19: AK 851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,96 % O = 178.028 N = 15.337	99,32 % O = 491.630 N = 15.598	**99,94 %** **O = 895.429** **N = 15.905**
rechnerische Auffälligkeiten	21 von 1.902 1,10 %	28 von 1.889 1,48 %	**15 von 1.854** **0,81 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 21 (52,38 %)	**22 / 28** **(78,57 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	11 / 1.902 (0,58 %)	**22 / 1.889** **(1,16 %)**	n. a.

Tabelle 20: AK 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,96 % O = 178.028 N = 15.337	99,32 % O = 491.630 N = 15.598	**99,94 %** **O = 895.429** **N = 15.905**
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 1.902 0,53 %	3 von 1.889 0,16 %	**4 von 1.854** **0,22 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 10 (50,00 %)	**3 / 3** **(100,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 1.902 (0,26 %)	**3 / 1.889** **(0,16 %)**	n. a.

Zur Vollzähligkeit werden 5 Auffälligkeitskriterien berechnet: 3 mit Bezug zur QS-Dokumentation und 2 mit Bezug zur Risikostatistik. Zur QS-Dokumentation ist ein Auffälligkeitskriterium zur Über- und eines zur Unterdokumentation definiert, außerdem ein Auffälligkeitskriterium zu Minimaldatensätzen (MDS). Zur Risikostatistik werden ebenfalls 2 Auffälligkeitskriterien zur Über- bzw. Unterdokumentation berechnet.

Bis auf das Auffälligkeitskriterium zum MDS haben sich sämtliche rechnerischen Ergebnisse - von einem bereits hohen Niveau aus - im Vergleich zum Vorjahr nochmals verbessert. Der Anteil an Minimaldatensätzen lag anteilig minimal höher als im Vorjahr. Insgesamt wertet das IQTIG diese Ergebnisse als positiv. Zu 41 von 127 qualitativen Auffälligkeiten wurden Begründungen für die Einstufungen durch die LAG genannt. Häufigste Begründung war, dass die fehlerhafte Dokumentation bestätigt wurde bzw. dass keine oder keine entschuldenden Gründe für die fehlerhafte Dokumentation genannt wurden.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	3.835	-	3.764	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	3.835	100,00	3.764	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	549	14,32	519	13,79
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	549	100,00	519	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	549	100,00	519	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	5	0,91	2	0,39
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	544	99,09	517	99,61
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	544	100,00	517	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	0,55	8	1,55
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	0,74	5	0,97
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	273	49,73	241	46,44
Bewertung als qualitativ auffällig	197	35,88	182	35,07
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	61	11,11	79	15,22
Sonstiges	13	2,37	15	2,89

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	38	n. a.	94	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	1	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS DEK* hat sich die Anzahl der Indikatorenergebnisse von 3.835 im Auswertungsjahr 2024 zu 3.764 im Auswertungsjahr 2025 nicht wesentlich verändert. Weniger Indikatorenergebnisse gehen in diesem Verfahren nach Einschätzung des IQTIG in erster Linie darauf zurück, dass die Anzahl an Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten in Deutschland aufgrund von Schließungen oder Zusammenführungen rückläufig ist.

Der Anteil rechnerisch auffälliger Indikatorenergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken – von 14,32 % auf 13,79 %.

Ein Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurde nur in 2 Fällen nicht eingeleitet (0,39 %). Grund dafür war, dass die betroffenen Einrichtungen bereits geschlossen waren.

Sämtliche Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden schriftlich eingeleitet. Im Verlauf wurden 8-mal kollegiale Gespräche geführt. Bei 2 der Leistungserbringer, mit denen ein Gespräch geführt wurde, fanden auch Begehungen statt. Außerdem wurden 3 weitere Begehungen durchgeführt.

241 rechnerische Auffälligkeiten (46,44 %) wurden als qualitativ unauffällig bewertet, ein geringfügig niedrigerer Wert als im Vorjahr. Diese Bewertung wurde u. a. vergeben, wenn die rechnerische Auffälligkeit plausibel erklärt werden konnte, z. B. aufgrund der besonderen Schwere des Krankheitsverlaufs oder wenn keine systematischen Qualitätsmängel erkennbar waren. Die Bewertung als qualitativ unauffällig wurde aber auch vorgenommen, wenn Mängel im Prozess erkannt worden sind, die Verlaufsdarstellung noch unzureichend war oder Schulungen empfohlen wurden.

Der Anteil an als qualitativ auffällig bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten liegt zum Auswertungsjahr 2024 bei 35 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert. Gründe für die Vergabe dieser Bewertung waren u. a. Mängel bei der Wunddokumentation, nicht ausreichende prophylaktische Maßnahmen, nicht ausreichende Umsetzung des Expertenstandards oder eine unzureichende Einschätzung des Dekubitusrisikos.

79-mal, und damit 18-mal häufiger als im Vorjahr, wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Einschätzung abgeschlossen, dass eine Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich war. Häufig wurde hierzu als Begründung genannt, dass entweder ein falsches Dekubitusstadium dokumentiert wurde oder der Dekubitus schon bei Aufnahme vorlag und die entsprechende Dokumentation fehlte.

Die Maßnahmenstufe 1 wurde 94-mal und somit deutlich häufiger als noch im Vorjahr eingeleitet (38-mal). In erster Linie wurden Zielvereinbarungen festgelegt und die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien empfohlen – konkret wurde hier häufig auf den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe Bezug genommen.

Die 8 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Gespräche geführt wurden, wurden auch als qualitativ auffällig bewertet. Als inhaltliche Gründe für diese Bewertung wurden z. B. Verbesserungsbedarf bei der Dekubitusprophylaxe, die nicht durchgängig nachvollziehbare Nichtumsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Herausforderungen bei der Pflegeplanung, das Erfassen von Risikofaktoren und das Ableiten von Maßnahmen oder das Ausbleiben berufsübergreifender Fallbesprechungen genannt.

Bei 5 der Leistungserbringer, mit denen ein Gespräch geführt wurde, wurden Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, einmal wurden Maßnahmen der Maßnahmenstufe 2 initiiert. Sämtliche Maßnahmenstufen wurden aufgrund wiederholter Auffälligkeiten eingeleitet.

Bezogen auf den Leistungserbringer, zu dem Maßnahmenstufe 2 eingeleitet wurde, berichtete die LAG, dass weiterhin qualitative Auffälligkeiten bezogen auf die Prävention von Dekubitalulcera bestehen und umfangreiche qualitätsfördernde Maßnahmen eingeleitet worden seien, z. B. Zielvereinbarung, Vorlage einer SOP oder Schulungsmaßnahmen. Weiterhin sei die Landesplanungsbehörde informiert worden, und es habe Gespräche mit allen Verantwortlichen im zuständigen Ministerium gegeben.

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – DEK

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
467	26	0	164	9	0

Da im Verfahren *QS DEK* nur 2 Indikatoren definiert sind, können Leistungserbringer maximal in 2 Indikatoren rechnerisch auffällig werden. Im Vergleich zu einem Verfahren mit mehr Indikatoren geht dies auch mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für Leistungserbringer mit 2 oder mehr Auffälligkeiten einher. Das IQTIG wertet den Anteil von je ca. 5 % Leistungserbringer mit 2 rechnerischen Auffälligkeiten bzw. 2 qualitativen Auffälligkeiten als positiv. Bei dem Großteil der Leistungserbringer mit Auffälligkeit bezieht sich diese auf einen der beiden Indikatoren. Bei Leistungserbringern mit einer Auffälligkeit ist das Verbesserungspotenzial vermutlich weniger ausgeprägt als bei Leistungserbringern mit 2 Auffälligkeiten.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Insgesamt blieb die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse bei den Auffälligkeitskriterien im Verfahren *QS DEK* gegenüber dem Vorjahr unverändert. Gleichzeitig wurden mehr Stellungnahmeverfahren eingeleitet (94,12 % zum AJ 2024 gegenüber 77,84 % zum AJ 2023). 74,71 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bei den Auffälligkeitskriterien wurden im Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet. Als Begründungen für Bewertungen als qualitativ auffällig wurden insbesondere die fehlende Übermittlung von Risiko- und Sollstatistik, bestätigte fehlerhafte Dokumentationen und technische Probleme angegeben. Nicht eingeleitete Stellungnahmeverfahren wurden vor allem mit Einzelfällen begründet.

In 15 Fällen (8,82 %) wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertung „Sonstiges" abgeschlossen. Den Begründungen der LAG zufolge handelte es sich dabei im Großteil der Fälle entweder um Softwareprobleme oder die betroffenen Krankenhäuser wurden geschlossen.

Bei 2 qualitativ unauffälligen Ergebnisse wurde die korrekte Dokumentation (U60) bestätigt. Einmal lag ein Softwareproblem vor und einmal wurde die Bewertung als qualitativ unauffällig damit begründet, dass kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität bei vereinzelten Dokumentationsproblemen vorläge. Circa 9 % der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren wurden noch nicht abgeschlossen.

In 15 Fällen wurden Maßnahmen der Stufe 1 zur Verbesserung des festgestellten Defizits initiiert. Gründe dazu waren in erster Linie nicht übermittelte Risikostatistiken und wiederholt auffällige Fehldokumentationen. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht eingeleitet.

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	12.361	100,00	12.164	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	176	1,42	170	1,40
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	176	100,00	170	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	39	22,16	10	5,88
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	137	77,84	160	94,12
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	137	100,00	160	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,73	1	0,62
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	7	5,11	14	8,75
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	11	6,25	4	2,35
Bewertung als qualitativ auffällig	108	61,36	127	74,71
Sonstiges	11	6,25	15	8,82
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	5	n. a.	15	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – DEK

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
131	15	3	99	11	2

Insgesamt sind im Verfahren *QS DEK* 7 Auffälligkeitskriterien definiert. Ein Leistungserbringer kann in bis zu 5 Auffälligkeitskriterien gleichzeitig ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufweisen, da sich 4 der Auffälligkeitskriterien auf Über- bzw. Unterdokumentation beziehen. Ein Leistungserbringer kann nicht gleichzeitig bezogen auf die Unter- und Überdokumentation eine rechnerische Auffälligkeit haben. 3 Leistungserbringer haben mehr als 3 rechnerische oder sonstige Auffälligkeiten, 2 Leistungserbringer haben mehr als 3 qualitative Auffälligkeiten.

4 Evaluation

Insgesamt haben 5 LAG jeweils unterschiedliche Probleme in Bezug auf das Verfahren zurückgemeldet:

- Abrechnungsdaten können aufgrund von Vorgaben des Medizinischen Dienstes in wenigen Fällen trotz Fehldokumentation nicht angepasst werden, was zur fälschlichen Auslösung von QS-Dokumentationsbögen führen kann.
- Es bestehen Hinweise auf eine unzureichende Risikoadjustierung bei Kliniken mit besonderen Patientenkollektiven (geriatrischem und/oder psychiatrischem Schwerpunkt), da z. B. fehlende Compliance nicht abgebildet werde.
- Im Klinikalltag seien die Stadien des European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) bzw. des National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) gebräuchlicher als die Einteilung gemäß ICD-10 – dies führe zu Unsicherheiten bei der Dokumentation der Dekubitus-Stadieneinteilungen.
- Da die Abrechnungsdaten gemäß § 21 KHEntgG zur Berechnung der Indikatoren erst zu den Jahresberichten vorliegen, können die Qualitätsindikatorenergebnisse in den Quartalsberichten noch nicht ausgewertet werden. Eine LAG schlägt vor, stattdessen Ergebnisse ohne Risikoadjustierung (rohe Rate) in die Quartalsberichte aufzunehmen.
- Im Vergleich zu anderen QS-Verfahren sei der Aufwand zur Einreichung und Sichtung von Dokumenten aufgrund des langen Verlaufs bei Entwicklung und Behandlung von Dekubitalulcera für Leistungserbringer und Fachkommission deutlich höher als bei anderen Verfahren.
- Die Auffälligkeitskriterien würden von einigen Kliniken nicht verstanden.

Insgesamt wertet das IQTIG die geringe Menge der Rückmeldungen und dass von 12 LAG keine Probleme gemeldet wurden als Hinweise darauf, dass keine wesentlichen Einschränkungen der Wirksamkeit des Verfahrens bestehen.

Das Verfahren *QS DEK* soll qualitätsrelevante Aspekte zum Neuauftreten von Dekubitalulcera während des stationären Aufenthalts messen, vergleichend darstellen und bewerten.

Die 2 Qualitätsindikatoren verfolgen die in der DeQS-RL aufgeführten Verfahrensziele:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Verbesserung der Ergebnisqualität

5 Ausblick

Seitens der LAG werden seit Jahren gleichbleibende Hinweise auf Struktur-und Prozessmängel an das IQTIG übermittelt, sodass eine Weiterentwicklung des Verfahrens hinsichtlich der Erfassung relevanter Prozesse zur Dekubitusprophylaxe zukünftig ebenfalls fokussiert werden sollte.

Als Ergebnis der Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene hinsichtlich der Erweiterung des Patientenkollektivs auf Personen unter 20 Jahren empfiehlt das IQITG, Früh- und Neugeborene aufgrund niedriger Fallzahlen nicht in eine zukünftige Betrachtung aufzunehmen.

Unter Einbezug des Expertengremiums auf Bundesebene sollen zwei Möglichkeiten zum Einschluss von Kindern und Jugendlichen geprüft werden: zum einen die Einschränkung auf vulnerable Gruppen bei den unter 20-jährigen Patientinnen und Patienten und zum anderen die Durchführung der Qualitätssicherung im Rahmen einer Stichprobenziehung.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

DEK: Dekubitusprophylaxe

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Dekubitusprophylaxe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Datengrundlage Risikostatistik 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 11

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 12

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 13

52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 13

52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 17

521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 20

521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet 23

Details zu den Ergebnissen 26

52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 27

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 30

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 30

850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 30

851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik 32

Details zu den Ergebnissen 34

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 35

850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 35

850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 37

850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 39

851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik 41

851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik 43
Basisauswertung 45
QS-Dokumentation 45
Altersverteilung 46
Geschlecht 47
Aufnahme 48
Entlassung 49
Risikofaktoren 51
Beatmungsstunden 53
Dekubitus 53
Stadieneinteilung 53
War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? - "Present on Admission" (POA) 54
War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? - "Present on Discharge" (POD) 55
Lokalisationen 56
Risikostatistik 58
Altersverteilung 58
Risikofaktoren 59
Beatmungsstunden 60

Einleitung

Der vorliegende Bericht beinhaltet die Bundesergebnisse für das QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (DEK).

Der Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, die oft über Knochenvorsprüngen und infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften entsteht. Schädigungen dieser Art werden auch als Druckgeschwüre, Dekubitalulcera oder Wundliegen bezeichnet und sind eine sehr ernst zu nehmende Komplikation bei zu pflegenden Personen.

Dekubitalulcera können in Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge lang andauernder Bewegungseinschränkung auftreten. Dementsprechend sind besonders häufig ältere Menschen von einem Dekubitus betroffen. Die betroffenen Patientinnen und Patienten sind aufgrund eines Dekubitus in ihrer Lebensqualität eingeschränkt, da dieser meist mit Schmerzen, Einschränkungen der Selbständigkeit und einer monatelangen Pflegebedürftigkeit einhergeht, die zudem mit erhöhter Mortalität korrelieren kann. Neben einer aufwendigen Wundversorgung können im Extremfall Operationen zur plastischen Deckung der entstandenen Haut- und Weichteildefekte erforderlich sein. Aus ethischer, medizinisch-pflegerischer und ökonomischer Perspektive muss es daher ein zentrales Anliegen sein, Druckgeschwüren konsequent vorzubeugen (Dekubitusprophylaxe).

Die Ausprägung eines Dekubitus wird auf einer Skala von 1 bis 4 kategorisiert. Diese Stadieneinteilung basiert auf der internationalen Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (sog. ICD-10-GM-Klassifizierung).

Stadieneinteilung des Dekubitus nach L89 (ICD-10-GM Version 2024):

-Dekubitus, Stadium 1: Dekubitus, Kategorie 1, Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut

-Dekubitus, Stadium 2: Dekubitus, Kategorie 2, Dekubitus [Druckgeschwür] mit: Blase (serumgefüllt) (offen) (rupturiert), Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis

-Dekubitus, Stadium 3: Dekubitus, Kategorie 3, Dekubitus [Druckgeschwür] mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann

-Dekubitus, Stadium 4: Dekubitus, Kategorie 4, Dekubitus [Druckgeschwür] mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)

-Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet: Dekubitus, Kategorie nicht näher bezeichnet, Dekubitus [Druckgeschwür] ohne Angabe eines Stadiums

In internationalen Leitlinien und im aktuellen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe werden in der Pflege 6 Kategorien zur Einteilung eines Dekubitus verwendet. Für dieses QS-

Verfahren sind allerdings die Abrechnungsdaten auf Grundlage der vom BfArM (1) vorgegebenen Kodierungen relevant, weshalb sich weiter auf diese Einteilung bezogen wird. Die Qualitätsindikatoren berücksichtigen alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren, bei denen ein Dekubitus im Krankenhaus neu erworben wurde.

Die Dekubitusinzidenz (Anzahl der neu aufgetretenen Dekubitalulcera innerhalb einer Personengruppe) gilt international als ergebnisorientierter Qualitätsindikator in Bezug auf die Patientensicherheit, weil sie auch Rückschlüsse über im Krankenhaus angewendete Vorbeuge- und ggf. rechtzeitig eingeleitete Behandlungsmaßnahmen ermöglicht. Da in der Praxis oft Unsicherheit bezüglich der Abgrenzung eines Dekubitus Stadium 1 von einer Hautrötung besteht, werden im QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe nur die höheren Stadien (ab Dekubitus Stadium 2) erhoben und ausgewertet.

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gibt Klassifikationen zur Kodierung von Diagnosen und Operationen heraus, welche den Krankenhäusern zur Abrechnung dienen.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Für die Berechnung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe werden sowohl QS-Daten als auch Daten aus der Risikostatistik verwendet. Die Risikostatistik muss von jedem Krankenhausstandort mit vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren erstellt und übermittelt werden und bildet die Grundlage zur Berechnung der Nenner der Qualitätsindikatoren.

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Risikostatistik

Aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen kann es passieren, dass für einzelne Krankenhausstandorte Risikostatistik und QS-Daten nicht exakt übereinstimmen. Für einige Krankenhausstandorte liegen fälschlicherweise sogar nur QS-Daten, jedoch keine Daten zur Risikostatistik vor (19 Standorte im Erfassungsjahr 2024, 33 Standorte im Erfassungsjahr 2023). Umgekehrt liegen für das Erfassungsjahr 2024 für 10 Standorte (2023: 12 Standorte) Daten zur Risikostatistik mit dokumentierten Dekubitalulcera vor, ohne dass diese Standorte QS-Daten geliefert hätten.

Zu QI 52009
Bei der Berechnung des Ergebnisses zum Qualitätsindikator 52009 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ ist zu beachten, dass für die Angabe der Fälle mit neu aufgetretenem Dekubitus die Angaben aus dem Qualitätssicherungsbogen genutzt wurden. Dabei ist aufgefallen, dass in den Qualitätssicherungsbögen mehr Fälle mit Dekubitus vorlagen, als in der Risikostatistik. Dies erscheint plausibel, da die Angaben aus den QS-Bögen aktiv für Zwecke der Qualitätssicherung dokumentiert wurden, während die Angaben in der Risikostatistik aus den Abrechnungsdaten abgeleitet sind, wo ein Dekubitus nicht immer abrechnungsrelevant ist.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben. Die Anzahl der Leistungserbringer wird ebenfalls pro Vergleichsgruppe und zusätzlich auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene (entlassender Standort) ausgegeben.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten. Entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik sowie für die Lieferung der Risikostatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (QS DEK) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem entlassenden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	275.828 275.722 106	274.968	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.646		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.646	1.637	100,55
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit QS-Dokumentation Bund (gesamt)	1.354	1.346	100,59
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit Risikostatistik Bund (gesamt)	1.510	1.501	100,60

Datengrundlage Risikostatistik

Anzahl Fälle mit und ohne Dekubitus in der Risikostatistik

Erfassungsjahr 2024	geliefert
Bund (gesamt)	15.893.665

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Zum Auswertungsjahr 2025 wurden die Koeffizienten auf der Datenbasis des Auswertungsjahres 2024 neu berechnet. Aufgrund dessen sind die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2024 eingeschränkt vergleichbar mit den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2023.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren DEK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qsverfahren/
qs-dek/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)			
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	≤ 2,45 (95. Perzentil)	1,06 O/E = 66.309 / 62.410,55 N = 15.893.663
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	Transparenzkennzahl	0,3496 % O = 55.568 N = 15.893.663
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3	Transparenzkennzahl	0,0605 % O = 9.621 N = 15.893.663
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet	Transparenzkennzahl	0,0062 % O = 979 N = 15.893.663
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0046 % O = 724 N = 15.893.663

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	≤ 3,58 % (95. Perzentil)	0,7373 % 2.033 / 275.722	4,56 % 75 / 1.646
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	≤ 20,00 %	0,8135 % 2.243 / 275.722	1,34 % 22 / 1.646
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,3128 % 275.828 / 274.968	1,83 % 30 / 1.637
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,3128 % 275.828 / 274.968	0,49 % 8 / 1.637
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,0386 % 106 / 274.968	0,06 % 1 / 1.637
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	≥ 95,00 %	99,9392 % 15.895.429 / 15.905.104	0,81 % 15 / 1.854
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	≤ 110,00 %	99,9392 % 15.895.429 / 15.905.104	0,22 % 4 / 1.854

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Stadiums / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Stadiums / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, risikoadjustiert nach logistischem Dekubitus-Score für ID 52009
Referenzbereich	≤ 2,45 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 31 und 100 Jahren) Alter (quadratisch zwischen 31 und 100 Jahren) Alter (kubisch zwischen 31 und 100 Jahren) Beatmungsstunden (logarithmisch zwischen 3 und 7) Diabetes Mellitus Eingeschränkte Mobilität Infektion Demenz und Vigilanzstörung Inkontinenz Untergewicht und Mangelernährung Adipositas Weitere schwere Erkrankungen
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

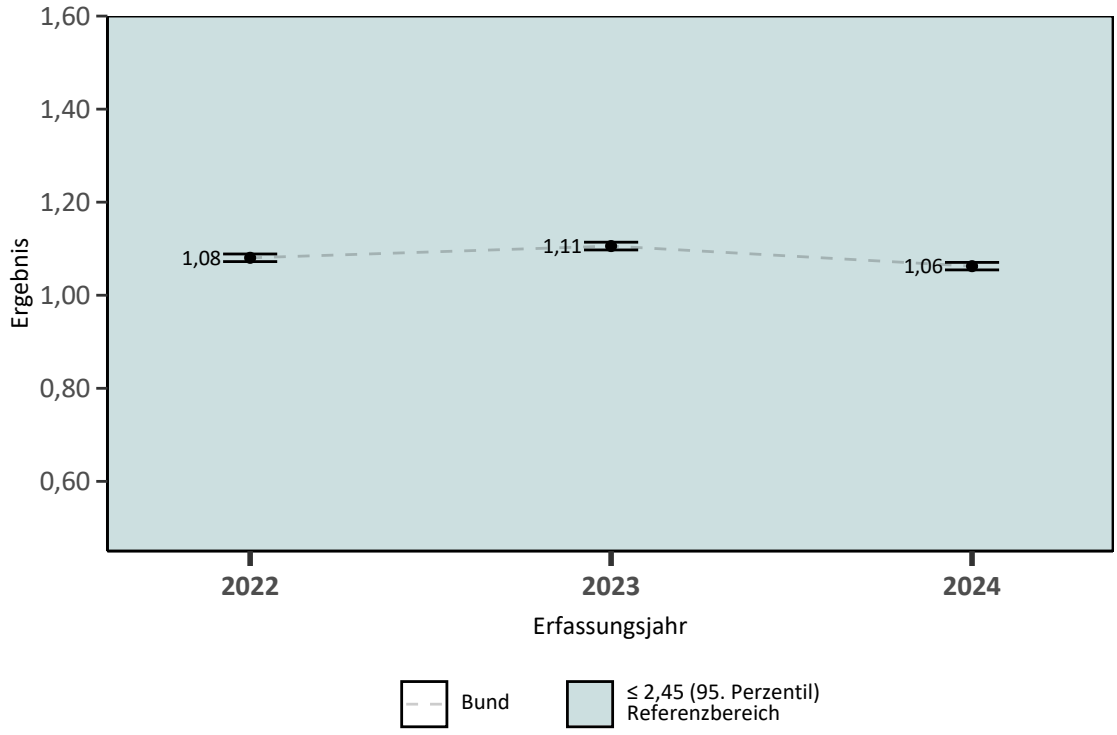
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	15.175.228	66.464 / 61.516,45	1,08	1,07 - 1,09
	2023	15.489.731	67.636 / 61.172,54	1,11	1,10 - 1,11
	2024	15.893.663	66.309 / 62.410,55	1,06	1,05 - 1,07

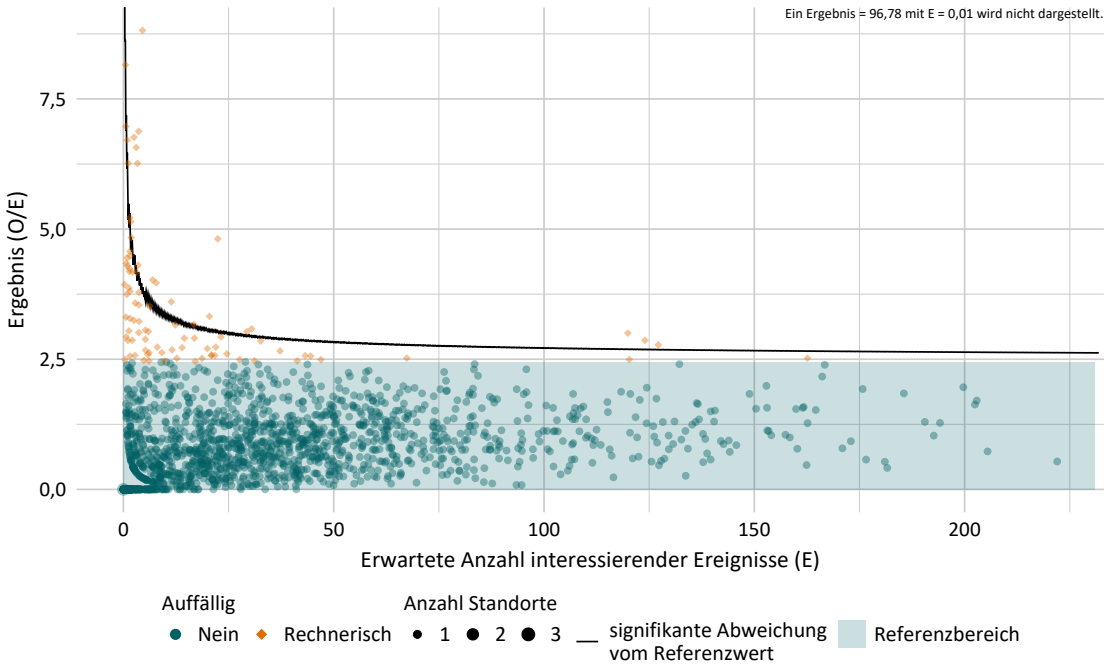
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



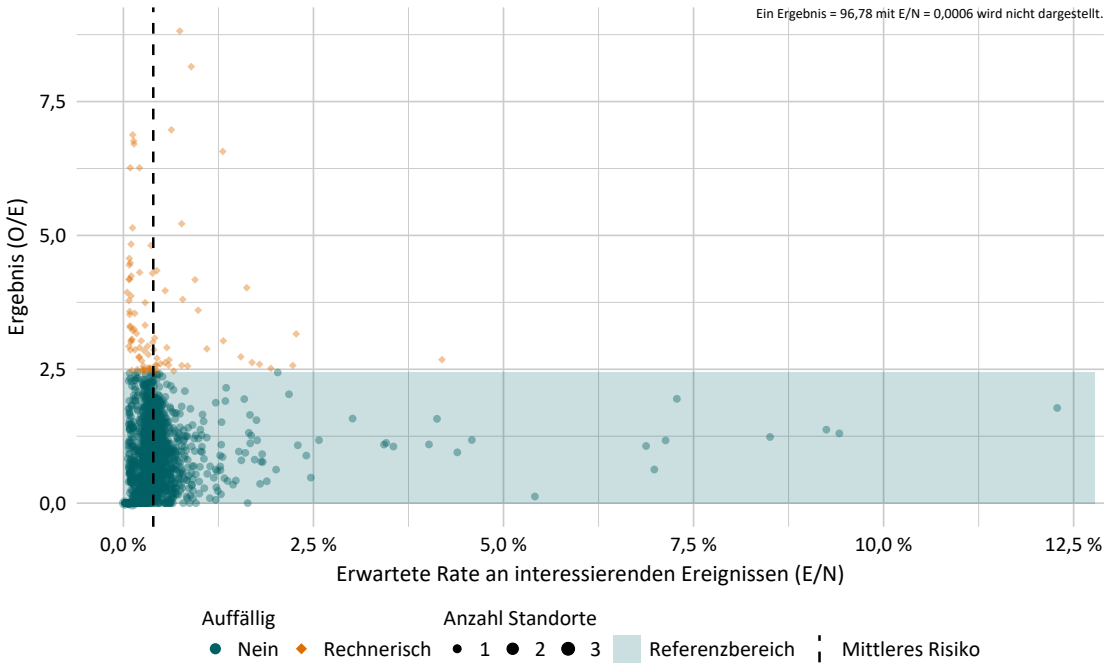
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.853	91	0,00	96,78	0,74

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2

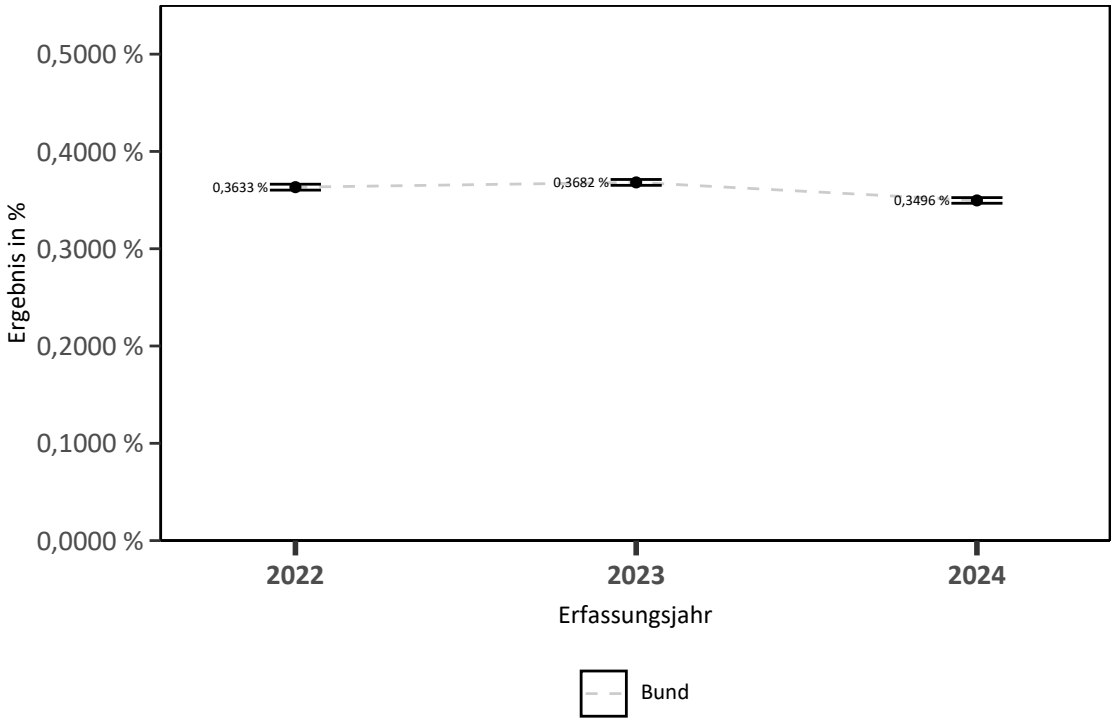
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Stadium/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

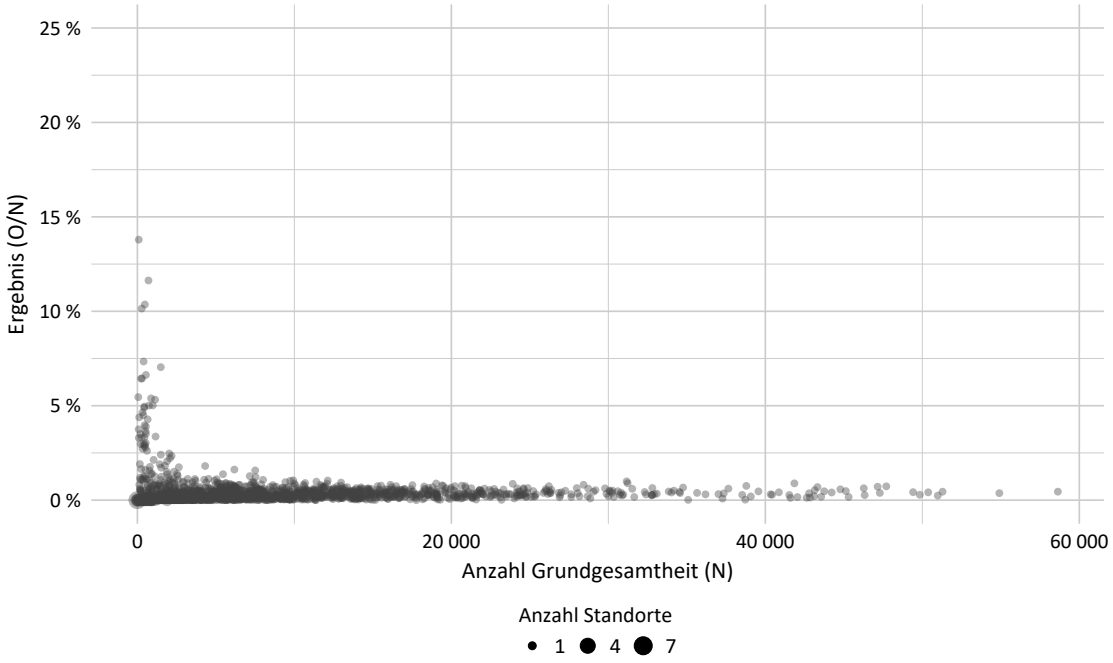
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	55.127 / 15.175.228	0,3633	0,3603 - 0,3663
	2023	57.029 / 15.489.731	0,3682	0,3652 - 0,3712
	2024	55.568 / 15.893.663	0,3496	0,3467 - 0,3525

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.853	0	0,00	13,79	0,21

521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3

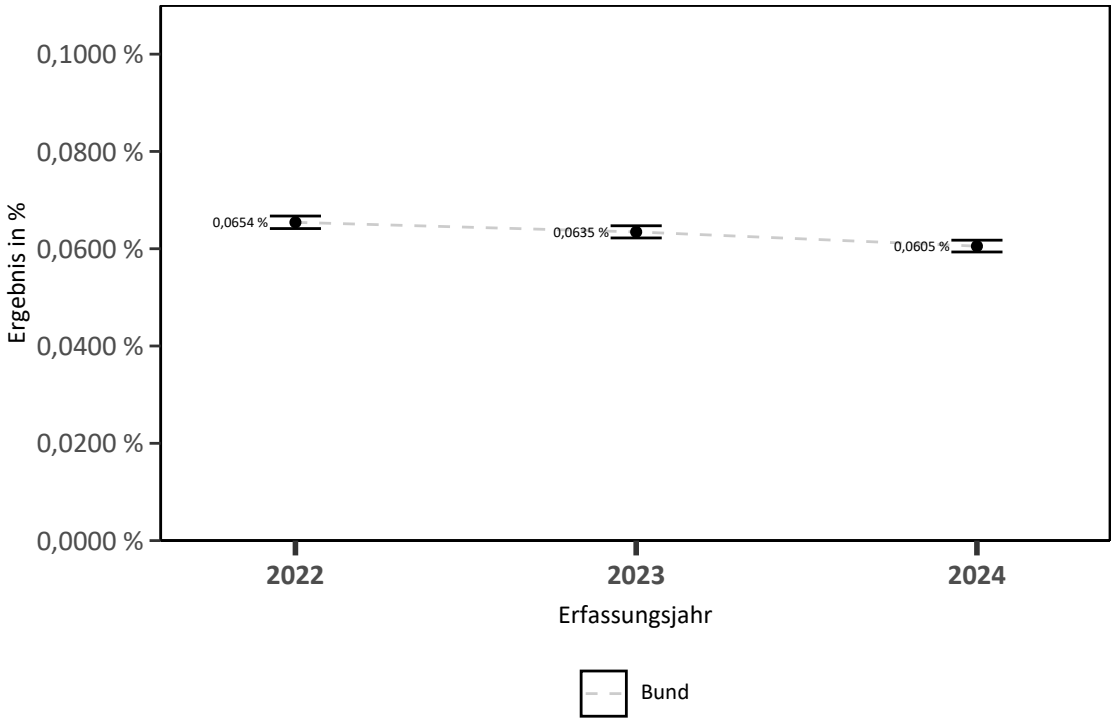
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Stadium/Kategorie 3, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

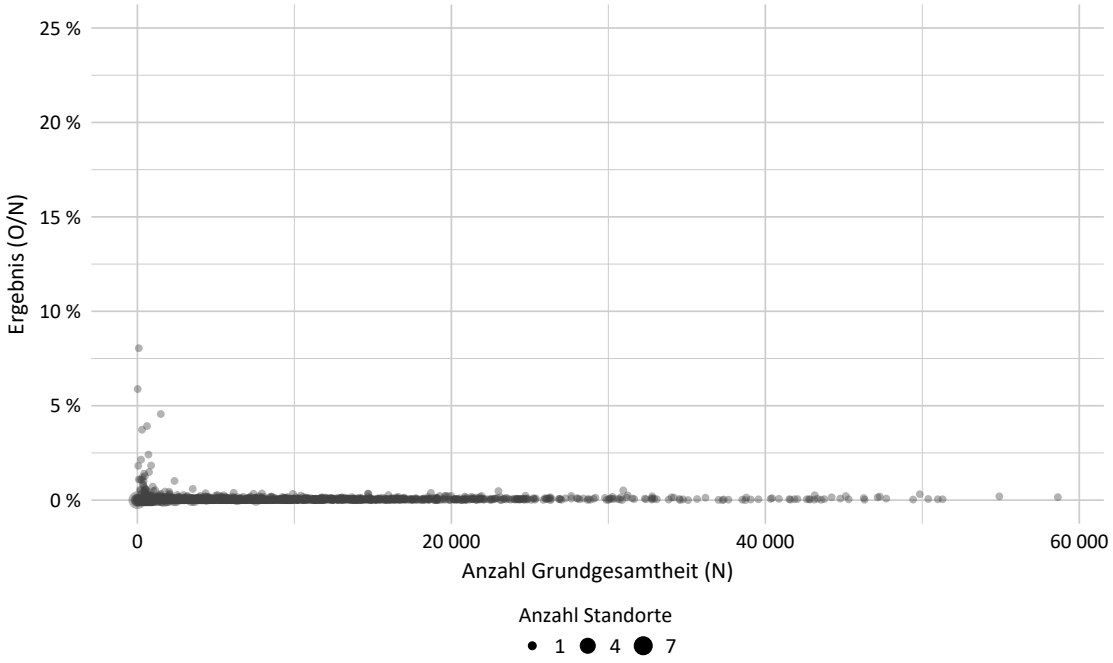
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	9.928 / 15.175.228	0,0654	0,0641 - 0,0667
	2023	9.829 / 15.489.731	0,0635	0,0622 - 0,0647
	2024	9.621 / 15.893.663	0,0605	0,0593 - 0,0618

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.853	0	0,00	8,05	0,02

521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet

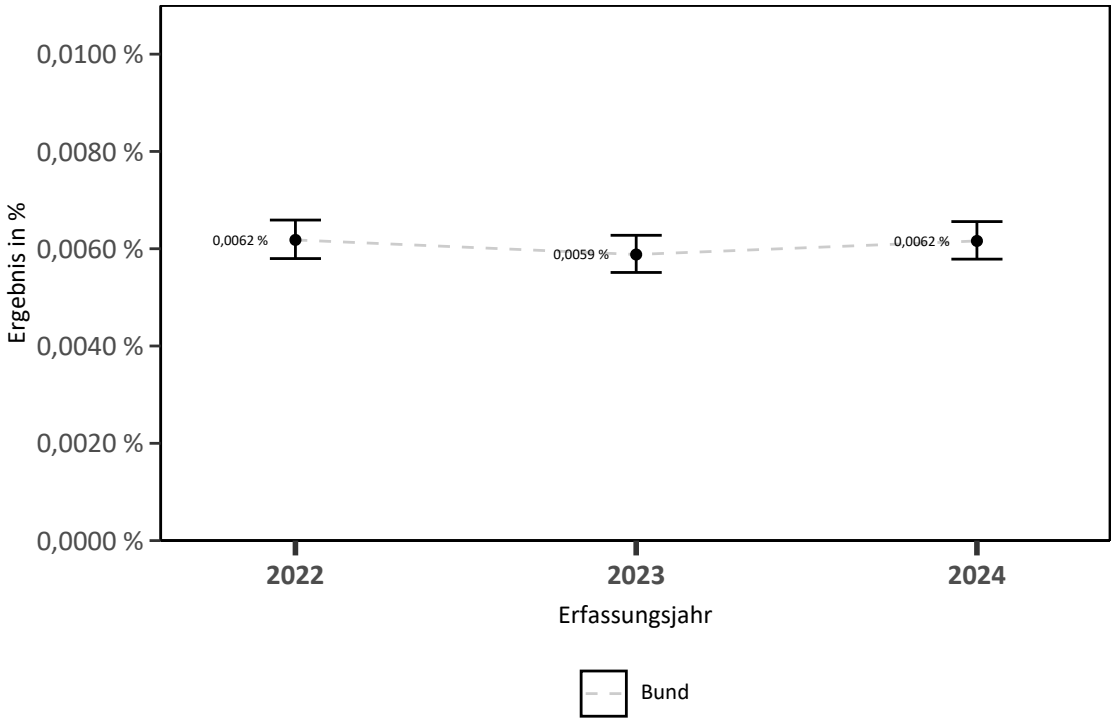
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneten Stadiums / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

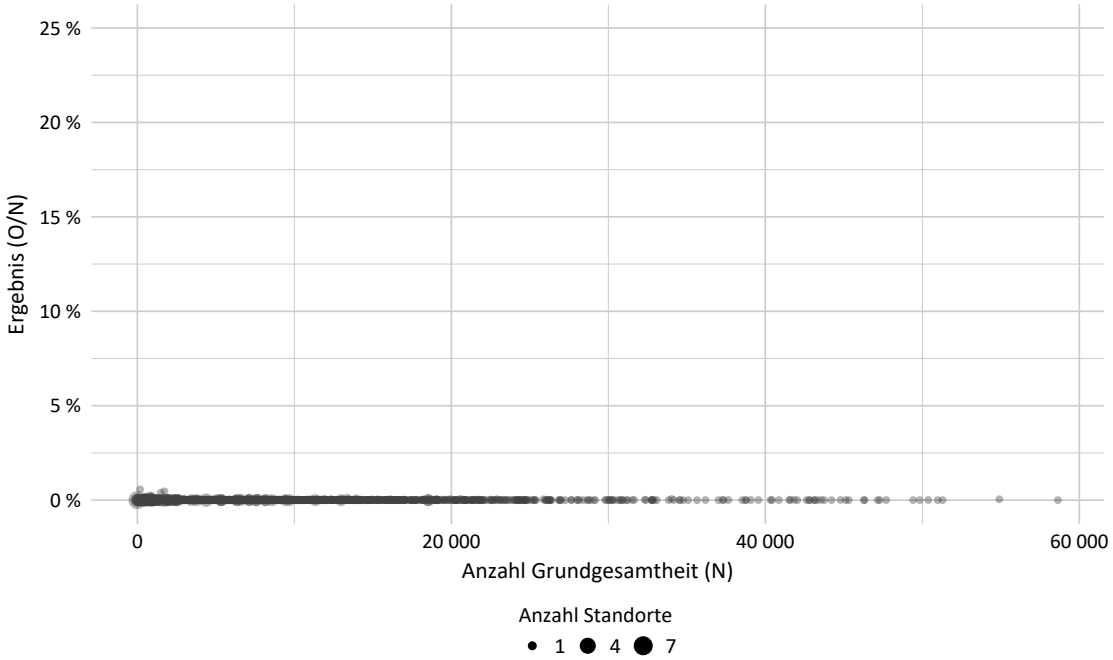
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	938 / 15.175.228	0,0062	0,0058 - 0,0066
	2023	911 / 15.489.731	0,0059	0,0055 - 0,0063
	2024	979 / 15.893.663	0,0062	0,0058 - 0,0066

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.853	0	0,00	0,57	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 52_22000 Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	0,4172 % 66.309/15.893.663
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.1.1	ID: O_52009 O/N (observed, beobachtet)	0,4172 % 66.309/15.893.663
1.1.1.2	ID: E_52009 E/N (expected, erwartet)	0,3927 % 62.410,55/15.893.663
1.1.1.3	**ID: 52009** **O/E**	1,06

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 52326** **Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2**	0,3496 % 55.568/15.893.663

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 521801** **Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3**	0,0605 % 9.621/15.893.663

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 521800** **Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet**	0,0062 % 979/15.893.663

52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4

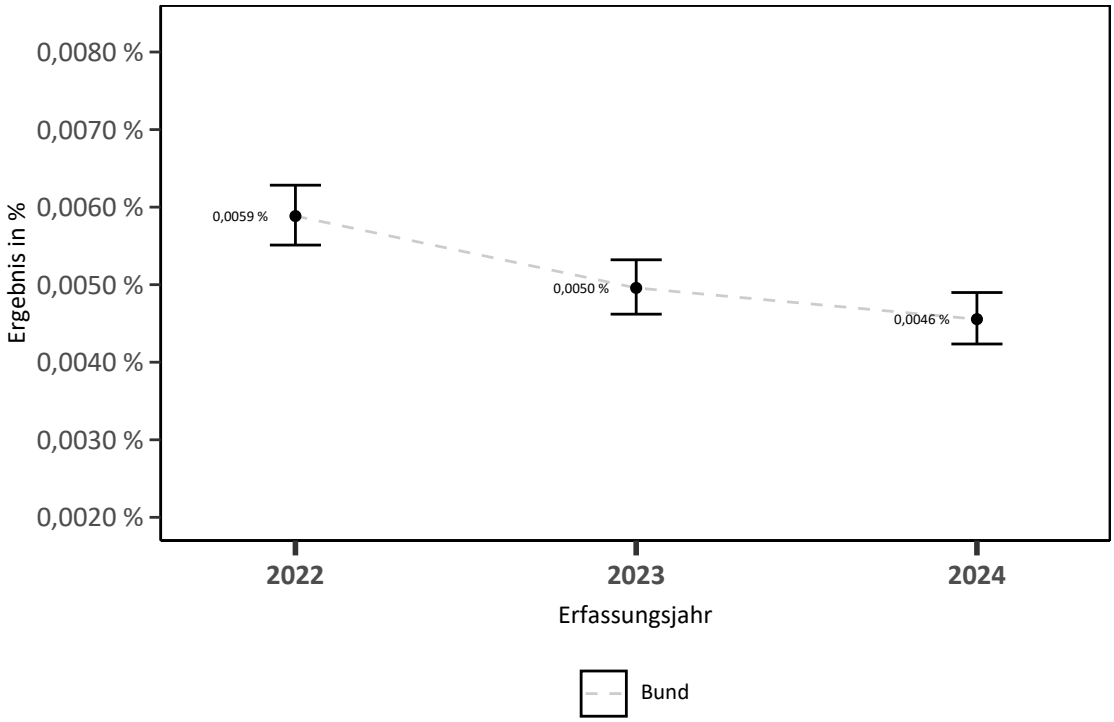
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Stadium/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Stadium/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

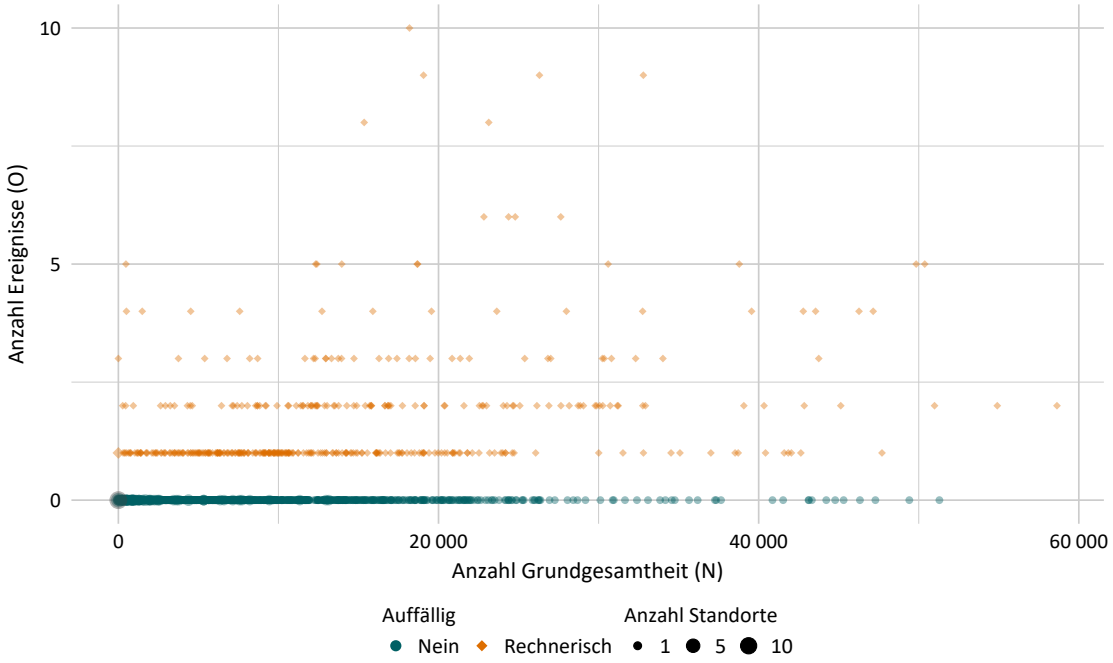
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	893 / 15.175.228	0,0059	0,0055 - 0,0063
	2023	768 / 15.489.731	0,0050	0,0046 - 0,0053
	2024	724 / 15.893.663	0,0046	0,0042 - 0,0049

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



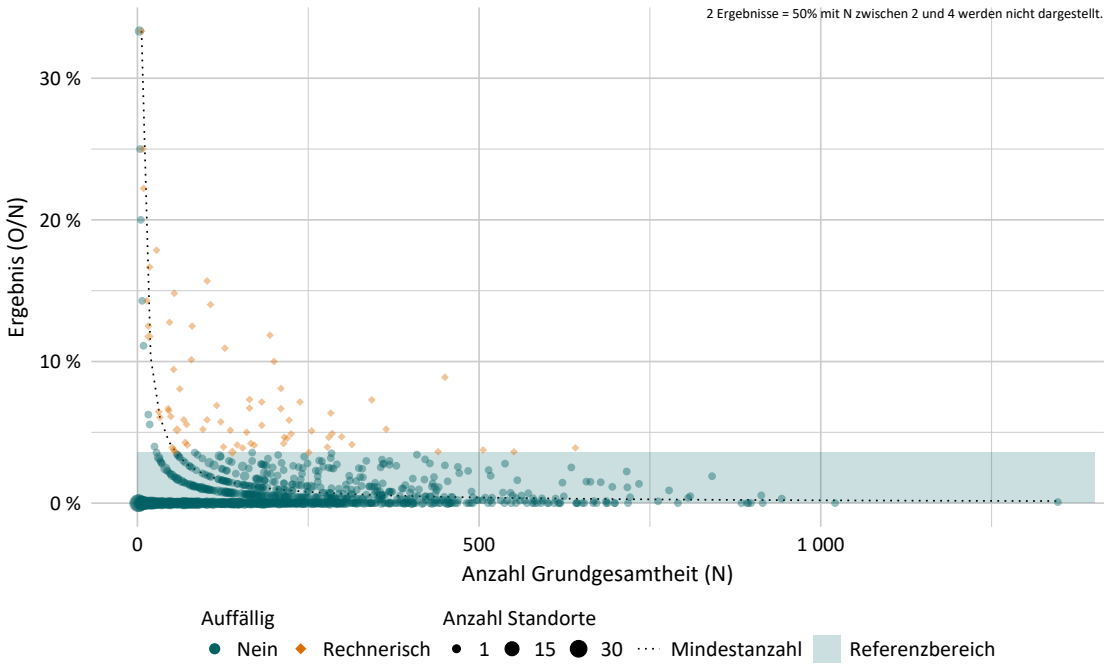
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das Datenfeld „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")“ ist entscheidend für den Einschluss in den Zähler aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens. **Hypothese** Fehldokumentation. Tatsächlich wurde dokumentiert, ob ein Dekubitus bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden oder nicht vorhanden war.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4
Grundgesamtheit	Alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation
Zähler	Fälle mit mindestens einer Angabe „Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“
Referenzbereich	≤ 3,58 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.646	75	0,00	50,00	0,00

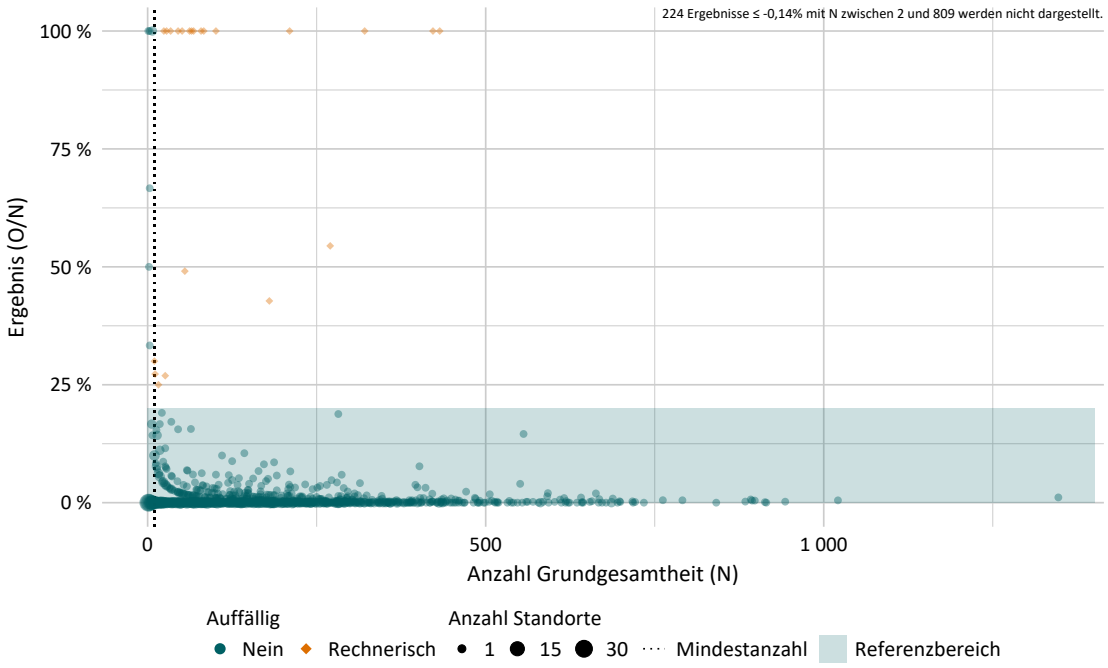
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.033 / 275.722	0,7373	4,56 % 75 / 1.646

851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das AK zeigt, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation. Die Risikostatistik ist für alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens relevant; sie bildet deren Grundgesamtheit. **Hypothese** Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle mit einem „Dekubitalulcus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation
Zähler	Differenz zwischen - der Anzahl der Fälle mit mindestens einem „Dekubitalulcus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation und - der Anzahl der Fälle mit „Dekubitalulcus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ aus der Risikostatistik
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.646	22	-396,77	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.243 / 275.722	0,8135	1,34 % 22 / 1.646

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
AK.1	**ID: 850359** **Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)**	0,7373 % 2.033/275.722

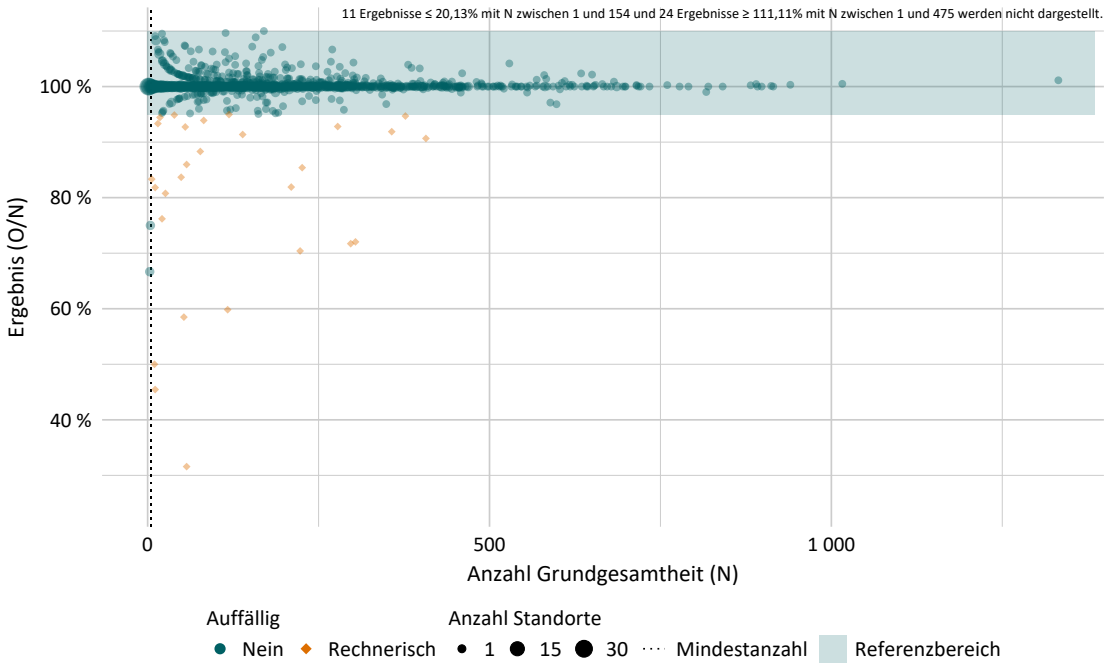
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
AK.2	**ID: 851805** **Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik**	0,8135 % 2.243/275.722
AK.2.1	ID: 52_22003 Davon: Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der QS-Dokumentation	275.722
AK.2.2	ID: 52_22004 Davon: Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der Risikostatistik	273.479

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.637	30	0,00	200,00	100,00

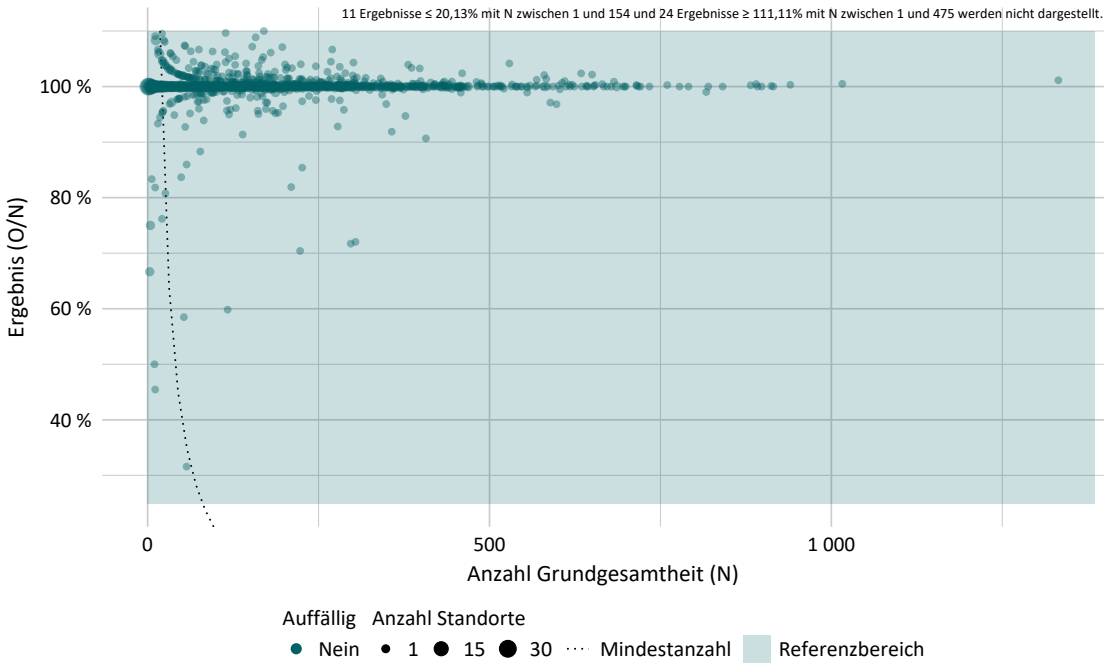
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	275.828 / 274.968	100,3128	1,83 % 30 / 1.637

850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.637	8	0,00	200,00	100,00

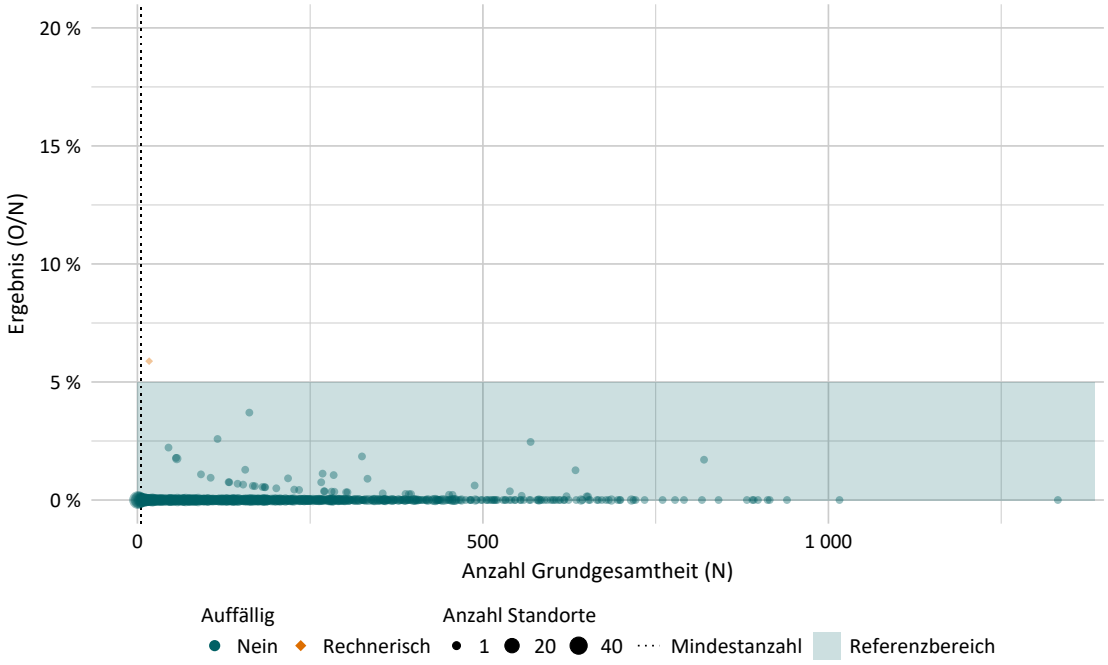
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	275.828 / 274.968	100,3128	0,49 % 8 / 1.637

850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.637	1	0,00	5,88	0,00

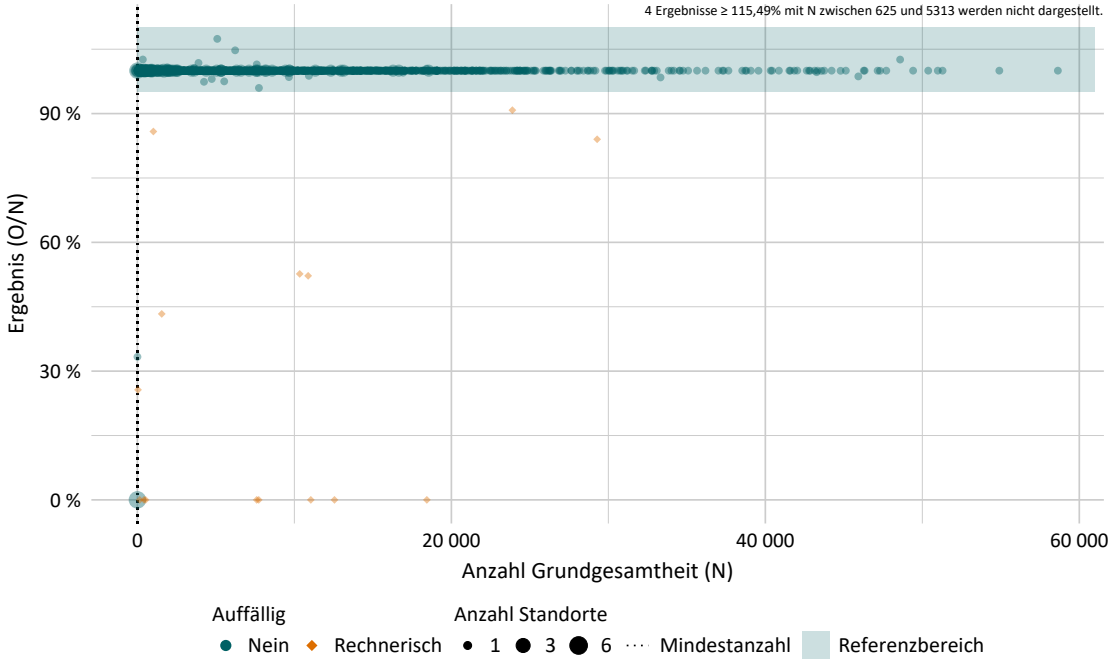
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	106 / 274.968	0,0386	0,06 % 1 / 1.637

851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** QI-relevant **Hypothese** Unterdokumentation in der Risikostatistik oder fehlerhafte Risikostatistik
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEPRUEFT_RS)
Zähler	Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	Risikostatistik, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.854	15	0,00	158,67	100,00

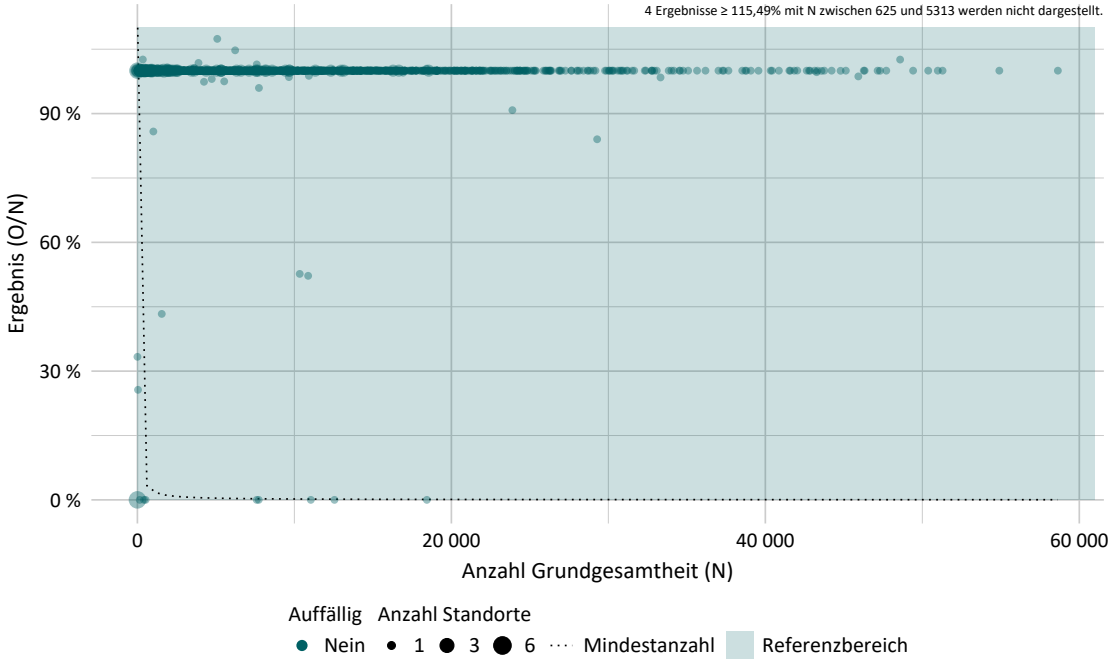
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	15.895.429 / 15.905.104	99,9392	0,81 % 15 / 1.854

851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** QI-relevant **Hypothese** Fehlerhafte Risikostatistik oder fehlende/fehlerhafte Sollstatistik zur Risikostatistik
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEPRUEFT_RS)
Zähler	Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	Risikostatistik, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.854	4	0,00	158,67	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	15.895.429 / 15.905.104	99,9392	0,22 % 4 / 1.854

Basisauswertung

QS-Dokumentation

Die folgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die Daten der QS-Dokumentation mit Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/ bezeichneter Kategorie bei Patientinnen und Patienten von 20 bis 120 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten (pro Datensatz wird nur ein prävalenter oder inzidenter Dekubitus gezählt)	**N = 275.722**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	14.510	5,26
1. Quartal	72.286	26,22
2. Quartal	67.168	24,36
3. Quartal	67.268	24,40
4. Quartal	54.490	19,76

Altersverteilung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 275.722**	
Altersverteilung		
20 - 29 Jahre	1.048	0,38
30 - 39 Jahre	2.408	0,87
40 - 49 Jahre	5.294	1,92
50 - 59 Jahre	16.597	6,02
60 - 69 Jahre	42.900	15,56
70 - 79 Jahre	68.534	24,86
≥ 80 Jahre	138.941	50,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus (pro Datensatz wird nur ein inzidenter Dekubitus gezählt)	**N = 66.892**	
Altersverteilung[2]		
20 - 29 Jahre	346	0,52
30 - 39 Jahre	644	0,96
40 - 49 Jahre	1.388	2,07
50 - 59 Jahre	4.223	6,31
60 - 69 Jahre	11.028	16,49
70 - 79 Jahre	17.190	25,70
≥ 80 Jahre	32.073	47,95

[2] Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 275.722**	
Geschlecht		
männlich	143.188	51,93
weiblich	132.525	48,06
divers	≤3	x
unbestimmt	≤3	x
unbekannt	4	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus	**N = 66.892**	
Geschlecht[3]		
männlich	35.749	53,44
weiblich	31.141	46,55
divers	≤3	x
unbestimmt	0	0,00
unbekannt	≤3	x

[3] Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/ bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 275.722**	
Aufnahmegrund		
(01) Krankenhausbehandlung, vollstationär	268.725	97,46
(02) Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung	6.798	2,47
(05) stationäre Entbindung	40	0,01
(06) Geburt	0	0,00
(07) Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003	87	0,03
(08) stationäre Aufnahme zur Organentnahme	≤3	x
nicht spezifizierter Aufnahmegrund		
(1) ja	71	0,03

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 275.722**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	136.628	49,55
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5.753	2,09
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	439	0,16
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.572	0,57
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	14	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	24.769	8,98
(07) Tod	47.625	17,27
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[4]	677	0,25
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	9.371	3,40
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	44.315	16,07
(11) Entlassung in ein Hospiz	1.992	0,72
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	169	0,06
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	15	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	36	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[5]	1.346	0,49
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	75	0,03
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[6]	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	873	0,32

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 275.722**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[7]		
(1) ja	51	0,02

[4] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[5] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[6] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[7] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Risikofaktoren

Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 275.722**	
Risikofaktoren		
Diabetes mellitus	96.133	34,87
Eingeschränkte Mobilität	154.552	56,05
Eingeschränkte Mobilität - Muskelzerrung	550	0,20
Eingeschränkte Mobilität - Verhalten	3.789	1,37
Infektion	89.444	32,44
Infektion - Pneumonie	5.360	1,94
Infektion - ARDS	2.992	1,09
Demenz und Vigilanzstörung	49.632	18,00
Inkontinenz	133.618	48,46
Untergewicht oder Mangelernährung	29.431	10,67
Adipositas	5.554	2,01
Weitere schwere Erkrankungen	140.964	51,13
Weitere schwere Erkrankungen - anderenorts klassifizierte Pneumonie	61.636	22,35
Beatmungsstunden ≥ 24 Stunden	29.498	10,70
Keine Risikofaktoren	20.843	7,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus	**N = 66.892**	
Risikofaktoren[8]		
Diabetes mellitus	22.173	33,15
Eingeschränkte Mobilität	36.333	54,32
Eingeschränkte Mobilität - Muskelzerrung	149	0,22
Eingeschränkte Mobilität - Verhalten	781	1,17
Infektion	27.636	41,31
Infektion - Pneumonie	2.119	3,17
Infektion - ARDS	1.940	2,90
Demenz und Vigilanzstörung	9.373	14,01
Inkontinenz	31.723	47,42
Untergewicht oder Mangelernährung	9.028	13,50
Adipositas	1.593	2,38
Weitere schwere Erkrankungen	42.074	62,90
Weitere schwere Erkrankungen - anderenorts klassifizierte Pneumonie	20.691	30,93
Beatmungsstunden ≥ 24 Stunden	14.839	22,18
Keine Risikofaktoren	4.048	6,05

[8] Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Beatmungsstunden

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 275.722**	
Dauer der Beatmung		
≤ 23 Stunden	246.224	89,30
24 - 71 Stunden	5.881	2,13
72 - 239 Stunden	9.256	3,36
≥ 240 Stunden	14.361	5,21

Dekubitus

Stadieneinteilung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Dekubitalulcera (pro Datensatz werden alle inzidenten und prävalenten Dekubitalulcera gezählt)	**N = 353.312**	
Stadieneinteilung		
Dekubitus, Stadium 2	223.244	63,19
Dekubitus, Stadium 3	87.419	24,74
Dekubitus, Stadium 4	35.454	10,03
Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet	7.195	2,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Inzidente Dekubitalulcera (pro Datensatz werden alle inzidenten Dekubitalulcera gezählt)	**N = 76.381**	
Stadieneinteilung[9]		
Dekubitus, Stadium 2	63.672	83,36
Dekubitus, Stadium 3	10.654	13,95
Dekubitus, Stadium 4	783	1,03
Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet	1.272	1,67

[9] Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? - "Present on Admission" (POA)

Stadieneinteilung und Lokalisation des Dekubitus - POA

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	nein	ja	unbekannt	Gesamt
Alle Dekubitalulcera				
Bund (gesamt)				
Dekubitus, Stadium 2	61.974 **17,54 %**	159.572 **45,16 %**	1.698 **0,48 %**	223.244 **63,19 %**
Dekubitus, Stadium 3	10.270 **2,91 %**	76.765 **21,73 %**	384 **0,11 %**	87.419 **24,74 %**
Dekubitus, Stadium 4	740 **0,21 %**	34.671 **9,81 %**	43 **0,01 %**	35.454 **10,03 %**
Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet	1.126 **0,32 %**	5.923 **1,68 %**	146 **0,04 %**	7.195 **2,04 %**
Gesamt	74.110 **20,98 %**	276.931 **78,38 %**	2.271 **0,64 %**	353.312 **100,00 %**

War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? - "Present on Discharge" (POD)

Stadieneinteilung und Lokalisation des Dekubitus - POD

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	nein	ja	unbekannt	Gesamt
Alle Dekubitalulcera				
Bund (gesamt)				
Dekubitus, Stadium 2	27.419 **7,76 %**	191.607 **54,23 %**	4.218 **1,19 %**	223.244 **63,19 %**
Dekubitus, Stadium 3	5.151 **1,46 %**	81.534 **23,08 %**	734 **0,21 %**	87.419 **24,74 %**
Dekubitus, Stadium 4	3.591 **1,02 %**	31.727 **8,98 %**	136 **0,04 %**	35.454 **10,03 %**
Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet	735 **0,21 %**	6.239 **1,77 %**	221 **0,06 %**	7.195 **2,04 %**
Gesamt	36.896 **10,44 %**	311.107 **88,05 %**	5.309 **1,50 %**	353.312 **100,00 %**

Lokalisationen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	Stadium 2	Stadium 3	Stadium 4	Stadium nnb	Gesamt
Alle Dekubitalulcera					
Bund (gesamt)					
Kopf	4.455 **1,26 %**	1.513 **0,43 %**	161 **0,05 %**	141 **0,04 %**	6.270 **1,77 %**
Obere Extremität	3.048 **0,86 %**	1.324 **0,37 %**	288 **0,08 %**	143 **0,04 %**	4.803 **1,36 %**
Dornfortsätze	1.993 **0,56 %**	676 **0,19 %**	175 **0,05 %**	35 **0,01 %**	2.879 **0,81 %**
Beckenkamm (Spina iliaca)	2.969 **0,84 %**	1.033 **0,29 %**	374 **0,11 %**	151 **0,04 %**	4.527 **1,28 %**
Kreuzbein (Steißbein)	100.655 **28,49 %**	31.063 **8,79 %**	15.948 **4,51 %**	1.950 **0,55 %**	149.616 **42,35 %**
Sitzbein	33.766 **9,56 %**	8.008 **2,27 %**	4.600 **1,30 %**	697 **0,20 %**	47.071 **13,32 %**
Trochanter	8.197 **2,32 %**	4.753 **1,35 %**	2.670 **0,76 %**	245 **0,07 %**	15.865 **4,49 %**
Ferse	43.906 **12,43 %**	25.468 **7,21 %**	6.533 **1,85 %**	1.856 **0,53 %**	77.763 **22,01 %**
Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	15.939 **4,51 %**	10.665 **3,02 %**	3.926 **1,11 %**	1.135 **0,32 %**	31.665 **8,96 %**
Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	8.316 **2,35 %**	2.916 **0,83 %**	779 **0,22 %**	842 **0,24 %**	12.853 **3,64 %**
Gesamt	223.244 **63,19 %**	87.419 **24,74 %**	35.454 **10,03 %**	7.195 **2,04 %**	353.312 **100,00 %**

Lokalisationen bei inzidenten Dekubitalulcera[10]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	Stadium 2	Stadium 3	Stadium 4	Stadium nnb	Gesamt
Inzidente Dekubitalulcera					
Bund (gesamt)					
Kopf	2.607 **3,41 %**	654 **0,86 %**	19 **0,02 %**	53 **0,07 %**	3.333 **4,36 %**
Obere Extremität	763 **1,00 %**	131 **0,17 %**	9 **0,01 %**	22 **0,03 %**	925 **1,21 %**
Dornfortsätze	601 **0,79 %**	83 **0,11 %**	5 **0,01 %**	≤3 **x %**	690 **0,90 %**
Beckenkamm (Spina iliaca)	773 **1,01 %**	104 **0,14 %**	8 **0,01 %**	17 **0,02 %**	902 **1,18 %**
Kreuzbein (Steißbein)	29.657 **38,83 %**	4.307 **5,64 %**	374 **0,49 %**	344 **0,45 %**	34.682 **45,41 %**
Sitzbein	9.050 **11,85 %**	837 **1,10 %**	83 **0,11 %**	133 **0,17 %**	10.103 **13,23 %**
Trochanter	1.626 **2,13 %**	229 **0,30 %**	28 **0,04 %**	27 **0,04 %**	1.910 **2,50 %**
Ferse	12.928 **16,93 %**	3.047 **3,99 %**	164 **0,21 %**	348 **0,46 %**	16.487 **21,59 %**
Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	2.921 **3,82 %**	784 **1,03 %**	74 **0,10 %**	176 **0,23 %**	3.955 **5,18 %**
Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	2.746 **3,60 %**	478 **0,63 %**	19 **0,02 %**	151 **0,20 %**	3.394 **4,44 %**
Gesamt	63.672 **83,36 %**	10.654 **13,95 %**	783 **1,03 %**	1.272 **1,67 %**	76.381 **100,00 %**

[10] Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Risikostatistik

Die folgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die Daten der Risikostatistik bei Patientinnen und Patienten von 20 bis 120 Jahren

Altersverteilung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 15.893.663**	
Altersverteilung		
20 - 29 Jahre	1.070.596	6,74
30 - 39 Jahre	1.508.224	9,49
40 - 49 Jahre	1.284.560	8,08
50 - 59 Jahre	2.089.331	13,15
60 - 69 Jahre	3.069.500	19,31
70 - 79 Jahre	3.116.722	19,61
≥ 80 Jahre	3.754.730	23,62

Risikofaktoren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 15.893.663**	
Risikofaktoren		
Diabetes mellitus	2.789.368	17,55
Eingeschränkte Mobilität	2.380.894	14,98
Eingeschränkte Mobilität - Muskelzerrung	445	0,00
Eingeschränkte Mobilität - Verhalten	28.893	0,18
Infektion	1.110.099	6,98
Infektion - Pneumonie	69.838	0,44
Infektion - ARDS	18.926	0,12
Demenz und Vigilanzstörung	724.536	4,56
Inkontinenz	1.734.529	10,91
Untergewicht und Mangelernährung	341.017	2,15
Adipositas	226.708	1,43
Weitere schwere Erkrankungen	2.623.098	16,50
Weitere schwere Erkrankungen - anderenorts klassifizierte Pneumonie	829.059	5,22
Beatmungsstunden ≥ 24 Stunden	225.676	1,42
Keine Risikofaktoren	8.822.846	55,51

Beatmungsstunden

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 15.893.663**	
Dauer der Beatmung		
≤ 23 Stunden	15.667.987	98,58
24 - 71 Stunden	84.292	0,53
72 - 239 Stunden	81.055	0,51
≥ 240 Stunden	60.329	0,38

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren.* Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

AUFTRAGGEBER

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

HERAUSGEBER

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 9
Vorbemerkung 10
1 Hintergrund 12
2 Einordnung der Ergebnisse 20
2.1 Datengrundlage 20
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 25
2.2.1 Überblick 25
2.2.2 Detailergebnisse 42
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 64
2.3.1 Überblick 64
2.3.2 Detailergebnisse 73
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 84
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 84
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 94
4 Evaluation 100
5 Ausblick 104
Literatur 106

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL.....15
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-AGGW.....16
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV.....16
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL...16
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-AGGW.....17
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV.....17
Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL.....18
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV.....18
Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL.....18
Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV.....19
Tabelle 11: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-HSM-IMPL.....21
Tabelle 12: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-HSM-IMPL.....21
Tabelle 13: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-HSM-AGGW.....21
Tabelle 14: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-HSM-AGGW.....22
Tabelle 15: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-HSM-REV.....22
Tabelle 16: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-HSM-REV.....22
Tabelle 17: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-DEFI-IMPL.....23
Tabelle 18: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-DEFI-IMPL.....23
Tabelle 19: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-DEFI-AGGW.....24
Tabelle 20: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-DEFI-AGGW.....24
Tabelle 21: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-DEFI-REV.....24
Tabelle 22: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-DEFI-REV.....25
Tabelle 23: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL.....29
Tabelle 24: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL.....32
Tabelle 25: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-AGGW.....34
Tabelle 26: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV.....34
Tabelle 27: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV.....35
Tabelle 28: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL.....36
Tabelle 29: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL.....38
Tabelle 30: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-AGGW.....40
Tabelle 31: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV.....40
Tabelle 32: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV.....41
Tabelle 33: QI 101803: Leitlinienkonforme Indikation.....42

Tabelle 34: QI 50055: Leitlinienkonforme Indikation 42
Tabelle 35: QI 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl 43
Tabelle 36: QI 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl 44
Tabelle 37: QI 54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern 44
Tabelle 38: QI 52139: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln 45
Tabelle 39: QI 52131: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln 45
Tabelle 40: QI 101800: Dosis-Flächen-Produkt 47
Tabelle 41: QI 131801: Dosis-Flächen-Produkt 48
Tabelle 42: QI 52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen 49
Tabelle 43: QI 52307: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden 49
Tabelle 44: QI 52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen 50
Tabelle 45: QI 52321: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden 50
Tabelle 46: QI 101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 51
Tabelle 47: QI 111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 52
Tabelle 48: QI 121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 52
Tabelle 49: QI 131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 52
Tabelle 50: QI 141800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 53
Tabelle 51: QI 151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 53
Tabelle 52: QI 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion 54
Tabelle 53: QI 52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden 55
Tabelle 54: QI 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion 55
Tabelle 55: QI 52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden 56
Tabelle 56: QI 51191: Sterblichkeit im Krankenhaus 57
Tabelle 57: QI 51404: Sterblichkeit im Krankenhaus 57
Tabelle 58: QI 51186: Sterblichkeit im Krankenhaus 58
Tabelle 59: QI 51196: Sterblichkeit im Krankenhaus 58
Tabelle 60: QI 2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen 59
Tabelle 61: QI 2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 61
Tabelle 62: QI 132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 61
Tabelle 63: QI 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 62
Tabelle 64: QI 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 63
Tabelle 65: QI 102001: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation 64

Tabelle 66: QI 132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation 64
Tabelle 67: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL 65
Tabelle 68: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL 66
Tabelle 69: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV 67
Tabelle 70: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV 68
Tabelle 71: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL 69
Tabelle 72: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL 70
Tabelle 73: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV 71
Tabelle 74: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV 72
Tabelle 75: AK 813070: Führendes Symptom ‚sonstiges´ 73
Tabelle 76: AK 813071: Führende Indikation ‚sonstiges´ 74
Tabelle 77: AK 850339: Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen 75
Tabelle 78: AK 850313: Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige' 76
Tabelle 79: AK 851904: Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem im Modul DEFI-REV 76
Tabelle 80: AK 813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten im Modul HSMDEF-HSM-IMPL 77
Tabelle 81: AK 850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation im Modul HSMDEF-HSM-IMPL 78
Tabelle 82: AK 850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation im Modul HSMDEF-HSM-IMPL 78
Tabelle 83: AK 850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS im Modul HSMDEF-HSM-IMPL) 78
Tabelle 84: AK 813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten im Modul HSMDEF-HSM-REV 79
Tabelle 85: AK 850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation im Modul HSMDEF-HSM-REV 79
Tabelle 86: AK 850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation im Modul HSMDEF-HSM-REV 79
Tabelle 87: AK 850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) im Modul HSMDEF-HSM-REV 80
Tabelle 88: AK 851801: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL 80
Tabelle 89: AK 850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL 80
Tabelle 90: AK 850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL 81

Tabelle 91: AK 850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL 81
Tabelle 92: AK 851803: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten im Modul DEFI-REV 81
Tabelle 93: AK 850197: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation im Modul DEFI-REV 82
Tabelle 94:AK 850198: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation im Modul DEFI-REV 82
Tabelle 95: AK 850222: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) im Modul DEFI-REV 82
Tabelle 96: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-IMPL 85
Tabelle 97: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-AGGW 86
Tabelle 98: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-REV 87
Tabelle 99: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL 88
Tabelle 100: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-AGGW 89
Tabelle 101: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-REV 90
Tabelle 102: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-HSM-IMPL 93
Tabelle 103: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-HSM-REV 93
Tabelle 104: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-DEFI-IMPL 93
Tabelle 105: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-DEFI-REV 93
Tabelle 106: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-IMPL 95
Tabelle 107: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-REV 96
Tabelle 108: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL 97
Tabelle 109: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-REV 98
Tabelle 110: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-HSM-IMPL 99
Tabelle 111: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-HSM-REV 99
Tabelle 112: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-DEFI-IMPL 99

Tabelle 113: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-DEFI-REV 99

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
ASA	American Society of Anesthesiologists
BMI	Body-Mass-Index
BQB	Bundesqualitätsbericht
CRT	kardiale Resynchronisationstherapie (*cardiac resynchronization therapy*)
CRT-D	kardiale Resynchronisationstherapie (*cardiac resynchronization therapy*) mit Defibrillatorfunktion
CRT-P	kardiale Resynchronisationstherapie mit Schrittmacher (*cardiac resynchronization therapy pacemaker*)
DEFI-AGGW	Auswertungsmodul *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel*
DEFI-IMPL	Auswertungsmodul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*
DEFI-REV	Auswertungsmodul *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation*
DRW	Diagnostische Referenzwerte
EJ	Erfassungsjahr
HSM-AGGW	Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*
HSM-IMPL	Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation*
HSM-REV	Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*
ICD	Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (*implantable cardioverter-defibrillator*)
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QS	Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QS HSMDEF	QS-Verfahren *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
TAVI	Transkatheter-Aortenklappenimplantation (*transcatheter aortic valve implantation*)

Vorbemerkung

Einbezogene Eingriffe und Module

In das Verfahren Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (*QS HSMDEF*) gehen Implantationen von Herzschrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren oder CRT-Systemen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren ein. Des Weiteren sind auch Aggregatwechsel sowie andere Folgeeingriffe wie Revisionen, Systemwechsel oder komplette Explantationen des Systems derzeit, das heißt im Auswertungsjahr (AJ) 2025, Gegenstand des Verfahrens.

Die Eingriffe im Rahmen der Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren sind den folgenden sechs Erfassungs- und Auswertungsmodulen zugeordnet:

- **Herzschrittmacher-Implantation (zugehöriges Auswertungsmodul: *HSM-IMPL*):** Es werden vor allem Erstimplantationen von Herzschrittmachern, d. h. das erstmalige Einsetzen eines solchen Rhythmusimplantats, betrachtet. Aber auch Systemumstellungen von einem implantierbaren Defibrillator auf ein Herzschrittmachersystem sowie Systemumstellungen von einem Herzschrittmacher (Ein- oder Zweikammersystem) auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-P) müssen im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* dokumentiert werden.
- **Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (zugehöriges Auswertungsmodul: *HSM-AGGW*):** Eingriffe, bei denen lediglich das Aggregat ausgetauscht wird, werden im Modul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* dokumentiert.
- **Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (zugehöriges Auswertungsmodul: *HSM-REV*):** Alle weiteren Folgeeingriffe (d. h. Revisionen aufgrund von Komplikationen, Explantationen des Schrittmachers sowie Systemumstellungen zwischen Herzschrittmachersystemen) werden schließlich im Modul *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* erfasst.
- **Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (zugehöriges Auswertungsmodul: *DEFI-IMPL*):** Erstimplantationen von ICD-Systemen werden im Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* betrachtet; darunter fallen auch Systemupgrades von einem Herzschrittmachersystem auf ein Defibrillatorsystem.
- **Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (zugehöriges Auswertungsmodul: *DEFI-AGGW*):** Eingriffe, bei denen lediglich das Aggregat ausgetauscht wird, werden im Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* erfasst.
- **Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (zugehöriges Auswertungsmodul: *DEFI-REV*):** Alle weiteren Folgeeingriffe – d. h. Revisionen aufgrund von Komplikationen, Explantationen des Defibrillators sowie Systemumstellungen zwischen Defibrillatorsystemen einschließlich der Umstellungen von einem Defibrillator (Einkammer- oder Zweikammersystem) auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-D-System) – sind schließlich dem Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* zugeordnet.

Für die Auswertungsmodule besteht im Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren* (*QS HSMDEF)* die gleiche Struktur wie für die Erfassungsmodule. Den Auswertungsmodulen sind z. T. Qualitätsindikatoren zugeordnet, in die Eingriffe aus verschiedenen Erfassungsmodulen eingehen.

1 Hintergrund

Herzschrittmacherversorgung

Ein zu langsamer Herzschlag (bradykarde Herzrhythmusstörung) kann das Einsetzen (Implantation) eines Herzschrittmachers erfordern. Um zu prüfen, ob nur diejenigen Patientinnen und Patienten einen Herzschrittmacher eingesetzt bekommen, die ihn laut Empfehlung der Leitlinie benötigen, ist eine sorgfältige Diagnostik im Vorfeld des Eingriffs notwendig. So kann ausgeschlossen werden, dass die bradykarde Herzrhythmusstörung auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Mit dem Einsatz dieses elektrischen „Taktgebers" wird das Ziel verfolgt, krankheitstypische Beschwerden der Patientinnen und Patienten, die bis zu Episoden von Bewusstlosigkeit reichen können, zu mindern. Bei bestimmten Formen bradykarder Herzrhythmusstörungen verlängert ein Herzschrittmacher die Lebenserwartung. Auch eine fortgeschrittene Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz), bei der beide Herzkammern oder verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten, kann mittels elektrischer Stimulation durch ein Rhythmusimplantat behandelt werden (kardiale Resynchronisationstherapie, *cardiac resynchronization therapy*, CRT). In Deutschland werden derzeit (Erfassungsjahr 2024) rund 77.000 Herzschrittmacher-Implantationen durchgeführt.

Die Implantation eines im Körper verbleibenden Herzschrittmachers stellt einen operativen Eingriff dar, der mit Risiken verbunden ist, weshalb eine sorgfältige Diagnostik und Indikationsstellung vor Durchführung eines solchen Eingriffs unerlässlich ist. Zugleich hängt die optimale Funktionsfähigkeit sowie die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen von der Wahl der für die Patientin oder den Patienten geeigneten Systemart ab. Aus diesen Gründen enthält das Indikatorenset des Verfahrens *QS HSMDEF* Indikatoren, die messen, ob die Indikationsstellung und die Wahl des Schrittmachersystems leitlinienkonform und somit gemäß den aktuellen wissenschaftlichen Standards erfolgt sind. Während der Implantation des Herzschrittmachers sollte außerdem ein möglichst reibungsloser und routinierter Ablauf gewährleistet werden sowie die dabei meistens notwendige Strahlenbelastung so gering wie möglich gehalten werden. Diese Qualitätsmerkmale werden durch die Prozessindikatoren zur Eingriffsdauer und zum Dosis-Flächen-Produkt adressiert.

Ein Herzschrittmacher besteht aus einem Aggregat, das Elektronik und Batterie in einem Gehäuse vereint, sowie einer oder mehreren Sonden. Eine Ausnahme stellen sondenlose Schrittmacher (*Leadless Pacemaker*) dar, die als mögliche Alternative zur Verfügung stehen. Eine Sonde dient einerseits als „Antenne" des Schrittmachers zum Monitoring des Herzschlags. Andererseits übertragen die Sonden, sofern notwendig, die Stimulationsimpulse des Herzschrittmachers an den Herzmuskel. Wenn sich die Batterie nach einigen Jahren erschöpft, erfolgt ein Aggregatwechsel – darunter wird die Entfernung (Explantation) des alten und das Einsetzen (Implantation) eines neuen Aggregats verstanden. Folgeeingriffe können jedoch auch notwendig werden, wenn das Herzschrittmachersystem aufgrund von Komplikationen ersetzt werden muss (z. B. bei Sondenproblemen, Aggregatdefekten oder Infektionen) oder wenn keine Notwendigkeit mehr für einen Herzschrittmacher besteht und das System explantiert werden muss bzw. wenn die Indikation für

ein anderes Herzschrittmachersystem gestellt wurde und das System ausgetauscht werden muss. In Deutschland erfolgen derzeit (Erfassungsjahr 2024) rund 9.000 Eingriffe zu Aggregatwechsel und rund 9.000 Revisionen/Systemwechsel.

Die meisten Ergebnisindikatoren des Verfahrens messen, wie häufig während oder nach den Herzschrittmachereingriffen Komplikationen aufgetreten sind. Einige dieser Indikatoren erfassen ausschließlich Komplikationen, die während des Krankenhausaufenthaltes auftraten, während andere Komplikationen erfassen, die nach der Entlassung aufgetreten waren und zu einem weiteren Krankenhausaufenthalt geführt haben (Follow-up-Indikatoren). Während der Implantation der Sonden des Herzschrittmachers werden Werte zur Reizschwelle und zur Signalamplitude gemessen. Es ist wichtig, dass diese innerhalb eines akzeptablen Wertebereichs liegen, da eine zu hohe Reizschwelle dazu führen kann, dass der Batterieverbrauch zu hoch ist und deshalb das Aggregat frühzeitig gewechselt werden muss. Eine zu niedrige Signalamplitude beeinträchtigt wiederum die Funktionsfähigkeit des Schrittmachers, da dieser dann den Eigenrhythmus des Herzens nicht richtig erkennt und ggf. zum falschen Zeitpunkt stimuliert. Todesfälle, die im Zusammenhang mit dem Herzschrittmachereingriff stehen, treten relativ selten auf und gehen in die Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ ein.

Versorgung mit implantierbaren Defibrillatoren

Der plötzliche Herztod gehört zu den häufigsten Todesursachen in den westlichen Industrienationen. Bei den meisten Betroffenen sind dafür Erkrankungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit, KHK) oder des Herzmuskels (Kardiomyopathie) ursächlich, die lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen (Arrhythmien) zur Folge haben können. Bei einem zu langsamen Herzschlag aufgrund von Störungen der Reizbildung oder Reizleitung kann die Implantation eines Herzschrittmachers empfehlenswert sein. Lebensbedrohliche Rhythmusstörungen der Herzkammern mit einem zu schnellen Herzschlag, d. h. einer zu hohen Herzfrequenz (Kammertachykardien, Kammerflattern, Kammerflimmern) können nicht mit einem Herzschrittmacher behandelt werden. In solchen Fällen kommt ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (*implantable cardioverter-defibrillator*, ICD) zum Einsatz, der in der Regel zusätzlich auch alle Funktionen eines Herzschrittmachers beinhaltet. In Deutschland werden jährlich rund 20.000 Kardioverter-Defibrillatoren implantiert.

Das Indikatorenset der Auswertungsmodule zur Defibrillatorversorgung gleicht dem Indikatorenset zu Herzschrittmachereingriffen – die Qualitätsindikatoren dieser Module beziehen sich auf die gleichen Qualitätsmerkmale.

Qualitätsindikatoren

Das Indikatorenset des QS-Verfahrens *QS HSMDEF* soll die Qualität der Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren für den stationären Sektor transparent machen. Zu diesem Zweck beinhaltet das Set für das Auswertungsjahr 2025 insgesamt 36 Indikatoren und zwei Kennzahlen, die auf der fallbezogenen QS-Dokumentation basieren.

Bei der Erstimplantation eines Schrittmachers oder eines Defibrillators sollte eine leitlinienkonforme Indikation für eine Schrittmacher-/Defibrillator-Implantation bestehen und für die Patientin oder den Patienten das am besten geeignete System ausgewählt werden. Daher beinhaltet das QS-Verfahren *QS HSMDEF* sowohl Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation als auch zur Systemwahl (IDs 101803, 50055, 54140 und 50005). Des Weiteren sollte bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern möglichst oft die Wahl eines Zweikammer-Herzschrittmachers erfolgen, da die Implantation eines Herzschrittmachers mit ausschließlich rechtsventrikulärer Stimulation (Einkammersystem) bei dieser Patientengruppe nur in sehr wenigen Ausnahmefällen leitliniengerecht ist (ID 54143).

Die Qualität der Herzschrittmacher- und Defibrillatorenversorgung zeigt sich an relevanten Parametern wie der angemessenen Eingriffsdauer (IDs 52139 und 52131), der geringen Strahlenbelastung (IDs 101800 und 131801) und des Erreichens akzeptabler Reizschwellen und Signalamplituden bzw. der Durchführung von intraoperativen Messungen (IDs 52305, 52307, 52316 und 52321).

Komplikationen, die einen erneuten Eingriff unmittelbar nach der Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators erfordern (interventionspflichtige Komplikationen), werden mit den nachfolgenden Indikatoren abgebildet. Dabei wird bei den Indikatoren zu Komplikationen, die während oder nach dem Eingriff auftreten (peri- und postoperative Komplikationen) unterschieden, ob die Sonden verrutscht sind, nicht mehr ordnungsgemäß funktionieren (Dislokation oder Dysfunktion) oder es zu nicht sondenbedingten Komplikationen gekommen ist. Dazu zählen beispielsweise Entzündungen, kardiopulmonale Reanimation, Pneumothorax, Hämatothorax, Perikarderguss und Taschenhämatom (IDs 101801, 131802, 52311, 52325, 111801, 141800, 121800, 151800, 52315 und 52324). Die Überprüfung, ob es innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach der Implantation eines Herzschrittmachers/Defibrillators zu einem vermeidbaren Folgeeingriff gekommen ist, erfolgt über sieben Follow-up-Indikatoren (IDs 2190, 2191, 132000, 2194, 132001, 2195 und 132002).

Bei Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Einschränkung der Pumpfunktion, bei der beide Herzkammern bzw. verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten, kann eine kardiale Resynchronisationstherapie durch Einsatz eines CRT-Systems zur Anwendung kommen. Hierbei kommt es nicht selten vor, dass bei einem relevanten Anteil aller CRT-Implantationen eine erfolgreiche Implantation der linksventrikulären Sonde nicht gelingt und diese somit auch bei Entlassung der Patientin bzw. des Patienten aus dem Krankenhaus nicht aktiv ist. Dieses Versorgungsdefizit wird über zwei Indikatoren des QS-Verfahrens *HSMDEF* adressiert (IDs 102001 und 132003).

Patientinnen und Patienten mit einem Herzschrittmacher/einem Defibrillator versterben sehr selten nach der Implantation. Wenn es zu Todesfällen kommt, hängen diese meist mit den Grunderkrankungen oder anderen Begleiterkrankungen zusammen. Die entsprechenden Indikatoren sind risikoadjustiert und werden als Rate der beobachteten zu den erwarteten Todesfällen ausgegeben (O/E), um die unterschiedlichen Risiken im jeweiligen Patientenkollektiv der Krankenhäuser angemessen zu berücksichtigen (IDs 51191, 51404, 51186 und 51196).

Tabelle 1:Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Daten-quelle	Erfas-sungsjahr
101803	Leitlinienkonforme Indikation	QS-Doku-mentation	2024
Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen			
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QS-Doku-mentation	2024
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	QS-Doku-mentation	2024
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QS-Doku-mentation	2024
101800	Dosis-Flächen-Produkt	QS-Doku-mentation	2024
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QS-Doku-mentation	2024
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QS-Doku-mentation	2024
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	QS-Doku-mentation	2024
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden*	QS-Doku-mentation	2024
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Doku-mentation	2024
2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	QS-Doku-mentation	2024
2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	QS-Doku-mentation	2021
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QS-Doku-mentation	2023
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QS-Doku-mentation	2023
102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QS-Doku-mentation	2024

* Transparenzkennzahl

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-AGGW

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QS-Dokumentation	2024
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QS-Dokumentation	2024

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QS-Dokumentation	2024
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QS-Dokumentation	2024
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
50055	Leitlinienkonforme Indikation	QS-Dokumentation	2024
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QS-Dokumentation	2024
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QS-Dokumentation	2024
131801	Dosis-Flächen-Produkt	QS-Dokumentation	2024
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QS-Dokumentation	2024
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	QS-Dokumentation	2024
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden*	QS-Dokumentation	2024
51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	QS-Dokumentation	2023
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation	2023
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation	2023
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-AGGW

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QS-Dokumentation	2024
141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QS-Dokumentation	2024

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QS-Dokumentation	2024
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QS-Dokumentation	2024
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS HSMDEF* gibt es insgesamt fünf Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit und 16 zur Vollzähligkeit. Insgesamt acht Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit aus den Auswertungsmodulen *HSM-AGGW* und *DEFI-AGGW* wurden zum Auswertungsjahr 2024 abgeschafft, da Aggregatwechsel ab dem Erfassungsjahr 2025 nicht mehr Gegenstand des Verfahrens sind. Die im Auswertungsjahr 2025 ausgewerteten Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 7, Tabelle 8, Tabelle 9 und Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
813070	Führendes Symptom ‚sonstiges'	QS-Dokumentation
813071	Führende Indikation ‚sonstiges'	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit'		
850313	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Wie bereits im vergangenen Jahr wurde mit einem weiteren Rückgang der stationär erbrachten Eingriffe gerechnet, da der Katalog ambulant durchführbarer Operationen, stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen (AOP-Katalog) seit 2023 gültig ist und auch Aggregatwechsel sowie einige weitere Folgeeingriffe an Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren sowie elektive Herzschrittmacher-Implantationen beinhaltet. Das QS-Verfahren *QS HSMDEF* erfasst derzeit nur stationäre Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren, sodass ein Rückgang der Basisdatensätze erwartet werden würde. In der Datengrundlage zum Auswertungsjahr 2025 zeigt sich bisher aber nur bedingt eine Verlagerung der kardiologischen Eingriffe in den ambulanten Bereich. Werden die Datensätze der Auswertungsjahre 2024 und 2025 miteinander verglichen, ist lediglich in den Modulen zu den Aggregatwechseln ein Rückgang von etwa 15 Prozentpunkten zu verzeichnen (*HSM-AGGW*: -17,54 %; *DEFI-AGGW*: -14,43 %). Für die Module Herzschrittmacher-Implantationen sowie Defibrillator-Implantationen ist die Anzahl der stationären Fälle im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (*HSM-IMPL*: +2,55 %; *DEFI-IMPL*: +0,73 %). Entgegen den Erwartungen kann in beiden Implantationsmodulen sogar das „stärkste Fallzahlenjahr" seit dem Auswertungsjahr 2022 verzeichnet werden. Das Expertengremium auf Bundesebene vermutet, dass die hohe Fallzahl auf die vermehrte Implantation komplexer Systeme zurückgeführt werden kann, welche einer stationären Behandlung bedürfen.

Insgesamt wurden dem IQTIG für das gesamte Verfahren *QS HSMDEF* für das Auswertungsjahr 2025 von 4.392 entlassenden Standorten 129.894 QS-Datensätze inklusive 260 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Somit wurden insgesamt Basisdatensätze von 129.634 Patientinnen und Patienten erfasst. In allen 6 Modulen ist weiterhin eine leichte Überdokumentation zu beobachten; das heißt, es wurden jeweils mehr Datensätze geliefert als gemäß Sollstatistik erwartet (EJ 2023: 101,06 %; EJ 2024: 100,71 %). Des Weiteren gab es 28 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die in einem oder mehreren Modulen Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik.

Ein Vergleich der aktuellen Datengrundlage mit der des Vorjahres zeigt einen geringen Rückgang von 0,63 % (EJ 2023: 130.458 Datensätze). Diese leichte Veränderung steht im Zusammenhang mit den strukturellen Änderungen im Gesundheitswesen (Ambulantisierung), auch wenn der Effekt immer noch nicht so deutlich ist, wie ursprünglich erwartet. Auch das Expertengremium auf Bundesebene zeigte sich von dieser Entwicklung überrascht. Aus den Daten hätte bereits im vergangenen Jahr ein deutlicher Effekt hervorgehen sollen, spätestens aber zum aktuellen Auswertungsjahr. Ausmaß und Geschwindigkeit der Ambulantisierung seien weiterhin schwer abzuschätzen, allerdings könnten nach Expertenmeinung 15 % bis 20 % der Herzschrittmacher-Implantationen ambulant durchgeführt werden. Aufgrund des geringen Rückgangs der stationären Fälle vermuten sie, dass auch in diesem Jahr noch unzureichende Prüfungen durch den Medizinischen Dienst erfolgten.

Herzschrittmacher – Implantation

Tabelle 11: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-HSM-IMPL

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	77.350 77.222 128	76.856	100,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	882		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	961	958	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	797	793	100,50

Tabelle 12: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-HSM-IMPL

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	75.430 75.305 125	74.758	100,90
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	909		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	994	990	100,40
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	817	814	100,37

Herzschrittmacher – Aggregatswechsel

Tabelle 13: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-HSM-AGGW

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	9.496 9.483 13	9.352	101,54
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	760		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	769	766	100,39

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	709	705	100,57

Tabelle 14: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-HSM-AGGW

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	11.509 11.500 9	11.213	102,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	796		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	802	797	100,63
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	734	729	100,69

Herzschrittmacher – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 15: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-HSM-REV

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.740 8.688 52	8.675	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	743		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	765	762	100,39
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	692	687	100,73

Tabelle 16: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-HSM-REV

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.816 8.769 47	8.709	101,23

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	764		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	782	775	100,90
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	709	703	100,85

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 17: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-DEFI-IMPL

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.964 20.931 33	20.867	100,46
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	690		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	711	708	100,42
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	647	643	100,62

Tabelle 18: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-DEFI-IMPL

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.796 20.780 16	20.658	100,67
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	700		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	727	720	100,97
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	653	647	100,93

Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatswechsel

Tabelle 19: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-DEFI-AGGW

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.255 6.252 3	6.166	101,44
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	612		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	614	610	100,66
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	580	576	100,69

Tabelle 20: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-DEFI-AGGW

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.310 7.306 4	7.199	101,54
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	654		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	658	652	100,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	618	613	100,82

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 21: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HSMDEF-DEFI-REV

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.089 7.058 31	7.053	100,51
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	567		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	572	571	100,18

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	543	540	100,56

Tabelle 22: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – HSMDEF-DEFI-REV

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.816 6.798 18	6.763	100,78
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	580		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	586	584	100,34
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	553	550	100,55

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen im Auswertungsjahr 2025 deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren hin und der Großteil der Bundesergebnisse zum AJ 2025 hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert. Hinsichtlich der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 muss darauf hingewiesen werden, dass nur 16 der insgesamt 36 Qualitätsindikatoren des Verfahrens einen Referenzbereich auswiesen. Das bedeutet, dass für mehr als die Hälfte der Indikatoren des Verfahrens *QS HSMDEF* kein Stellungnahmverfahren im Auswertungsjahr 2024 stattgefunden hat.

Die Indikationsstellung für die Herzschrittmacher- oder Defibrillator-Implantation wird mittels fünf Qualitätsindikatoren (*HSM-IMPL*: IDs 101803, 54140 und 54143; *DEFI-IMPL*: IDs 50055 und 50005) überprüft. Trotz bereits erfolgter Anpassungen an den Rechenregeln ist eine weitere umfassende Überarbeitung sowohl der beiden Indikatoren „Leitlinienkonforme Indikation" (IDs 101803 und 50055) als auch der Indikatoren „Leitlinienkonforme Systemwahl" (IDs 54140 und 50005) vorgesehen, da die bestehende Operationalisierung im Vergleich zum Aufwand der Erhebung als nicht mehr geeignet beurteilt wurde. Somit erfolgt für das aktuelle Auswertungsjahr keine Berechnung von rechnerisch auffälligen Ergebnissen.

Die Qualität der Herzschrittmacher- und Defibrillatorenversorgung zeigt sich an relevanten Parametern; sie wird über sechs Prozessindikatoren im QS-Verfahren abgebildet. Für 4 der 6 Prozessindikatoren im QS-Verfahren *QS HSMDEF* werden, wie im Rahmen der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung dargelegt, keine Referenzbereiche festgelegte und somit keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse berechnet:

- „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln" (*HSM-IMPL*: ID 52139 und *DEFI-IMPL*: ID 52131): da kein evidenzbasierter Zusammenhang der Eingriffsdauer mit einem unmittelbar patientenrelevanten Qualitätsmerkmal nachgewiesen werden konnte.
- „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden" (*HSM-AGGW*: ID 52307; *DEFI-AGGW*: ID 52321): da kein evidenzbasierter Zusammenhang dieses Qualitätsmerkmals mit einem unmittelbar patientenrelevanten Qualitätsmerkmal nachgewiesen werden konnte und Hinweise auf eine niedrige Datenqualität vorlagen.

Die zwei Indikatoren zum „Dosis-Flächen-Produkt" (*HSM-IMPL*: ID 101800 und *DEFI-IMPL*: ID 131801) sind laut den Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung ebenso zur Abschaffung zum AJ 2026 empfohlen. Allerdings wurden die Referenzbereiche nicht ausgesetzt und die Berechnung von rechnerisch auffälligen Ergebnissen erfolgt weiterhin. Aufgrund neuer gesetzlicher Bestimmungen im Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie der Veröffentlichung der Diagnostischen Referenzwerte (DRW) durch das Bundesamt für Strahlenschutz ist zu erwarten, dass die Einhaltung des Dosis-Flächenproduktes / die Grenzwerte gemäß Strahlenschutz durch die neuen gesetzlichen Bestimmungen abgedeckt sind und eine zusätzliche Überprüfung im Rahmen der externen Qualitätssicherung nicht erforderlich ist. Allerdings bleibt hier abzuwarten, ob diese Maßnahmen eine ähnliche Lenkungswirkung entfalten werden, wie die bisherigen Maßnahmen im Rahmen der externen Qualitätssicherung. Aus diesem Grund werden die Indikatorenergebnisse für das Auswertungsjahr 2025 weiterhin ausgewertet und auch im Stellungnahmeverfahren vorerst weiter betrachtet.

Bei den zehn Indikatoren zu peri- und postoperativen Komplikationen während des stationären Aufenthalts wird eine Differenzierung nach Dislokationen bzw. Dysfunktionen der Sonden vorgenommen. Dislokation bedeutet, dass sich die Sonden aus ihrer optimalen Position lösen bzw. in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sind. Auch nicht sondenbedingte Komplikationen wie beispielsweise kardiopulmonale Reanimation, Pneumo- oder Hämatothorax inklusive Wundinfektionen und sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen zählen dazu. Für 5 der 10 Indikatoren zu peri- und postoperativen Komplikationen werden, wie im Rahmen der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung erläutert, keine Referenzbereiche festgelegt und somit keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse berechnet. Diese Indikatoren werden ab dem Auswertungsjahr 2026 aufgrund eines geringen Verbesserungspotenzials abgeschafft:

- „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)" (*HSM-AGGW*: ID 111801; *HSM-REV*: ID 121800; *DEFI-AGGW*: ID 141800)
- „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden" (*HSM-REV*: ID 52315; *DEFI-REV*: ID 52324)

Des Weiteren befindet sich der Indikator „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)" (ID 131802) aus dem Auswertungsmodul *DEFI-IMPL* in Überarbeitung, da Hinweise auf

eine derzeitige Unterdokumentation einiger interventionspflichtiger Komplikationen vorliegen. Dies spiegelt sich auch in dem Bundesergebnis wider. Im Vergleich zum Vorjahr fällt dieses 20 Prozentpunkte geringer aus (AJ 2025: 0,65 %, n = 137 / 20.931; AJ 2024: 0,86 %, n = 178 / 20.780). Auch im Hinblick auf die anderen Indikatoren zu den peri- bzw. postoperativ auftretenden Komplikationen, die nicht sondenbedingt indiziert sind, fällt der Anteil über alle Auswertungsmodule hinweg sehr gering aus. So liegt das Bundesergebnis zwischen 0,15 % (*HSM-AGGW*: n = 14 / 9.483) und 1,33 % (*DEFI-REV*: n = 94 / 7.058). Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die o. g. Unterdokumentation der interventionspflichtigen Komplikationen nicht nur in dem Auswertungsmodul *DEFI-IMPL* vorliegt.

Es kommt wiederholt vor, dass bei einem relevanten Anteil aller CRT-Implantationen eine erfolgreiche Implantation der linksventrikulären Sonde nicht gelingt und diese somit auch bei Entlassung der Patientin bzw. des Patienten aus dem Krankenhaus nicht aktiv ist. Kommt es daher zu einem Zweiteingriff, steigt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Komplikationen (z. B. Infektionen); zudem ist ein zentrales Ziel des Eingriffs, die Wiederherstellung der Synchronisation zwischen den Ventrikeln, bei einer nicht erfolgreichen Implantation der linksventrikulären Sonde nicht erreicht. Dieses Versorgungsdefizit wird über zwei Indikatoren „Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation“ (*HSM-IMPL*: ID 102001; *DEFI-IMPL*: ID 132003) adressiert. Der Indikator aus dem Auswertungsmodul *HSM-IMPL* (ID 102001) wird, wie im Rahmen der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung dargestellt, ab dem Auswertungsjahr 2026 abgeschafft. Daher wird für diesen Indikator im Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich ausgewiesen und es erfolgt keine Berechnung von rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Das Bundesergebnis befindet sich weiterhin auf einem hohen Niveau. So war im Auswertungsjahr 2025 bei rund 97 % der CRT-Implantationen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv (Auswertungsmodul *HSM-IMPL*).

Bei sieben weiteren Ergebnisindikatoren handelt es sich um sogenannte Follow-up-Indikatoren. Diese überprüfen, ob es innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach der Implantation eines Herzschrittmachers/Defibrillators zu einem vermeidbaren Folgeeingriff gekommen ist. Dabei beziehen sie ebenfalls QS-Daten mit ein, die bei aufgetretenen Folgeeingriffen im Rahmen einer Nachbeobachtung erhoben wurden. Im Rahmen der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung werden folgende Indikatoren ab dem Auswertungsjahr 2026 abgeschafft, da eine geringe Validität sowie ein geringes Verbesserungspotenzial nachgewiesen werden konnten, weshalb keine Referenzbereiche ausgewiesen werden und keine Berechnung von rechnerisch auffälligen Ergebnissen erfolgt:

- „Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen“ (*HSM-IMPL*: ID 2190).
- „Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren“ (*HSM-IMPL*: ID 2191) bzw. „Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren“ (*DEFI-IMPL*: ID 132000)

Von den vier Ergebnisindikatoren, die die Sterblichkeit im Krankenhaus adressieren, wird der Indikator des Auswertungsmoduls *DEFI-IMPL* (ID 51186) entsprechend den Empfehlungen im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung des G-BA aufgrund eines geringen Verbesserungspotenzials ab dem Auswertungsjahr 2026 abgeschafft. Somit wird kein Referenzbereich ausgewiesen und es erfolgt keine Berechnung von rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Werden die Bundesergebnisse der vergangenen drei Jahre gegenübergestellt, zeigt sich bei dem Indikator ein abnehmender Trend. Lag die rohe Rate im Auswertungsjahr 2023 noch bei 0,71 %, ist für das aktuelle Jahr eine Abnahme von fast 20 Prozentpunkten zu verzeichnen (AJ 2025: 0,54 %, n = 113 / 20.931). Im Vergleich zu den anderen Auswertungsmodulen ist der Anteil an Todesfällen im Krankenhaus nach einer Defibrillatoren-Implantation somit am geringsten.

Herzschrittmacher – Implantation

Tabelle 23: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
101803	Leitlinienkonforme Indikation	95,22 % O = 71.152 N = 74.726	95,01 % O = 72.749 N = 76.571 (Nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen				
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	99,63 % O = 68.010 N = 68.264	99,56 % O = 69.394 N = 69.703 (Nicht definiert)	vergleichbar
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhof-flimmern	2,93 % O = 1.693 N = 57.772	3,43 % O = 2.024 N = 59.081 (≤ 10,00 %)	vergleichbar
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	88,29 % O = 76.494 N = 86.644	87,23 % O = 75.426 N = 86.469 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
101800	Dosis-Flächen-Produkt	1,00 O/E = 3.837 / 3.837,00 5,12 % O/N = 3.837 / 74.874	0,99 O/E = 3.875 / 3.927,13 5,05 % O/N = 3.875 / 76.705 (≤ 3,30; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	96,45 % O = 262.650 N = 272.323	96,13 % O = 266.071 N = 276.773 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts				
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	0,89 % O = 673 N = 75.305	0,86 % O = 661 N = 77.222 (≤ 2,60 %)	vergleichbar
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,00 O/E = 1.041 / 1.041,00 1,38 % O/N = 1.041 / 75.305	0,95 O/E = 1.007 / 1.065,32 1,30 % O/N = 1.007 / 77.222 (≤ 3,43; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden*	48,43 % O = 35.924 N = 74.184	46,76 % O = 35.390 N = 75.687	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,00 O/E = 1.101 / 1.101,00 1,46 % O/N = 1.101 / 75.305	0,87 O/E = 1.009 / 1.153,86 1,31 % O/N = 1.009 / 77.222 (≤ 3,38; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	0,02 % O = 28 N = 227.603	0,06 % O = 42 N = 227.603 (Nicht definiert)	vergleichbar
2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	- O = - N = -	- O = - N = - (Nicht definiert)	vergleichbar
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	0,98 O/E = 2.545 / 2.593,64 4,29 % O/N = 2.545 / 59.325	0,99 O/E = 2.666 / 2.685,02 4,36 % O/N = 2.666 / 61.210 (≤ 2,54; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	0,91 O/E = 196 / 216,14 0,33 % O/N = 196 / 58.948	0,90 O/E = 201 / 222,93 0,33 % O/N = 201 / 60.839 (≤ 5,51; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	96,97 % O = 2.945 N = 3.037	96,97 % O = 3.072 N = 3.168 (Nicht definiert)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 24: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	2023	46 von 897	5,13	-
		2024	69 von 868	7,95	13
101800	Dosis-Flächen-Produkt	2023	83 von 906	9,16	31
		2024	69 von 879	7,85	31
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	2023	26 von 907	2,87	5
		2024	29 von 880	3,30	5

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts					
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	2023	115 von 909	12,65	25
		2024	91 von 882	10,32	20
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	2023	62 von 909	6,82	26
		2024	62 von 882	7,03	15
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	59 von 909	6,49	10
		2024	48 von 882	5,44	11
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2022	82 von 935	8,77	15
		2023	68 von 902	7,54	15
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2022	37 von 935	3,96	3
		2023	35 von 901	3,88	5

© IQTIG 2025

Herzschrittmacher – Aggregatswechsel

Tabelle 25: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-AGGW

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	98,40 % O = 54.197 N = 55.079	98,15 % O = 48.091 N = 48.999 (Nicht definiert)	vergleichbar
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	0,14 % O = 16 N = 11.500	0,15 % O = 14 N = 9.483 (Nicht definiert)	vergleichbar

Herzschrittmacher – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 26: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts				
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	0,88 % O = 77 N = 8.769	1,07 % O = 93 N = 8.688 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,77 % O = 48 N = 6.259	0,74 % O = 46 N = 6.252 (Nicht definiert)	vergleichbar
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,99 O/E = 172 / 174,60 1,96 % O/N = 172 / 8.769	1,07 O/E = 199 / 186,16 2,29 % O/N = 199 / 8.688 (≤ 4,00; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 27: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	35 von 764	4,58	1
		2024	36 von 743	4,85	2

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 28: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
50055	Leitlinienkonforme Indikation	91,02 % O = 18.913 N = 20.780	89,65 % O = 18.764 N = 20.931 (Nicht definiert)	vergleichbar
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	93,78 % O = 19.453 N = 20.744	93,94 % O = 19.598 N = 20.863 (Nicht definiert)	vergleichbar
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	90,92 % O = 24.316 N = 26.745	91,03 % O = 23.380 N = 25.684 (Nicht definiert)	vergleichbar
131801	Dosis-Flächen-Produkt	1,00 O/E = 1.397 / 1.397,00 7,19 % O/N = 1.397 / 19.418	0,97 O/E = 1.356 / 1.391,87 6,99 % O/N = 1.356 / 19.412 (≤ 3,12; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	97,01 % O = 65.949 N = 67.982	96,93 % O = 66.533 N = 68.640 (≥ 90,00 %)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts				
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	0,86 % O = 178 N = 20.780	0,65 % O = 137 N = 20.931 (Nicht definiert)	vergleichbar
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,00 O/E = 162 / 162,00 0,83 % O/N = 162 / 19.475	0,85 O/E = 137 / 161,09 0,70 % O/N = 137 / 19.500 (≤ 4,85; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden*	48,66 % O = 9.476 N = 19.475	46,54 % O = 9.076 N = 19.500	vergleichbar
51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,00 O/E = 136 / 135,37 0,65 % O/N = 136 / 20.780	0,85 O/E = 113 / 132,59 0,54 % O/N = 113 / 20.931 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	- O = - N = -	- O = - N = - (Nicht definiert)	vergleichbar
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1,06 O/E = 693 / 651,67 4,37 % O/N = 693 / 15.864	0,97 O/E = 661 / 681,92 4,00 %	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
			O/N = 661 / 16.542 (≤ 2,72; 95. Perzentil)	
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1,05 O/E = 118 / 112,19 0,75 % O/N = 118 / 15.758	1,20 O/E = 140 / 116,65 0,85 % O/N = 140 / 16.445 (≤ 6,62; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	95,34 % O = 7.052 N = 7.397	95,64 % O = 7.067 N = 7.389 (Nicht definiert)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 29: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
131801	Dosis-Flächen-Produkt	2023	65 von 695	9,35	13
		2024	61 von 686	8,89	19

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	2023	15 von 706	2,12	2
		2024	24 von 691	3,47	3
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	2023	37 von 697	5,31	3
		2024	40 von 687	5,82	4
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2022	71 von 692	10,26	12
		2023	69 von 695	9,93	9
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2022	36 von 692	5,20	3
		2023	39 von 694	5,62	1

Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatswechsel

Tabelle 30: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-AGGW

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	98,67 % O = 44.355 N = 44.951	98,71 % O = 41.285 N = 41.826 (Nicht definiert)	vergleichbar
141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	0,34 % O = 25 N = 7.306	0,22 % O = 14 N = 6.252 (Nicht definiert)	vergleichbar

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 31: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts				
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	1,04 % O = 71 N = 6.798	1,33 % O = 94 N = 7.058 (≤ 2,90 %)	vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,48 % O = 24 N = 5.012	0,68 % O = 36 N = 5.325 (Nicht definiert)	vergleichbar
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,07 O/E = 165 / 154,87 2,43 % O/N = 165 / 6.798	0,76 O/E = 124 / 163,85 1,76 % O/N = 124 / 7.058 (≤ 4,62; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 32: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	2023	38 von 580	6,55	9
		2024	42 von 567	7,41	7
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	22 von 580	3,79	1
		2024	17 von 567	3,00	1

2.2.2 Detailergebnisse

2.2.2.1 Leitlinienkonforme Indikation

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 33): „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 101803)
- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 34): „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 50055)

Die Qualitätsindikatoren adressieren die leitlinienkonforme Indikation von Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantationen oder Defibrillator-Implantationen. Dabei soll möglichst oft eine leitlinienkonforme Indikation zur Implantation vorliegen.

Das Bundesergebnis der beiden Qualitätsindikatoren hat sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Feststellbar ist allerdings, dass bei dem Indikator aus dem Auswertungsmodul *DEFI-IMPL* weiterhin ein abnehmender Trend erkennbar ist (AJ 2023: 91,43 %; AJ 2025: 89,65 %). Wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben wird im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Überarbeitung der Indikatoren empfohlen (IQTIG 2023). Da diese noch nicht vollumfänglich abgeschlossen ist, wurde für die Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich ausgewiesen und keine Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Dieses Vorgehen fand bereits im letzten Auswertungsjahr Anwendung, daher liegen für die Indikatoren auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) vor.

Tabelle 33: QI 101803: Leitlinienkonforme Indikation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	96,12 % O = 69.715 N = 72.531	95,22 % O = 71.152 N = 74.726	**95,01 %** **O = 72.749** **N = 76.571**
rechnerische Auffälligkeiten	31 von 943 3,29 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 31 (16,13 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 943 (0,53 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 34: QI 50055: Leitlinienkonforme Indikation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	91,43 % O = 18.256 N = 19.968	91,02 % O = 18.913 N = 20.780	**89,65 %** **O = 18.764** **N = 20.931**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

2.2.2.2 Leitlinienkonforme Systemwahl

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 35): „Leitlinienkonforme Systemwahl" (ID 54140)
- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 36): „Leitlinienkonforme Systemwahl" (ID 50005)
- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 37): „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern" (ID 54143)

Die Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Systemwahl" (ID 54140 und ID 50005) adressieren die leitlinienkonforme Systemwahl an allen Defibrillator-Implantationen bzw. an allen Implantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems oder eines CRT-Systems. Dabei soll möglichst oft eine leitlinienkonforme Systemwahl stattfinden.

Das Bundesergebnis der beiden Qualitätsindikatoren hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert. Wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben wird im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Überarbeitung der Indikatoren empfohlen (IQTIG 2023). Da diese noch nicht vollumfänglich abgeschlossen ist, wurde für die Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich ausgewiesen und keine Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Dieses Vorgehen fand bereits im letzten Auswertungsjahr Anwendung, daher liegen für die Indikatoren auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) vor.

Tabelle 35: QI 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,61 % O = 66.128 N = 66.387	99,63 % O = 68.010 N = 68.264	**99,56 %** **O = 69.394** **N = 69.703**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 939 0,11 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 (0,00 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 939 (0,00 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 36: QI 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	93,72 % O = 18.633 N = 19.882	93,78 % O = 19.453 N = 20.744	**93,94 %** **O = 19.598** **N = 20.863**
rechnerische Auffälligkeiten	26 von 697 3,73 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 26 (15,38 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 697 (0,57 %)	**n. a.**	n. a.

Der Qualitätsindikator „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern" (ID 54143) erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit einem Einkammersystem an allen Implantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern und AV-Block, Schenkelblock oder Sinusknotensyndrom als führende Indikation. Das Ziel ist, möglichst oft eine leitlinienkonforme Wahl des Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen zu treffen.

Erstmalig und als einziger Indikator zu den Qualitätsmerkmalen *Indikationsstellung und Systemwahl* erfolgte im Auswertungsjahr 2024 ein Stellungnahmeverfahren. Aus diesem geht hervor, dass fast die Hälfte der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft wurden (47,83 %; n = 22 von 46). Aus den Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) wurde ersichtlich, dass viele auffällige Ergebnisse überwiegend durch Einzelfallkonstellationen erklärbar seien und daher kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde.

Tabelle 37: QI 54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	3,34 % O = 1.874 N = 56.068	2,93 % O = 1.693 N = 57.772	**3,43 %** **O = 2.024** **N = 59.081**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	46 von 897 5,13 %	**69 von 868** **7,95 %** **(Refbereich: ≤ 10,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**4 / 46** **(8,70 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**4 / 897** **(0,45 %)**	n. a.

2.2.2.3 Eingriffsdauer

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 38): „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln" (ID 52139)
- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 39): „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln" (ID 52131)

Wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben wird im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Abschaffung der Indikatoren zum AJ 2026 empfohlen (IQTIG 2023). Aus diesem Grund wurde für die Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich ausgewiesen und keine Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Dieses Vorgehen fand bereits im letzten Auswertungsjahr Anwendung, daher liegen für diesen Indikator auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) vor. Mit Blick auf die vorgenannten Rahmenbedingungen wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

Tabelle 38: QI 52139: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	88,55 % O = 77.817 N = 87.879	88,29 % O = 76.494 N = 86.644	**87,23 %** **O = 75.426** **N = 86.469**
rechnerische Auffälligkeiten	35 von 957 3,66 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 35 (31,43 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 957 (1,15 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 39: QI 52131: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	91,85 % O = 26.345 N = 28.682	90,92 % O = 24.316 N = 26.745	**91,03 %** **O = 23.380** **N = 25.684**
rechnerische Auffälligkeiten	19 von 740 2,57 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 19 (15,79 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 740 (0,41 %)	**n. a.**	n. a.

2.2.2.4 Dosis-Flächen-Produkt

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 40): „Dosis-Flächen-Produkt“ (ID 101800)
- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 41): „Dosis-Flächen-Produkt“ (ID 131801)

Die Strahlenbelastung für die Patientinnen und Patienten wird anhand des Dosis-Flächen-Produkts (in cGy x cm^2) gemessen und anhand von systemspezifischen Schwellenwerten bewertet. Dabei soll der Anteil an Implantationen, bei denen der entsprechende Referenzwert überschritten wurde, möglichst gering ausfallen. Ende 2022 wurden erstmals Diagnostische Referenzwerte (DRW) durch das Bundesamt für Strahlenschutz veröffentlicht, die am 11. Januar 2023 zugleich im Bundesanzeiger erschienen sind (BfS 2022). Mit dem aktuellen Auswertungsjahr kommen erstmals die vollständigen diagnostischen Referenzwerte des Bundesamts für Strahlenschutz zur Anwendung, wodurch nun für Einkammersysteme ein Schwellenwert von über 900 cGy x cm^2 (statt wie bisher über 1.000 cGy x cm^2) gilt.

Die rechnerischen Ergebnisse beider Qualitätsindikatoren verbessern sich auf Bundesebene kontinuierlich; dieser Trend setzt sich auch zum Auswertungsjahr 2025 weiter fort. Während die rohe Rate an Fällen mit einem Dosis-Flächen-Produkt über dem DRW im Auswertungsjahr 2023 noch 5,82 % (*HSM-IMPL*) bzw. 8,10 % (*DEFI-IMPL*) betrug, sank sie zum aktuellen Auswertungsjahr auf 5,05 % bzw. 6,99 %.

Trotz dieser positiven Entwicklungen ist festzustellen, dass in vielen Standorten noch deutliches Verbesserungspotenzial bezüglich der Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung besteht. Darauf deutet der jeweils weiterhin hohe Anteil von Standorten mit qualitativ auffälligen Ergebnissen (an allen Standorten) hin. Im Auswertungsmodul *HSM-IMPL* ist dieser Anteil von 3,73 % im Auswertungsjahr 2024 auf 4,08 % im aktuellen Auswertungsjahr gestiegen. Im Auswertungsmodul *DEFI-IMPL* ist der Anteil qualitativer Auffälligkeiten im Vorjahr auf 2,16 % gesunken, für das Auswertungsjahr 2025 allerdings erneut auf 3,45 % gestiegen. Insgesamt gehören jedoch beide Qualitätsindikatoren zu den Indikatoren mit den meisten nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens festgestellten Qualitätsdefiziten im Verfahren *QS HSMDEF*. Eine Reduzierung der Strahlenbelastung wird als besonders wichtig angesehen, da sie sowohl dem Schutz der Patientinnen und Patienten als auch des medizinischen Personals dient. Aus Sicht des Expertengremiums schreiten die Verbesserungen in diesem Bereich allerdings noch nicht schnell genug voran und die Ergebnisse befinden sich noch nicht auf einem angemessenen Niveau.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden sowohl Struktur- als auch Prozessmängel als Gründe für die insgesamt zu hohe Strahlenbelastung während der Herzschrittmacher- und Defibrillator-Implantationen identifiziert. Die Strukturprobleme bezogen sich v. a. auf veraltete technische Anlagen in einigen Standorten, sodass aufgrund des Einsatzes alter C-Bögen während der Implantationen zu häufig eine unangemessen hohe Strahlenbelastung erfolgte. Als Prozessmängel sind Fehler bei der Anwendung der Durchleuchtungsgeräte zu nennen, wie etwa ungeeignete Einstellungen bei der Bildqualität bzw. der Bildrate pro Sekunde. Außerdem wurden nach der Erfahrung einiger Expertinnen und Experten aus dem Expertengremium auf Bundesebene im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu den Indikatoren „Dosis-Flächen-Produkt“ in einigen Fällen auch Prozessmängel aufgedeckt, welche neben der Strahlenbelastung zusätzlich das Risiko für Komplikationen während und nach dem Eingriff erhöhen. Zur Reduzierung der durchschnittlichen Strahlenbelastung wurde den Leistungserbringern von den

zuständigen LAG z. B. empfohlen, die Einstellungen kritisch zu prüfen, die Strahlenschutzschulungen konsequenter durchzuführen oder modernere Durchleuchtungsgeräte zur Reduzierung der durchschnittlichen Strahlenbelastung anzuschaffen.

Aufgrund neuer gesetzlicher Bestimmungen im Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie aufgrund der Veröffentlichung der DRW durch das Bundesamt für Strahlenschutz ist zu erwarten, dass die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung nun auch bei der Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren durch zusätzliche Maßnahmen zur Überprüfung des Strahlenschutzes ergänzt werden.

Wie im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung dargelegt, ergibt sich hieraus ein Zielkonflikt zwischen der Patientensicherheit und der Reduktion von Aufwänden für die Qualitätssicherung, da weiterhin Qualitätsdefizite im Bereich des Strahlenschutzes bestehen und zugleich eine mehrfache Überprüfung dieses Qualitätsaspekts durch verschiedene Institutionen und gesetzliche Bestimmungen absehbar ist (IQTIG 2023). Es wurde schließlich empfohlen, die Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt abzuschaffen, insbesondere aufgrund der bereits bestehenden gesetzlichen Vorgaben und Maßnahmen zur Sicherung des Strahlenschutzes in Form der Überprüfungen durch die ärztlichen Stellen auf Landesebene und der verpflichtenden Einbindung einer Medizinphysikexpertin bzw. eines Medizinphysikexperten (MPE). Somit ist das Erfordernis einer zusätzlichen datengestützten Qualitätssicherung nicht mehr gegeben. Allerdings ist an dieser Stelle anzumerken, dass das IQTIG seine Abschaffungsempfehlung mit Blick auf die Effekte und die Wirksamkeit der gesetzlichen Vorgaben zum Strahlenschutz im kommenden Jahr im Auftrag des G-BA evaluieren wird. Damit ist nicht auszuschließen, dass es – in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Evaluation – ggf. zu einer Wiedereinführung der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt kommen kann.

Tabelle 40: QI 101800: Dosis-Flächen-Produkt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,13 O/E = 4.221 / 3.734,30 5,82 % O/N = 4.221 / 72.529	1,00 O/E = 3.837 / 3.837,00 5,12 % O/N = 3.837 / 74.874	**0,99** **O/E = 3.875 / 3.927,13** **5,05 %** **O/N = 3.875 / 76.705**
rechnerische Auffälligkeiten	82 von 939 8,73 %	83 von 906 9,16 %	**69 von 879** **7,85 %** **(Refbereich: ≤ 3,30; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	35 / 82 (42,68 %)	**37 / 83** **(44,58 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	35 / 939 (3,73 %)	**37 / 906** **(4,08 %)**	n. a.

Tabelle 41: QI 131801: Dosis-Flächen-Produkt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,13 O/E = 1.509 / 1.340,49 8,10 % O/N = 1.509 / 18.637	1,00 O/E = 1.397 / 1.397,00 7,19 % O/N = 1.397 / 19.418	**0,97** **O/E = 1.356 / 1.391,87** **6,99 %** **O/N = 1.356 / 19.412**
rechnerische Auffälligkeiten	64 von 695 9,21 %	65 von 695 9,35 %	**61 von 686** **8,89 %** **(Refbereich: ≤ 3,12; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	15 / 64 (23,44 %)	**24 / 65** **(36,92 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	15 / 695 (2,16 %)	**24 / 695** **(3,45 %)**	n. a.

2.2.2.5 Intraoperative Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 42): „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52305)
- *HSM-AGGW* (siehe Tabelle 43): „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52307)
- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 44): „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52316)
- *DEFI-AGGW* (siehe Tabelle 45): „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52321)

In die beiden Indikatoren aus den Auswertungsmodulen *HSM-IMPL* und *DEFI-IMPL* gehen alle intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden an neu implantierten bzw. neu platzierten Vorhof- bzw. rechten Ventrikelsonden im Rahmen von Implantations- oder Revisionseingriffen ein. Für diese Messungen kann jeweils ein spezifischer Wertebereich definiert werden, der in der überwiegenden Anzahl der Fälle eingehalten werden sollte. Die Indikatoren aus den Auswertungsmodulen *HSM-AGGW* und *DEFI-AGGW* umfassen dagegen alle Messungen an nicht revidierten Sonden im Rahmen von Folgeeingriffen (Revisionen bzw. isolierte Aggregatwechsel). Für diese Messungen kann kein akzeptabler Wertebereich definiert werden, sodass nur die intraoperative Durchführung dieser Messungen geprüft wird. Dies gilt auch für Messungen an neu implantierten linksseitigen Ventrikelsonden, die ebenfalls in diese Indikatoren eingehen.

Bereits zum vergangenen Jahr sind die Grenzwerte, die in den Rechenregeln der Indikatoren aus den Auswertungsmodulen *HSM-IMPL* und *DEFI-IMPL* enthalten sind, an die Grenzwerte des 2021 veröffentlichten *expert consensus statement* der European Heart Rhythm Associaton (EHRA) angepasst worden; aus der Grundgesamtheit der Indikatoren wurden schließlich Sonden am HIS-

Bündel ausgeschlossen. Wie bereits im Auswertungsjahr 2024 zeigen sich keine großen Auswirkungen in den Bundesergebnissen, welche weiterhin auf einem stabilen Niveau von ca. 96 % liegen. Allerdings zeigen sich deutliche Veränderung bei den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens. So weist der Indikator aus *HSM-IMPL* (ID 52305) zum Auswertungsjahr 2024 nur einen Anteil von 0,22 % qualitativer Auffälligkeiten auf (vgl. AJ 2023: 1,06 %). Der Effekt für den Indikator aus *DEFI-IMPL* ist zwar nicht so stark, aber auch hier hat sich der Anteil von qualitativen Auffälligkeiten verringert (AJ 2024: 0,14 %; AJ 2023: 0,57 %).

Die beiden Indikatoren „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden" aus den Auswertungsmodulen *HSM-AGGW* sowie *DEFI-AGGW* werden, wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben, im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zur Abschaffung zum AJ 2026 empfohlen (IQTIG 2023). Aus diesem Grund wurde für die Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich ausgewiesen und keine Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Dieses Vorgehen fand bereits im letzten Auswertungsjahr Anwendung, daher liegen für diesen Indikator auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) vor. Aus diesem Grund wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

Tabelle 42: QI 52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	96,38 % O = 255.083 N = 264.661	96,45 % O = 262.650 N = 272.323	**96,13 %** **O = 266.071** **N = 276.773**
rechnerische Auffälligkeiten	73 von 942 7,75 %	26 von 907 2,87 %	**29 von 880** **3,30 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 73 (13,70 %)	**2 / 26** **(7,69 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 942 (1,06 %)	**2 / 907** **(0,22 %)**	n. a.

Tabelle 43: QI 52307: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,43 % O = 65.312 N = 66.351	98,40 % O = 54.197 N = 55.079	**98,15 %** **O = 48.091** **N = 48.999**
rechnerische Auffälligkeiten	84 von 864 9,72 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 84 (15,48 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	13 / 864 (1,50 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 44: QI 52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	97,02 % O = 63.556 N = 65.511	97,01 % O = 65.949 N = 67.982	**96,93 %** **O = 66.533** **N = 68.640**
rechnerische Auffälligkeiten	32 von 702 4,56 %	15 von 706 2,12 %	**24 von 691** **3,47 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 32 (12,50 %)	**1 / 15 (6,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 702 (0,57 %)	**1 / 706 (0,14 %)**	n. a.

Tabelle 45: QI 52321: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,81 % O = 54.143 N = 54.793	98,67 % O = 44.355 N = 44.951	**98,71 %** **O = 41.285** **N = 41.826**
rechnerische Auffälligkeiten	37 von 704 5,26 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 37 (10,81 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 704 (0,57 %)	**n. a.**	n. a.

2.2.2.6 Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 46): „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)“ (ID 101801)
- *HSM-AGGW* (siehe Tabelle 47): „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)“ (ID 111801)
- *HSM-REV* (siehe Tabelle 48): „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)“ (ID 121800)

- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 49): „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)" (ID 131802)
- *DEFI-AGGW* (siehe Tabelle 50): „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)" (ID 141800)
- *DEFI-REV* (siehe Tabelle 51): „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)" (ID 151800)

Bei der Bewertung der Ergebnisse dieser Indikatoren ist zu berücksichtigen, dass Hinweise auf eine derzeitige Unterdokumentation einiger interventionspflichtiger Komplikationen vorliegen. Es liegen Ergebnisse aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich im Rahmen der umfassenden Datenvalidierung der Erfassungsmodule *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* zum Erfassungsjahr 2020 (nach QSKH-RL) vor. Im Erfassungsmodul 09/4 (Defibrillator-Implantationen) wurde in einer Stichprobe festgestellt, dass 2 von 3 aufgetretenen und in der Patientenakte dokumentierten Pneumothoraces sowie 2 von 3 der aufgetretenen sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen für die externe Qualitätssicherung nicht dokumentiert wurden (IQTIG 2022). Aufgrund der ähnlichen Datenfelder zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen in allen Erfassungsmodulen kann davon ausgegangen werden, dass diese Ergebnisse auch auf die anderen Erfassungsmodule übertragen werden können. Das IQTIG prüft derzeit, welche Änderungen an den Datenfeldern zur Erhebung der Komplikationen geeignet sind, diese Unterdokumentation zu reduzieren.

Wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben wird im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Abschaffung der Indikatoren aus den Auswertungsmodulen *HSM-AGGW*, *HSM-REV* und *DEFI-AGGW* zum AJ 2026 empfohlen (IQTIG 2023). Aus diesem Grund wurde für die Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich ausgewiesen. Dieses Vorgehen fand bereits im letzten Auswertungsjahr Anwendung, daher liegen für diesen Indikator auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) vor. Daher wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

Tabelle 46: QI 101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,91 % O = 665 N = 73.140	0,89 % O = 673 N = 75.305	**0,86 %** **O = 661** **N = 77.222**
rechnerische Auffälligkeiten	112 von 943 11,88 %	115 von 909 12,65 %	**91 von 882** **10,32 %** **(Refbereich: ≤ 2,60 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	15 / 112 (13,39 %)	**17 / 115** **(14,78 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	15 / 943 (1,59 %)	**17 / 909** **(1,87 %)**	n. a.

Tabelle 47: QI 111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,18 % O = 27 N = 15.063	0,14 % O = 16 N = 11.500	**0,15 %** **O = 14** **N = 9.483**
rechnerische Auffälligkeiten	16 von 834 1,92 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 16 (6,25 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 834 (0,12 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 48: QI 121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 % O = 97 N = 9.135	0,88 % O = 77 N = 8.769	**1,07 %** **O = 93** **N = 8.688**
rechnerische Auffälligkeiten	54 von 798 6,77 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 54 (3,70 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 798 (0,25 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 49: QI 131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,87 % O = 174 N = 19.968	0,86 % O = 178 N = 20.780	**0,65 %** **O = 137** **N = 20.931**
rechnerische Auffälligkeiten	88 von 697 12,63 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 88 (3,41 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 697 (0,43 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 50: QI 141800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,19 % O = 19 N = 10.031	0,34 % O = 25 N = 7.306	**0,22 %** **O = 14** **N = 6.252**
rechnerische Auffälligkeiten	14 von 686 2,04 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 14 (0,00 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 686 (0,00 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 51: QI 151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,33 % O = 92 N = 6.938	1,04 % O = 71 N = 6.798	**1,33 %** **O = 94** **N = 7.058**
rechnerische Auffälligkeiten	48 von 601 7,99 %	38 von 580 6,55 %	**42 von 567** **7,41 %** **(Refbereich: ≤ 2,90 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 48 (10,42 %)	**3 / 38** **(7,89 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 601 (0,83 %)	**3 / 580** **(0,52 %)**	n. a.

2.2.2.7 Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts: Sondendislokation oder –dysfunktion

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 52): „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (ID 52311)
- *HSM-REV* (siehe Tabelle 53): „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ (ID 52315)
- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 54): „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (ID 52325)
- *DEFI-REV* (siehe Tabelle 55): „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ (ID 52324)

Die Indikatoren 52311 und 52325 erfassen die Anteile von Herzschrittmacher/Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen Sondenproblemen an allen Herzschrittmacher/Defibrillator-Implantationen. Dabei wird das Ziel verfolgt, das Auftreten von peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthaltes so gering wie möglich zu halten.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators aus *HSM-IMPL* ist für das Auswertungsjahr 2025 5 Prozent besser als laut Risikoadjustierungsmodell erwartet. Der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ist für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 geringfügig angestiegen. Für den risikoadjustierten Qualitätsindikator aus *DEFI-IMPL* hingegen fällt das Bundesergebnis für das Auswertungsjahr 2025 15 Prozent besser aus, als nach Risikoadjustierungsmodell erwartet. Hingegen ist der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nahezu gleich geblieben.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden vor allem Struktur- und Prozessmängel bei der Platzierung und Fixierung der Sonden, eine unzureichende Einarbeitung und Schulung von jüngeren Kolleginnen und Kollegen durch die Leistungserbringer oder eine ungenügende Sachkunde und Routine bedingt durch eine relativ geringe Erfahrung mit der Implantation von Herzschrittmachern als Begründung der qualitativ auffälligen Ergebnisse zurückgemeldet. Nach Ansicht des Expertengremiums auf Bundesebene sind viele der noch bestehenden Qualitätsdefizite im Bereich der Schrittmachertherapie auf Krankenhausstandorte mit einer relativ kleinen Fallzahl pro Jahr und somit wenig Operationserfahrung zurückzuführen. Die besseren Ergebnisse nach Defibrillator-Implantationen scheinen darauf zurückzuführen zu sein, dass viele dieser Standorte ausschließlich Herzschrittmacher und keine Defibrillatoren implantieren.

Die beiden Indikatoren „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden" aus den Auswertungsmodulen *HSM-REV* sowie *DEFI-REV* werden, wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben, im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zur Abschaffung zum Auswertungsjahr 2026 empfohlen (IQTIG 2023). Aus diesem Grund wurde für die Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich ausgewiesen. Dieses Vorgehen fand bereits im letzten Auswertungsjahr Anwendung und somit liegen für diese Indikatoren auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) vor. Aus diesem Grund wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

Tabelle 52: QI 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,93 O/E = 938 / 1.008,63 1,28 % O/N = 938 / 73.140	1,00 O/E = 1.041 / 1.041,00 1,38 % O/N = 1.041 / 75.305	**0,95** **O/E = 1.007 / 1.065,32** **1,30 %** **O/N = 1.007 / 77.222**
rechnerische Auffälligkeiten	156 von 943 16,54 %	62 von 909 6,82 %	**62 von 882** **7,03 %** **(Refbereich: ≤ 3,43; 95. Perzentil)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	35 / 156 (22,44 %)	**25 / 62 (40,32 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	35 / 943 (3,71 %)	**25 / 909 (2,75 %)**	n. a.

Tabelle 53: QI 52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,78 % O = 49 N = 6.282	0,77 % O = 48 N = 6.259	**0,74 %** **O = 46** **N = 6.252**
rechnerische Auffälligkeiten	37 von 759 4,87 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 37 (8,11 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 759 (0,40 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 54: QI 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 O/E = 166 / 154,88 0,89 % O/N = 166 / 18.737	1,00 O/E = 162 / 162,00 0,83 % O/N = 162 / 19.475	**0,85** **O/E = 137 / 161,09** **0,70 %** **O/N = 137 / 19.500**
rechnerische Auffälligkeiten	72 von 695 10,36 %	37 von 697 5,31 %	**40 von 687** **5,82 %** **(Refbereich: ≤ 4,85; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 72 (4,17 %)	**4 / 37 (10,81 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 695 (0,43 %)	**4 / 697 (0,57 %)**	n. a.

Tabelle 55: QI 52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,54 % O = 28 N = 5.143	0,48 % O = 24 N = 5.012	**0,68 %** **O = 36** **N = 5.325**
rechnerische Auffälligkeiten	18 von 563 3,20 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 18 (0,00 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 563 (0,00 %)	**n. a.**	n. a.

2.2.2.8 Sterblichkeit im Krankenhaus

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 56): „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 51191)
- *HSM-REV* (siehe Tabelle 57): „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 51404)
- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 58): „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 51186)
- *DEFI-REV* (siehe Tabelle 59): „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 51196)

Die Qualitätsindikatoren adressieren die Sterblichkeit im Krankenhaus in dem Versorgungsbereich Herzschrittmacher und Defibrillatoren. Die Sterblichkeit im Krankenhaus soll möglichst niedrig sein.

Wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben wird im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Abschaffung des Indikators ID 51186 zum AJ 2026 empfohlen (IQTIG 2023). Aus diesem Grund wurde für diesen Indikator zum Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich ausgewiesen. Dieses Vorgehen fand bereits im letzten Auswertungsjahr Anwendung, daher liegen für diesen Indikator auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) vor. Daher wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

Die Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus sind risikoadjustiert (mithilfe von logistischer Regression) und werden als Verhältnis der beobachteten zu den erwarteten Todesfällen berechnet. Das Bundesergebnis für den Indikator nach einer Schrittmacher-Implantation ist für das Auswertungsjahr 2025 geringer ausgefallen als erwartet. Auch in Bezug auf die rechnerisch auffälligen Ergebnisse ist ein rückläufiger Trend zu verzeichnen (AJ 2024: 6,49 %; AJ 2025: 5,44 %). Folgeeingriffe können unter Umständen mit einem etwas höheren Risiko für die Patientin bzw. den Patienten einhergehen, z. B. bei Explantation des Rhythmusimplantats aufgrund einer Infektion oder bei komplizierten Sondenextraktionen. So treten während bzw. kurz nach Folgeeingriffen etwas mehr Todesfälle auf. Hier fielen die Bundesergebnisse für den Indikator aus *HSM-REV* acht Prozent schlechter aus als erwartet, gegenüber dem Ergebnis aus dem Vorjahr; hingegen fiel für den Indikator aus *DEFI-REV* das Ergebnis 24 Prozent kleiner aus als erwartet.

Die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren der letzten Jahre zeigen, dass es immer nur vereinzelt zu qualitativen Auffälligkeiten aufgrund einer erhöhten Sterblichkeit im Krankenhaus kommt. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden für die Qualitätsindikatoren der Auswertungsmodule *HSM-REV und DEFI-REV* keine qualitativ auffälligen Ergebnisse festgestellt. Für das Auswertungsmodul *HSM-IMPL* wurden wie bereits im vergangenem Jahr drei Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene treten Todesfälle, die ursächlich auf den Schrittmacher- bzw. Defibrillatoreingriff zurückzuführen sind, nur äußerst selten auf. Grund dafür könne z. B. ein schlechtes perioperatives Management beim Auftreten komplexer Komplikationen während des Eingriffs sein. Diese Annahme wird auch durch Rückmeldung der LAG belegt. So kam es möglicherweise zu einem Todesfall infolge einer Perikardtamponade, welche nicht behandelt wurde.

Tabelle 56: QI 51191: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 1.105 / 1.045,45 1,51 % O/N = 1.105 / 73.140	1,00 O/E = 1.101 / 1.101,00 1,46 % O/N = 1.101 / 75.305	**0,87** **O/E = 1.009 / 1.153,86** **1,31 %** **O/N = 1.009 / 77.222**
rechnerische Auffälligkeiten	48 von 943 5,09 %	59 von 909 6,49 %	**48 von 882** **5,44 %** **(Refbereich: ≤ 3,38; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 48 (6,25 %)	**3 / 59** **(5,08 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 943 (0,32 %)	**3 / 909** **(0,33 %)**	n. a.

Tabelle 57: QI 51404: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,09 O/E = 197 / 181,10 2,16 % O/N = 197 / 9.135	0,99 O/E = 172 / 174,60 1,96 % O/N = 172 / 8.769	**1,07** **O/E = 199 / 186,16** **2,29 %** **O/N = 199 / 8.688**
rechnerische Auffälligkeiten	32 von 798 4,01 %	35 von 764 4,58 %	**36 von 743** **4,85 %** **(Refbereich: ≤ 4,00; 95. Perzentil)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 32 (9,38 %)	**0 / 35 (0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 798 (0,38 %)	**0 / 764 (0,00 %)**	n. a.

Tabelle 58: QI 51186: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,05 O/E = 142 / 134,62 0,71 % O/N = 142 / 19.968	1,00 O/E = 136 / 135,37 0,65 % O/N = 136 / 20.780	**0,85** **O/E = 113 / 132,59** **0,54 %** **O/N = 113 / 20.931**
rechnerische Auffälligkeiten	36 von 697 5,16 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 36 (8,33 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 697 (0,43 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 59: QI 51196: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,98 O/E = 150 / 153,53 2,16 % O/N = 150 / 6.938	1,07 O/E = 165 / 154,87 2,43 % O/N = 165 / 6.798	**0,76** **O/E = 124 / 163,85** **1,76 %** **O/N = 124 / 7.058**
rechnerische Auffälligkeiten	25 von 601 4,16 %	22 von 580 3,79 %	**17 von 567** **3,00 %** **(Refbereich: ≤ 4,62; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 25 (8,00 %)	**0 / 22 (0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 601 (0,33 %)	**0 / 580 (0,00 %)**	n. a.

2.2.2.9 Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats (Follow-up)

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 60): „Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen“ (ID 2190)

Wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben wird im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Abschaffung des Indikators zum AJ 2026 empfohlen (IQTIG 2023). Aus diesem Grund wurde für den Indikator zum Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich ausgewiesen und keine Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Dieses Vorgehen fand bereits im letzten Auswertungsjahr Anwendung, daher liegen für diesen Indikator auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) vor. Mit Blick auf die vorgenannten Rahmenbedingungen wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

Tabelle 60: QI 2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,01 % O = 21 N = 227.603	0,02 % O = 28 N = 227.603	**0,06 %** **O = 42** **N = 227.603**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

2.2.2.10 Hardwareprobleme (Aggregat bzw. Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff (Follow-up)

- *HSM-IMPL*: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren (ID 2191)
- *DEFI-IMPL*: Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren (ID 132000)

Zur Berechnung dieser Follow-up-Indikatoren können ausschließlich die ab dem Erfassungsjahr 2021 unter der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)[1] erhobenen Daten verwendet werden. Aus diesem Grund gibt es im aktuellen Auswertungsjahr keine Erstimplantationen, für die ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von acht bzw. sechs Jahren nach Erstimplantation vorliegt. Die Berechnung beider Indikatoren ist daher ausgesetzt. Wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben wird im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Abschaffung der Indikatoren zum AJ 2026 empfohlen (IQTIG 2023).

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 19. Dezember 2024, in Kraft getreten am 1. Januar 2025. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/105/ (abgerufen am 29.07.2025).

2.2.2.11 Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff (Follow-up)

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 61): Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (ID 2194)
- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 62): Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (ID 132001)

Die Indikatoren erfassen das Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Implantation eines Herzschrittmachers/Defibrillators auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten. Die Folgeeingriffe wegen prozedurassoziierten Problemen sollen möglichst gering sein.

Da die Follow-up-Indikatoren zu prozedurassoziierten Problemen erst ein Jahr später als die übrigen, querschnittlich berechneten Indikatoren ausgewertet werden können, bewerten die im Auswertungsjahr 2025 berechneten Indikatoren alle Erstimplantationen von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren, die im Erfassungsjahr 2023 durchgeführt wurden. In den Zähler der Indikatoren gehen Folgeeingriffe aus den Erfassungsjahren 2023 oder 2024 ein, soweit diese innerhalb eines Jahres nach der Implantation stattfanden.

Das Bundesergebnis beider Indikatoren ist auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr, wogegen die Bewertungen der qualitativ auffälligen Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens AJ 2024 um ca. 1 bzw. 1,5 Prozentpunkte angestiegen sind. Obwohl die rechnerischen Ergebnisse auf Bundesebene der beiden Follow-up-Indikatoren zu Schrittmacher- und Defibrillator-Implantationen ähnlich ausfallen, werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens jedoch deutlich mehr Qualitätsdefizite für den Indikator aus dem Auswertungsmodul *HSM-IMPL* (ID 2194) festgestellt. Werden die aktuellen Ergebnisse allerdings mit den Ergebnissen des Vorjahres verglichen, wird deutlich, dass die qualitativ auffälligen Ergebnisse im Indikator aus dem Auswertungsmodul *DEFI-IMPL* (ID 132001) um ca. zwei Prozentpunkte angestiegen sind. Als Begründung hierfür werden vor allem Prozess- und Strukturmängel sowie ein erhöhtes Aufkommen an Sondenkomplikationen angeführt.

Bei beiden Indikatoren geht der überwiegende Anteil an auffälligen Fällen auf Dislokationen oder Dysfunktionen der Sonden zurück, weshalb die Ergebnisse der Follow-up-Indikatoren zusammen mit den Ergebnissen der Indikatoren „Sondendislokation oder -dysfunktion“ betrachtet werden sollten, die sich ausschließlich auf Sondenprobleme noch während des stationären Aufenthalts beziehen (siehe Abschnitt 2.2.2.7).

Tabelle 61: QI 2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	1,01 O/E = 2.680 / 2.640,75 4,42 % O/N = 2.680 / 60.604	0,98 O/E = 2.545 / 2.593,64 4,29 % O/N = 2.545 / 59.325	**0,99** **O/E = 2.666 / 2.685,02** **4,36 %** **O/N = 2.666 / 61.210**
rechnerische Auffälligkeiten	71 von 932 7,62 %	82 von 935 8,77 %	**68 von 902** **7,54 %** **(Refbereich: ≤ 2,54; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	18 / 70 (25,71 %)	**27 / 82** **(32,93 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	18 / 932 (1,93 %)	**27 / 935** **(2,89 %)**	n. a.

Tabelle 62: QI 132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	0,94 O/E = 620 / 662,40 3,85 % O/N = 620 / 16.109	1,06 O/E = 693 / 651,67 4,37 % O/N = 693 / 15.864	**0,97** **O/E = 661 / 681,92** **4,00 %** **O/N = 661 / 16.542**
rechnerische Auffälligkeiten	74 von 703 10,53 %	71 von 692 10,26 %	**69 von 695** **9,93 %** **(Refbereich: ≤ 2,72; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 74 (5,41 %)	**15 / 71** **(21,13 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 703 (0,57 %)	**15 / 692** **(2,17 %)**	n. a.

2.2.2.12 Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff (Follow-up)

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 63): „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 2195)
- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 64): „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 132002)

Die Indikatoren erfassen das Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten. Die Folgeeingriffe aufgrund einer Infektion oder einer Aggregatperforation sollen möglichst gering sein.

Da die Follow-up-Indikatoren zu Infektionen oder Aggregatperforationen erst ein Jahr später als die übrigen Indikatoren ausgewertet werden können, bewerten die im Auswertungsjahr 2025 berechneten Indikatoren alle Erstimplantationen von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren, die im Erfassungsjahr 2023 durchgeführt wurden. In den Zähler der Indikatoren gehen Folgeeingriffe aus den Erfassungsjahren 2023 oder 2024 ein, soweit diese innerhalb eines Jahres nach der Implantation stattfanden.

Das Bundesergebnis des Indikators aus dem Auswertungsmodul *HSM-IMPL* hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert wohingegen das Bundesergebnis des Indikators in *DEFI-IMPL* 20 Prozent schlechter ausfiel als erwartet. Ein ähnliches Bild zeigt sich im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024. Während nur noch die Hälfte der auffälligen Ergebnisse des Indikators 2195 als qualitativ auffällig gewertet werden, ist die Anzahl der qualitativ auffälligen Ergebnisse im Indikator 132002 gestiegen. In den Rückmeldungen der LAG wurden überwiegend Hinweise auf Prozess- und Strukturmängel sowie eine erhöhte Infektionsrate bedingt durch individuelle Hygienefehler genannt.

Tabelle 63: QI 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	1,09 O/E = 240 / 219,88 0,40 % O/N = 240 / 60.132	0,91 O/E = 196 / 216,14 0,33 % O/N = 196 / 58.948	**0,90** **O/E = 201 / 222,93** **0,33 %** **O/N = 201 / 60.839**
rechnerische Auffälligkeiten	44 von 932 4,72 %	37 von 935 3,96 %	**35 von 901** **3,88 %** **(Refbereich: ≤ 5,51; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 44 (15,91 %)	**3 / 37** **(8,11 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 932 (0,75 %)	**3 / 935** **(0,32 %)**	n. a.

Tabelle 64: QI 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,95 O/E = 109 / 114,84 0,68 % O/N = 109 / 16.007	1,05 O/E = 118 / 112,19 0,75 % O/N = 118 / 15.758	**1,20** **O/E = 140 / 116,65** **0,85 %** **O/N = 140 / 16.445**
rechnerische Auffälligkeiten	42 von 703 5,97 %	36 von 692 5,20 %	**39 von 694** **5,62 %** **(Refbereich: ≤ 6,62; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 42 (7,14 %)	**4 / 36** **(11,11 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 703 (0,43 %)	**4 / 692** **(0,58 %)**	n. a.

2.2.2.13 Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

- *HSM-IMPL* (siehe Tabelle 65): „Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation" (ID 102001)
- *DEFI-IMPL* (siehe Tabelle 66): „Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation" (ID 132003)

Diese Qualitätsindikatoren messen den Anteil an CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bis zur Entlassung der Patientin oder des Patienten erfolgreich implantiert werden konnte und nach dem Eingriff aktiv (also einsatzfähig) war. Dies ist in der Regel der schwierigste Teil einer CRT-Implantation. Für die Patientinnen und Patienten ist es relevant, dass ein funktionierendes CRT-System zur Resynchronisation der Aktivität beider Herzkammern implantiert wurde. Sofern ein Leistungserbringer die linksventrikuläre Sonde nicht erfolgreich implantiert, ist das Ziel des Eingriffs und ggf. des Krankenhausaufenthalts verfehlt. Dadurch ergeben sich für die Patientinnen und Patienten eine verzögerte Therapie sowie voraussichtlich eine Rehospitalisierung einschließlich einer weiteren Operation.

Wie bereits im Abschnitt 2.2.1 beschrieben wird im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Abschaffung des Indikators aus dem Auswertungsmodul *HSM-IMPL* zum AJ 2026 empfohlen (IQTIG 2023). Des Weiteren wurde für beide Indikatoren bisher noch kein Referenzbereich definiert. Für den Indikator 132003 ist die Einführung eines Referenzbereichs und die damit verbundene Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens zum kommenden Auswertungsjahr 2026 vorgesehen. Mit Blick auf die vorgenannten Rahmenbedingungen wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

Tabelle 65: QI 102001: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	97,93 % O = 2.273 N = 2.321	96,97 % O = 2.945 N = 3.037	**96,97 %** **O = 3.072** **N = 3.168**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 66: QI 132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	95,95 % O = 6.660 N = 6.941	95,34 % O = 7.052 N = 7.397	**95,64 %** **O = 7.067** **N = 7.389**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Verfahren *QS HSMDEF* werden im Auswertungsjahr 2025 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 16 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Die Auffälligkeitskriterien aus den Auswertungsmodulen *HSM-AGGW* und *DEFI-AGGW* werden nicht mehr ausgewertet, da ab dem Auswertungsjahr 2026 (EJ 2025) alle Qualitätsindikatoren aus diesen Auswertungsmodulen abgeschafft werden. Aus diesem Grund hat seit dem vergangenen Auswertungsjahr kein Stellungnahmeverfahren mehr zu diesen Indikatoren stattgefunden und auf eine Überprüfung der Datenqualität in den Modulen zu Aggregatwechseln wird verzichtet. Des Weiteren werden die Indikatoren, auf die sich die Auffälligkeitskriterien „Führendes Symptom ‚sonstiges'" (ID 813070) des Auswertungsmoduls *HSM-IMPL* und „Indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige'" (ID 850313) des Auswertungsmoduls *DEFI-IMPL* beziehen, überarbeitet. Darauf basierend werden die Referenzbereiche der beiden Auffälligkeitskriterien ausgesetzt und es erfolgt ebenfalls keine Berechnung der rechnerischen Auffälligkeiten.

Der höchste Anteil an Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 konnte mit 3,51 % bei dem Auffälligkeitskriterium „Führende Indikation ‚sonstiges'"

(ID 813071) identifiziert werden (AJ 2024: 3,30 %). Im Auswertungsjahr 2024 konnte im Auffälligkeitskriterium „Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem“ (ID 851904) mit 4,14 % der höchste Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen beobachtet werden (n = 24 von 580). Allerdings ist in dem Auswertungsjahr 2024 das AK 813071: „Führende Indikation ‚sonstiges‘“ das Auffälligkeitskriterium mit den meisten qualitativen Ergebnissen (77,33 %; n = 22 von 30).

Herzschrittmacher – Implantation

Tabelle 67: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
813070	Führendes Symptom ‚sonstiges‘	0,93 % 716/77.222 (n. d.)
813071	Führende Indikation ‚sonstiges‘	0,84 % 651/77.222 (≤ 3,70 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,32 % 66.187/65.976 (≥ 95,00 %)
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,64 % 77.350/76.856 (≥ 95,00 %)
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,64 % 77.350/76.856 (≤ 110,00 %)
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,17 % 128/76.856 (≤ 5,00 %)

Tabelle 68: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
813071	Führende Indikation ‚sonstiges'	101803: Leitlinienkonforme Indikation 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl 54143: Systeme 3.Wahl	2024	31 von 882	3,51	6
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2024	12 von 952	1,26	1
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	5 von 958	0,52	0
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	7 von 958	0,73	1
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	3 von 958	0,31	0

Herzschrittmacher – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 69: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	2,79 % 156/5.585 (≤ 9,64 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,48 % 7.576/7.540 (≥ 95,00 %)
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,75 % 8.740/8.675 (≥ 95,00 %)
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,75 % 8.740/8.675 (≤ 110,00 %)
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,60 % 52/8.675 (≤ 5,00 %)

Tabelle 70: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	2024	14 von 693	2,02	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2024	7 von 746	0,94	1
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	11 von 762	1,44	1
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	1 von 762	0,13	0
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	17 von 762	2,23	4

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 71: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit'		
850313	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	0,94 % 196/20.931 (n. d.)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,31 % 18.247/18.191 (≥ 95,00 %)
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,46 % 20.964/20.867 (≥ 95,00 %)
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,46 % 20.964/20.867 (≤ 110,00 %)
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,16 % 33/20.867 (≤ 5,00 %)

Tabelle 72: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2024	5 von 700	0,71	1
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	7 von 708	0,99	0
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	1 von 708	0,14	0
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	5 von 708	0,71	0

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 73: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	6,53 % 461/7.058 (≤ 16,10 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	99,98 % 6.259/6.260 (≥ 95,00 %)
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,51 % 7.089/7.053 (≥ 95,00 %)
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,51 % 7.089/7.053 (≤ 110,00 %)
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,44 % 31/7.053 (≤ 5,00 %)

Tabelle 74: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2024	19 von 567	3,35	3
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2024	3 von 558	0,54	1
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	4 von 571	0,70	1
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	1 von 571	0,18	0
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	7 von 571	1,23	2

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

HSM-IMPL: Häufig führendes Symptom ‚sonstiges´ (ID 813070)

Tabelle 75: AK 813070: Führendes Symptom ‚sonstiges´

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	0,76 % O = 555 N = 73.140	0,79 % O = 598 N = 75.305	**0,93 %** **O = 716** **N = 77.222**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	17 / 28 (60,71 %)	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	17 / 943 (1,80 %)	n. a.	n. a.

Das Datenfeld „führendes Symptom“ ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zur leitlinienkonformen Indikationsstellung und leitlinienkonformen Systemwahl von zentraler Bedeutung. Die Qualitätsindikatoren werden bei Dokumentation des Schlüsselwerts „sonstige“ als führendes Symptom ggf. nicht korrekt berechnet. Wird in vielen Fällen der Schlüsseleintrag „sonstiges“ als führendes Symptom dokumentiert, besteht somit die Gefahr, dass deren Ergebnis verzerrt wird. Dieses Auffälligkeitskriterium dient damit der Überprüfung der Datenqualität von den Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 101803) und „Leitlinienkonforme Systemwahl“ (ID 54140).

Im Auswertungsjahr 2025 hat der Anteil an Fällen, in denen „sonstige“ dokumentiert wurde, zugenommen. Somit hat sich das Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr deutlich verschlechtert (AJ 2025: 0,93 %; AJ 2024: 0,79 %). Wie bereits in Abschnitt 2.3.1 beschrieben befinden sich die beiden zugehörigen Indikatoren in Überarbeitung. Daher ist der Referenzbereich des Auffälligkeitskriteriums auch für das aktuelle Auswertungsjahr ausgesetzt, es werden keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse ausgegeben und es erfolgt ebenfalls keine Bewertung der Ergebnisse im Rahmen des Stellungnahmeverfahren.

HSM-IMPL: Häufig führende Indikation ‚sonstiges' (ID 813071)

Tabelle 76: AK 813071: Führende Indikation ‚sonstiges'

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,83 % O = 609 N = 73.140	0,77 % O = 579 N = 75.305	**0,84 %** **O = 651** **N = 77.222**
rechnerische Auffälligkeiten	27 von 943 2,86 %	30 von 909 3,30 %	**31 von 882** **3,51 %** **(Refbereich: ≤ 3,70 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	19 / 27 (70,37 %)	**22 / 30** **(73,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	19 / 943 (2,01 %)	**22 / 909** **(2,42 %)**	n. a.

Das Datenfeld „führende Indikation" ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zur leitlinienkonformen Indikationsstellung und leitlinienkonformen Systemwahl von zentraler Bedeutung. Die Qualitätsindikatoren werden bei Dokumentation des Schlüsselwerts „sonstige" als führende Indikation nicht berechnet. Wird in vielen Fällen der Schlüsseleintrag „sonstiges" als führende Indikation dokumentiert, wird die Berechnung des Indikatorergebnisses verzerrt, da diese Fälle nicht in die Grundgesamtheit der Indikatoren „Leitlinienkonforme Indikation" (ID 101803) und „Leitlinienkonforme Systemwahl" (ID 54140) eingehen.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 0,84 % der Fälle der Schlüsselwert „sonstige" dokumentiert. Somit hat sich der Anteil im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert und ist wieder auf dem gleichen Niveau wie zwei Jahre zuvor (AJ 2023: 0,83 %). Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 3,70 % wurden bei 31 von 882 Leistungserbringern (3,51 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt (73,33 %; n = 22 von 30 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Als Gründe für die Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden vonseiten der LAG Dokumentationsfehler genannt.

HSM-REV: Angabe ,'kein Eingriff an der Sonde ' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen (ID 850339)

Tabelle 77: AK 850339: Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,71 % O = 156 N = 5.754	2,75 % O = 157 N = 5.713	**2,79 %** **O = 156** **N = 5.585**
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 751 1,33 %	12 von 725 1,66 %	**14 von 693** **2,02 %** **(Refbereich: ≤ 9,64 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 10 (50,00 %)	**9 / 12** **(75,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 751 (0,67 %)	**9 / 725** **(1,24 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium ist relevant für die Qualitätsindikatoren „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52305), „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52307) und „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ (ID 52315). Das Auffälligkeitskriterium prüft, inwiefern als Art des Vorgehens „kein Eingriff an der Sonde“ bei allen Patientinnen und Patienten mit Sondenproblemen dokumentiert wurde, bei denen die betroffene Sonde nicht explantiert oder stillgelegt wurde.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde für 2,79 % der Patientinnen und Patienten „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert. Somit liegen die Ergebnisse in einem ähnlichen Bereich wie in den Vorjahren. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 9,64 % wurden bei 14 von 693 Leistungserbringern (2,02 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt (75,00 %; n = 9 von 12 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet das, dass der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen, welche als qualitativ auffällig eingestuft wurden, um 25 Prozentpunkte gestiegen ist. Als Gründe für diese Bewertung wurden vonseiten der LAG erneut Dokumentationsfehler genannt.

DEFI-IMPL: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige' (ID 850313)

Tabelle 78: AK 850313: Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,65 % O = 129 N = 19.968	0,65 % O = 136 N = 20.780	**0,94 %** **O = 196** **N = 20.931**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 15 (40,00 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 697 (0,86 %)	**n. a.**	n. a.

Das Datenfeld „indikationsbegründendes klinisches Ereignis" ist zur Berechnung des Qualitätsindikators zur leitlinienkonformen Indikationsstellung (ID 50055) von zentraler Bedeutung. Der Indikator wird bei Dokumentation des Schlüsselwerts „sonstige" als indikationsbegründendes klinisches Ereignis ggf. nicht korrekt berechnet. Wird in vielen Fällen der Schlüsseleintrag „sonstiges" als indikationsbegründendes klinisches Ereignis dokumentiert, besteht somit die Gefahr, dass das Indikatorergebnis verzerrt wird.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 0,94 % der Fälle der Schlüsselwert „sonstige" dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr ist das Bundesergebnis um ca. 0,3 Prozentpunkte gestiegen (AJ 2024: 0,65 %). Wie bereits in Abschnitt 2.3.1 beschrieben befinden sich der Indikator in Überarbeitung. Daraus folgt, dass der Referenzbereich des Auffälligkeitskriteriums auch für das aktuelle Auswertungsjahr ausgesetzt ist, keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse ausgegeben werden und ebenfalls keine Bewertung der Ergebnisse im Rahmen des Stellungnahmeverfahren erfolgt.

DEFI-REV: Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem (ID 851904)

Tabelle 79: AK 851904: Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem im Modul DEFI-REV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	11,06 % O = 767 N = 6.938	6,91 % O = 470 N = 6.798	**6,53 %** **O = 461** **N = 7.058**
rechnerische Auffälligkeiten	33 von 601 5,49 %	24 von 580 4,14 %	**19 von 567** **3,35 %** **(Refbereich: ≤ 16,10 %; 95. Perzentil)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 33 (39,39 %)	**7 / 24 (29,17 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 601 (2,16 %)	**7 / 580 (1,21 %)**	n. a.

Mit diesem Auffälligkeitskriterium wird die Datenqualität der Follow-up-Indikatoren „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 132001) und „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 132002) geprüft. Wird in zu vielen Fällen ein sonstiges Problem dokumentiert, kann dies ggf. zu einer verfälschten Berechnung der Follow-up-Indikatoren führen, da die Komplikationen dem falschen Indikator zugeordnet werden.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 6,53 % der Patientinnen und Patienten in der Grundgesamtheit ein sonstiges Taschen- oder Sondenproblem als Indikation zum Folgeeingriff dokumentiert. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 16,10 % wurden bei 3,35 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt (19 von 567). Sowohl das Bundesergebnis als auch der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen verzeichnet somit weiterhin einen abnehmenden Trend.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde ca. ein Drittel der Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (29,17 %; n = 7 von 24). Auch hier wurde vonseiten der LAG Dokumentationsfehler als Begründung genannt.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

In den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zeigen sich für das Verfahren *QS HSMDEF* im Auswertungsjahr 2025 keine Besonderheiten.

Herzschrittmacher – Implantationen

Tabelle 80: AK 813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten im Modul HSMDEF-HSM-IMPL

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,72 % O = 62.734 N = 62.908	100,56 % O = 64.802 N = 64.443	**100,32 %** **O = 66.187** **N = 65.976**
rechnerische Auffälligkeiten	14 von 1.021 1,37 %	7 von 981 0,71 %	**12 von 952** **1,26 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 14 (78,57 %)	**3 / 7 (42,86 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	11 / 1.021 (1,08 %)	**3 / 981 (0,31 %)**	n. a.

Tabelle 81: AK 850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation im Modul HSMDEF-HSM-IMPL

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,55 % O = 73.235 N = 72.836	100,90 % O = 75.430 N = 74.758	**100,64 %** **O = 77.350** **N = 76.856**
rechnerische Auffälligkeiten	14 von 1.032 1,36 %	14 von 992 1,41 %	**5 von 958** **0,52 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 14 (64,29 %)	**8 / 14** **(57,14 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	9 / 1.032 (0,87 %)	**8 / 992** **(0,81 %)**	n. a.

Tabelle 82: AK 850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation im Modul HSMDEF-HSM-IMPL

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,55 % O = 73.235 N = 72.836	100,90 % O = 75.430 N = 74.758	**100,64 %** **O = 77.350** **N = 76.856**
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 1.032 0,58 %	4 von 992 0,40 %	**7 von 958** **0,73 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 6 (50,00 %)	**2 / 4** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.032 (0,29 %)	**2 / 992** **(0,20 %)**	n. a.

Tabelle 83: AK 850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS im Modul HSMDEF-HSM-IMPL)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,13 % O = 95 N = 72.836	0,17 % O = 125 N = 74.758	**0,17 %** **O = 128** **N = 76.856**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 1.032 0,29 %	3 von 992 0,30 %	**3 von 958** **0,31 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 3 (0,00 %)	**1 / 3** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.032 (0,00 %)	**1 / 992** **(0,10 %)**	n. a.

Herzschrittmacher – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 84: AK 813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten im Modul HSMDEF-HSM-REV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,34 % O = 7.963 N = 7.936	101,16 % O = 7.652 N = 7.564	**100,48 %** **O = 7.576** **N = 7.540**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 795 0,13 %	3 von 759 0,40 %	**7 von 746** **0,94 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	**1 / 3** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 795 (0,13 %)	**1 / 759** **(0,13 %)**	n. a.

Tabelle 85: AK 850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation im Modul HSMDEF-HSM-REV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,75 % O = 9.183 N = 9.115	101,23 % O = 8.816 N = 8.709	**100,75 %** **O = 8.740** **N = 8.675**
rechnerische Auffälligkeiten	11 von 812 1,35 %	4 von 776 0,52 %	**11 von 762** **1,44 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 11 (54,55 %)	**3 / 4** **(75,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 812 (0,74 %)	**3 / 776** **(0,39 %)**	n. a.

Tabelle 86: AK 850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation im Modul HSMDEF-HSM-REV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,75 % O = 9.183 N = 9.115	101,23 % O = 8.816 N = 8.709	**100,75 %** **O = 8.740** **N = 8.675**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 812 0,37 %	0 von 776 0,00 %	**1 von 762** **0,13 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 (33,33 %)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 812 (0,12 %)	**0 / 776** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 87: AK 850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) im Modul HSMDEF-HSM-REV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,53 % O = 48 N = 9.115	0,54 % O = 47 N = 8.709	**0,60 %** **O = 52** **N = 8.675**
rechnerische Auffälligkeiten	18 von 812 2,22 %	18 von 776 2,32 %	**17 von 762** **2,23 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 18 (33,33 %)	**2 / 18** **(11,11 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 812 (0,74 %)	**2 / 776** **(0,26 %)**	n. a.

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 88: AK 851801: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,58 % O = 17.323 N = 17.396	100,16 % O = 18.061 N = 18.032	**100,31 %** **O = 18.247** **N = 18.191**
rechnerische Auffälligkeiten	9 von 714 1,26 %	6 von 717 0,84 %	**5 von 700** **0,71 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 9 (77,78 %)	**4 / 6** **(66,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	7 / 714 (0,98 %)	**4 / 717** **(0,56 %)**	n. a.

Tabelle 89: AK 850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,63 % O = 19.980 N = 19.855	100,67 % O = 20.796 N = 20.658	**100,46 %** **O = 20.964** **N = 20.867**
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 719 1,39 %	6 von 721 0,83 %	**7 von 708** **0,99 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 10 (60,00 %)	**2 / 6** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 719 (0,83 %)	**2 / 721** **(0,28 %)**	n. a.

Tabelle 90: AK 850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,63 % O = 19.980 N = 19.855	100,67 % O = 20.796 N = 20.658	**100,46 %** **O = 20.964** **N = 20.867**
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 719 0,83 %	0 von 721 0,00 %	**1 von 708** **0,14 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 6 (50,00 %)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 719 (0,42 %)	**0 / 721** **(0,00 %)**	n. a.

Tabelle 91: AK 850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,06 % O = 12 N = 19.855	0,08 % O = 16 N = 20.658	**0,16 %** **O = 33** **N = 20.867**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 719 0,42 %	4 von 721 0,55 %	**5 von 708** **0,71 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 3 (66,67 %)	**1 / 4** **(25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 719 (0,28 %)	**1 / 721** **(0,14 %)**	n. a.

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 92: AK 851803: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten im Modul DEFI-REV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,20 % O = 6.062 N = 6.050	100,37 % O = 5.932 N = 5.910	**99,98 %** **O = 6.259** **N = 6.260**
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 596 0,50 %	2 von 566 0,35 %	**3 von 558** **0,54 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 3 (66,67 %)	**1 / 2 (50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 596 (0,34 %)	**1 / 566 (0,18 %)**	n. a.

Tabelle 93: AK 850197: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation im Modul DEFI-REV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,97 % O = 6.956 N = 6.889	100,78 % O = 6.816 N = 6.763	**100,51 % O = 7.089 N = 7.053**
rechnerische Auffälligkeiten	7 von 605 1,16 %	2 von 584 0,34 %	**4 von 571 0,70 % (Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 7 (57,14 %)	**1 / 2 (50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 605 (0,66 %)	**1 / 584 (0,17 %)**	n. a.

Tabelle 94:AK 850198: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation im Modul DEFI-REV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,97 % O = 6.956 N = 6.889	100,78 % O = 6.816 N = 6.763	**100,51 % O = 7.089 N = 7.053**
rechnerische Auffälligkeiten	2 von 605 0,33 %	0 von 584 0,00 %	**1 von 571 0,18 % (Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 2 (0,00 %)	**0 / 0 (-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 605 (0,00 %)	**0 / 584 (0,00 %)**	n. a.

Tabelle 95: AK 850222: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) im Modul DEFI-REV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,26 % O = 18 N = 6.889	0,27 % O = 18 N = 6.763	**0,44 % O = 31 N = 7.053**
rechnerische Auffälligkeiten	2 von 605 0,33 %	5 von 584 0,86 %	**7 von 571 1,23 % (Refbereich: ≤ 5,00 %)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 2 (0,00 %)	**2 / 5 (40,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 605 (0,00 %)	**2 / 584 (0,34 %)**	n. a.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens für das gesamte Verfahren *QS HSMDEF*

Im gesamten Verfahren *QS HSMDEF* wurden – über alle Auswertungsmodule hinweg – im Rahmen des zum Auswertungsjahr 2024 durchgeführten Stellungnahmeverfahrens (zum Erfassungsjahr 2023 bzw. 2022) 16 der insgesamt 36 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 12.713 Indikatorenergebnisse ermittelt wurden – dies entspricht der Summe der Indikatorenergebnisse aller Qualitätsindikatoren mit einem definierten Referenzbereich im Auswertungsjahr 2024.

Für 20 Qualitätsindikatoren wurde für das Auswertungsjahr 2024 kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, aufgrund der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung.

Von den 12.713 Indikatorenergebnissen mit definiertem Referenzbereich wurden im gesamten Verfahren *QS HSMDEF* insgesamt 829 (6,25 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Für 223 (26,90 %) dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 371 (44,75 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ unauffällig und 169 (20,39 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Bezogen auf alle 606 eingeleiteten Stellungnahmeverfahren entspricht dies einem Anteil qualitativer Auffälligkeiten von 27,89 %. Insgesamt wurden 131 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Maßnahmenstufe 2 erfolgten zu keinem Indikatorergebnis.

Ein Vergleich über die Auswertungsmodule hinweg zeigt, dass die meisten Qualitätsdefizite anhand der bestehenden Qualitätsindikatoren im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bei der Durchführung von Herzschrittmacher-Implantationen festgestellt wurden. Im Auswertungsmodul *HSM-IMPL* wurden 23,14 % der rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnisse als „qualitativ auffällig“ bewertet (n = 118 von 510). Im Vergleich zu den anderen Auswertungsmodulen im QS-Verfahren *QS HSMDEF* war hier der höchste Anteil der Maßnahmenstufe 1 zu verzeichnen (n = 98 von 131).

Eine Übersicht über die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens im Vergleich zum Vorjahr (Anzahl bzw. Anteil an Auffälligkeiten, Bewertungen und initiierte Maßnahmen) können je nach Auswertungsmodul Tabelle 96, Tabelle 97, Tabelle 98, Tabelle 99, Tabelle 100 und Tabelle 101 entnommen werden.

Herzschrittmacher – Implantation

Tabelle 96: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-IMPL

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	12.682	-	11.490	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	9.413	100,00	7.307	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	653	6,94	510	6,98
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,15	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	652	100,00	510	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	652	100,00	510	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	238	36,50	138	27,06
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	414	63,50	372	72,94
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	410	99,03	372	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	1,69	3	0,81
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,24	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	249	38,19	209	40,98
Bewertung als qualitativ auffällig	139	21,32	118	23,14
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	16	2,45	11	2,16
Sonstiges	10	1,53	34	6,67
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	75	n. a.	98	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Herzschrittmacher – Aggregatswechsel

Tabelle 97: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-AGGW

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.698	-	1.623	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.698	100,00	0	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	100	5,89	0	0,00
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	100	100,00	0	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	100	100,00	0	0,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	47	47,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	53	53,00	0	0,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	52	98,11	0	0,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	1,89	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	28	28,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	14	14,00	0	0,00
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	10	10,00	0	0,00
Sonstiges	1	1,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	10	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Herzschrittmacher – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 98: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-REV

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	2.355	-	2.260	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.355	100,00	764	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	123	5,22	35	4,58
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	123	100,00	35	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	123	100,00	35	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	48	39,02	10	28,57
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	75	60,98	25	71,43
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	75	100,00	25	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	57	46,34	24	68,57
Bewertung als qualitativ auffällig	8	6,50	0	0,00
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	0	0,00
Sonstiges	10	8,13	1	2,86
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	2	n. a.	1	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 99: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	8.309	-	7.590	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	6.329	100,00	3.482	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	453	7,16	224	6,43
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	453	100,00	224	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	453	100,00	224	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	201	44,37	53	23,66
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	252	55,63	171	76,34
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	249	98,81	171	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	5	1,98	2	1,17
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	0,79	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	183	40,40	104	46,43
Bewertung als qualitativ auffällig	42	9,27	48	21,43
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	9	1,99	6	2,68
Sonstiges	18	3,97	13	5,80
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	23	n. a.	30	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatswechsel

Tabelle 100: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-AGGW

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.390	-	1.350	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.390	100,00	0	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	51	3,67	0	0,00
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	51	100,00	0	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	51	100,00	0	0,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	28	54,90	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	23	45,10	0	0,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	22	95,65	0	0,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	4,35	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	17	33,33	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	4	7,84	0	0,00
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	2	3,92	0	0,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	2	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 101: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-REV

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.765	-	1.714	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.765	100,00	1.160	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	91	5,16	60	5,17
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	91	100,00	60	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	91	100,00	60	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	32	35,16	22	36,67
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	59	64,84	38	63,33
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	59	100,00	38	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	1,69	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	1,69	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	49	53,85	34	56,67
Bewertung als qualitativ auffällig	7	7,69	3	5,00
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	1,10	0	0,00
Sonstiges	2	2,20	1	1,67
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	4	n. a.	2	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zu einzelnen Qualitätsindikatoren

Bei der Bewertung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens auf Ebene der einzelnen Indikatoren wird die Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten im Folgenden nicht mit den rechnerischen Auffälligkeiten, sondern mit der Anzahl an Indikatorergebnissen insgesamt zum betreffenden Indikator in Beziehung gesetzt. Dies erfolgt, um eine Aussage darüber treffen zu können, in welchem Maße in Bezug auf die bundesweite Versorgung mit Herzschrittmachern und Defibrillatoren durch das Stellungnahmeverfahren Qualitätsdefizite zu einem bestimmten Qualitätsmerkmal festgestellt werden konnten.

Für das Auswertungsjahr 2024 ist das Stellungnahmeverfahren nicht für alle Indikatoren des QS-Verfahrens durchgeführt worden. Basierend hierfür sind die Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023). So wurden – über alle Auswertungsmodule hinweg – 20 Indikatoren zur Abschaffung oder Überarbeitung empfohlen und der entsprechende Referenzbereich bereits für das Auswertungsjahr 2024 ausgesetzt. Daraus folgt, dass beispielsweise in den Modulen *HSM-AGGW* sowie *DEFI-AGGW* überhaupt kein Stellungnahmeverfahren stattgefunden haben und auf eine tabellarische Darstellung im weiteren Verlauf verzichtet wird. Für den Indikator „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern“ (ID 54143) hat erstmalig ein Stellungnahmeverfahren stattgefunden.

Wie bereits im vergangenem Jahr sind auch in diesem Jahr die Qualitätsindikatoren mit dem höchsten Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse folgende:

- 4,08 % (37 von 906) – *HSM-IMPL*: „Dosis-Flächen-Produkt“ (ID 101800)
- 3,45 % (24 von 695) – *DEFI-IMPL*: „Dosis-Flächen-Produkt“ (ID 131801)
- 2,89 % (27 von 935) – *HSM-IMPL*: „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 2194)
- 2,75 % (25 von 909) – *HSM-IMPL*: „Sondendislokation oder –dysfunktion“ (ID 52311)
- 2,17 % (15 von 692) – *DEFI-IMPL*: „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 132001)
- 1,87 % (17 von 909) – *HSM-IMPL*: „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)) (ID 101801)

Dieses Bild zeigt sich auch in der Übersicht der wiederholten rechnerischen sowie qualitativen Auffälligkeiten im Jahresverlauf, die für das QS-Verfahren *QS HSMDEF* erstmals Daten enthält. So gibt es in allen oben genannten Indikatoren Leistungserbringer, die sowohl im Vorjahr als auch im Vorvorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten. Davon wiesen auch einige Leistungserbringer qualitativ auffällige Ergebnisse über zwei Jahre hinweg auf. Bei den Follow-up-Indikatoren zu prozedurassoziierten Problemen (IDs 2194 und 132001) waren drei bzw. ein Leistungserbringer bereits im Vorjahr qualitativ auffällig. Somit entsprechen auch die diesjährigen Ergebnisse dem Trend, dass die meisten qualitativen Auffälligkeiten zum einen durch ungenügende Maßnahmen zum Strahlenschutz während der Herzschrittmacher- bzw. Defibrillator-Implantation bedingt sind (Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt (IDs 101800 und 131801), zum anderen durch eine zu hohe Rate an Sondenkomplikationen nach einer Herzschrittmacher-Implantation (Indikator zu Sondendislokationen oder –dysfunktionen während des stationären Aufenthalts (ID 52311) und

Follow-up-Indikator zu prozedurassoziierten Problemen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (ID 2194)). Die konkreten Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten zu diesen Indikatoren sowie die auf Landesebene initiierten QS-Maßnahmen können den Abschnitten 2.2.2.4, 2.2.2.7 und 2.2.2.11 entnommen werden.

Beim Abgleich der verschiedenen Gründe für die Bewertungen im Stellungnahmeverfahren fällt schließlich auf, dass eine kleine Fallzahl sowohl als Grund dafür angeführt wird, auf die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zu verzichten, als auch als Begründung für die Bewertung „qualitativ auffällig". Dies deutet darauf hin, dass die LAG bei der Bewertung der Indikatorenergebnisse von Leistungserbringern mit einem kleinen Implantationsvolumen im Stellungnahmeverfahren aufgrund der statistischen Unsicherheit und den begrenzten Ressourcen auf Landesebene Herausforderungen ausgesetzt sind, die ein heterogenes Vorgehen je nach Bundesland begünstigen. So wurde nach Rückmeldung des Expertengremiums auf Bundesebene in diesen Fällen je nach LAG zum Teil unterschiedlich vorgegangen. Häufig wurde jedoch bei kleinen Fallzahlen, vor allem wenn das Indikatorergebnis nicht statistisch signifikant vom Referenzbereich abwich, mit den Leistungserbringern erst dann ein Stellungnahmeverfahren geführt, wenn deren Ergebnisse bereits in den letzten beiden Vorjahren oder in mehreren Indikatoren des aktuellen Jahres rechnerisch auffällig waren. Des Weiteren fällt auf, dass die als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse oft mit der Bewertung U62 („das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle") begründet wurden.

- *HSM-IMPL*: „Dosis-Flächen-Produkt" (ID 101800): 4,78 % (15 von 314)
- *DEFI-IMPL*: „Dosis-Flächen-Produkt" (ID 131801): 7,96 % (25 von 314)
- *HSM-IMPL*: „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres" (ID 2194): 6,37 % (20 von 314)
- *HSM-IMPL*: „Sondendislokation oder –dysfunktion" (ID 52311): 5,73 % (18 von 314)
- *DEFI-IMPL*: „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres" (ID 132001): 7,96 % (25 von 314)
- *HSM-IMPL*: „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)) (ID 101801): 15,60 % (49 von 314)
- Eine Sonderauswertung hat gezeigt, dass Leistungserbringer mit der Bewertung U62 in der Regel 1 bis 3 Zählereignissen hatten. Vereinzelte Leistungserbringer weisen sogar zwischen 4 und 14 Zählerereignissen auf.

In Tabelle 102, Tabelle 103, Tabelle 104 und Tabelle 105 sind die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Auch hier wird erneut deutlich, dass in den Auswertungsmodulen *HSM-IMPL* und *DEFI-IMPL* mehrfache rechnerische Auffälligkeiten auftreten – so wiesen insgesamt 39 bzw. 4 Leistungserbringer mehr als 3 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf. Auch bei den qualitativen Auffälligkeiten gibt es bei *HSM-IMPL* 2 Leistungserbringer mit 3 oder mehr qualitativ auffälligen Ergebnissen.

Herzschrittmacher – Implantation

Tabelle 102: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-HSM-IMPL

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
226	80	39	84	14	2

Herzschrittmacher – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 103: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-HSM-REV

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
35	0	0	0	0	0

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 104: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-DEFI-IMPL

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
159	26	4	40	4	0

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 105: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-DEFI-REV

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
54	3	0	3	0	0

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im gesamten Verfahren *QS HSMDEF* wurden im Rahmen des 2024 durchgeführten Stellungnahmeverfahrens (zum EJ 2023) insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 16 zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 16.158 Auffälligkeitskriterienergebnisse ermittelt wurden.

Von den Auffälligkeitskriterienergebnissen wurden insgesamt 144 (0,89 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Für 33 (22,92 %) dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bezogen auf die 111 (77,08 %) eingeleiteten Stellungnahmeverfahren wurde für alle Ergebnisse ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Gespräche oder Begehungen haben nicht stattgefunden. Anlass für die Einleitung und Durchführung des Stellungnahmeverfahrens war in allen Fällen die rechnerische Auffälligkeit des Auffälligkeitskriterienergebnisses. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 38 (26,39 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ unauffällig und 69 (47,92 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Bezogen auf alle 111 eingeleiteten Stellungnahmeverfahren entspricht dies einem Anteil qualitativer Auffälligkeiten von 62,16 %. Insgesamt wurden schließlich 12 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Maßnahmenstufe 2 erfolgten zu keinem Auffälligkeitskriterienergebnis.

Ein Vergleich über die Auswertungsmodule hinweg zeigt, dass die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse in *HSM-IMPL* (62,07 %; 36 von 58) und *DEFI-IMPL* (43,75 %; 7 von 16) auftreten. Hingegen wurde in den Auswertungsmodulen *HSM-REV* (78,38 %; 29 von 37) sowie *DEFI-REV* (87,88 %; 29 von 33) am häufigsten das Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

7 der 12 initiierten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Maßnahmenstufe 1 betrafen die Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls *HSM-IMPL*. 4 weitere Maßnahmen betrafen die Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls *HSM-REV* und die letzte Maßnahmenangabe entfiel auf die Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmodul *DEFI-IMPL*.

Eine Übersicht über die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens (Anzahl bzw. Anteil an Auffälligkeiten, Bewertungen und initiierte Maßnahmen) kann je nach Auswertungsmodul dem Anhang entnommen werden.

Herzschrittmacher – Implantation

Tabelle 106: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-IMPL

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	6.013	100,00	4.895	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	92	1,53	58	1,18
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	92	100,00	58	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	16	17,39	13	22,41
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	76	82,61	45	77,59
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	74	97,37	45	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	2,63	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	16	17,39	6	10,34
Bewertung als qualitativ auffällig	59	64,13	36	62,07
Sonstiges	1	1,09	3	5,17
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	6	n. a.	7	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Herzschrittmacher – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 107: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-REV

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.994	100,00	3.837	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	43	1,08	37	0,96
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	43	100,00	37	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	16	37,21	8	21,62
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	27	62,79	29	78,38
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	27	100,00	29	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	7	16,28	13	35,14
Bewertung als qualitativ auffällig	19	44,19	15	40,54
Sonstiges	1	2,33	1	2,70
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	4	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 108: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.580	100,00	2.907	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	43	1,20	16	0,55
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	43	100,00	16	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	11	25,58	8	50,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	32	74,42	8	50,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	31	96,88	8	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	3,12	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	7	16,28	1	6,25
Bewertung als qualitativ auffällig	24	55,81	7	43,75
Sonstiges	1	2,33	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	3	n. a.	1	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 109: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-REV

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.025	100,00	2.910	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	47	1,55	33	1,13
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	47	100,00	33	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	7	14,89	4	12,12
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	40	85,11	29	87,88
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	39	97,50	29	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	2,50	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	21	44,68	18	54,55
Bewertung als qualitativ auffällig	19	40,43	11	33,33
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	3	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

In Tabelle 110, Tabelle 111, Tabelle 112 und Tabelle 113 sind pro Auswertungsmodul die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Ein Großteil der Leistungserbringer weist jeweils nur eine rechnerische oder qualitative Auffälligkeit auf. Vereinzelt kommt es dennoch zu mehrfachen Auffälligkeiten – so beispielsweise in *HSM-IMPL*, wo zwei Leistungserbringer 2 qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen. In den anderen Auswertungsmodulen des Verfahrens war es in dieser Kategorie jeweils nur ein Leistungserbringer. Im Gegensatz zum Vorjahr weist kein Leistungserbringer 3 oder mehr qualitativ auffällige Ergebnisse auf.

Herzschrittmacher – Implantation

Tabelle 110: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-HSM-IMPL

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
45	2	3	32	2	0

Herzschrittmacher – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 111: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-HSM-REV

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
35	1	0	13	1	0

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 112: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-DEFI-IMPL

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
10	3	0	5	1	0

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 113: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HSMDEF-DEFI-REV

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
31	1	0	9	1	0

4 Evaluation

Im Verfahren *QS HSMDEF* besteht die Herausforderung, die im Krankenhaus verwendeten Herzschrittmachersysteme und den medizinischen Alltag mithilfe der QS-Dokumentation abzubilden. So wurden in den vergangenen Jahren Anfragen vonseiten der Landesebene gestellt, wie Herzschrittmacher oder teilweise nun auch implantierbare Defibrillatoren mit einer Sonde am Leitungssystem (sog. Conduction System Pacing) adäquat zu dokumentieren seien. In der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2025 wurden deshalb neue Datenfelder eingefügt, die es nun ermöglichen, neben Systemen mit einer Sonde am HIS-Bündel auch Systeme mit einer Sonde im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) gesondert zu erfassen. Des Weiteren wurden einige Plausibilitätsregeln in den Dokumentationsbögen geändert und Systeme mit Sonde am HIS-Bündel aus der Grundgesamtheit der Indikatoren zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden (IDs 52305 und 52316) ausgeschlossen, da deren Messwerte nicht mit denen konventioneller Systeme vergleichbar sind. Allerdings liegt nun – für das aktuelle Erfassungsjahr 2025 – ein Plausibilitätsfehler in der Spezifikation des Erfassungsmoduls 09/4 vor. Dieser führt dazu, dass die Datenfelder im Abschnitt „Rechtsventrikuläre Sonde“ (Datenfelder „Reizschwelle“, „Reizschwelle nicht gemessen“, „R-Amplitude“ und „R-Amplitude nicht gemessen“) nicht mehr in allen Fällen, wie bisher, ausgefüllt werden können. Diese Problematik betrifft den Indikator „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen" (ID 52316). Das IQTIG hat ein Informationsschreiben an die Leistungserbringer versandt und über den Plausibilitätsfehler informiert, sowie über dessen Behebung in der Spezifikation EJ 2026. Die akzeptablen Reizschwellenwerte sind aus Sicht des Expertengremiums auf Bundesebene ein wichtiger Parameter, um die Versorgungsqualität des Krankenhauses einschätzen zu können. Aufgrund des Fehlers kann der Indikator im AJ 2026 nicht zur Einschätzung der Versorgungsqualität herangezogen werden, was vom dem Expertengremium auf Bundesebene kritisch gesehen wird. Das IQTIG wird prüfen, ob zukünftig noch weitere Anpassungen an der Spezifikation oder den Rechenregeln aufgrund neuartiger Systemarten notwendig sind.

Aufgrund des seit 2023 geltenden neuen Katalogs zu ambulant durchführbaren Operationen (AOP-Katalog) ist eine Ambulantisierung und ein deutlicher Rückgang der stationären Fallzahlen im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung erwartet worden. Dieser erwartete Rückgang spiegelte sich in der Datengrundlage nicht wider, mit Ausnahme der Auswertungsmodule *HSM-AGGW* und *DEFI-AGGW* (siehe Abschnitt 2.1). Ausmaß und Geschwindigkeit der Ambulantisierung sind schwer abzuschätzen, allerdings könnten nach Meinung des Expertengremiums auf Bundesebene etwa 15 % bis 20 % der Herzschrittmacher-Implantationen ambulant durchgeführt werden. Auch die Landesebene meldet dem IQTIG zurück, dass es in diesem Zuge immer mehr zu Verzerrungen in den Ergebnissen des QS-Verfahrens kommen kann. Die Vielzahl an ambulant erbrachten Leistungen im Krankenhaus geht nicht in die Grundgesamtheit des Verfahrens ein und führt somit zu Verzerrungen, insbesondere mit Blick auf die Komplikationsraten. In der Regel würden „einfachere“ Eingriffe ambulant und komplexere Eingriffe stationär

erfolgen. Um den Einbezug des ambulanten Bereichs zu überprüfen, wurde das IQTIG im Oktober 2024 vom G-BA mit der Weiterentwicklung des Verfahrens *QS HSMDEF* beauftragt.

Darüber hinaus besteht wie auch in dem QS-Verfahren *QS PCI* das Problem der Verbringungsleistungen, die vom verbringenden (da abrechnenden), nicht aber vom leistungserbringenden Standort zu dokumentieren sind. Dies ist aus LAG-Sicht nicht nur unwirtschaftlich, da teilweise Kliniken mit sehr wenigen Schrittmacher-Eingriffen pro Jahr die entsprechende Dokumentationssoftware anschaffen müssen. Es sei auch inhaltlich nicht sinnvoll, da die Prozess- und Ergebnisqualität nicht dem verbringenden, sondern dem leistungserbringenden Standort zuzurechnen sind.

Gemäß DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft, wobei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldungen weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der Landesarbeitsgemeinschaften) eingeholt werden. Die Ziele des Verfahrens QS HSMDEF sind in § 1 Abs. 3 Satz 3 der Themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL folgendermaßen festgelegt:

1. Verbesserung der Indikationsstellung und Systemwahl
2. Verbesserung der Prozessqualität
3. Verringerung von Komplikationen während und nach den Eingriffen

Die Angemessenheit und Leitlinienkonformität der Indikationsstellung und Systemwahl wird anhand der entsprechenden Qualitätsindikatoren aus den Auswertungsmodulen *HSM-IMPL* und *DEFI-IMPL* gemessen. Diese Indikatoren werden derzeit laut den Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung umfassend überarbeitet (IQTIG 2023). Erst nach vollständiger Umsetzung der Überarbeitung kann abschließend beurteilt werden, für welche Eingriffe des QS-Verfahrens weiterhin eine Bewertung der Indikationsstellung und der Systemwahl im Rahmen der gesetzlichen einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erfolgen kann. Die Überarbeitung beinhaltet unter anderem eine Prüfung der Grundgesamtheit der jeweiligen Indikatoren. Als Ergebnis wird erwartet, dass die Grundgesamtheit der Indikatoren eingeschränkt wird oder einige Indikatoren zur Abschaffung empfohlen werden.

Obwohl die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren „Dosis-Flächen-Produkt“ (IDs 101800 und 131801) darauf hindeuten, dass noch von zu vielen Krankenhausstandorten nicht genügend Maßnahmen zum Strahlenschutz während Herzschrittmacher- oder Defibrillator-Implantationen ergriffen werden, wurde aufgrund der neuen gesetzlichen Bestimmungen im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung empfohlen, diese Prozessindikatoren zum Auswertungsjahr 2026 (EJ 2025) auszusetzen. Seitens der LAG wird diese Entscheidung sehr kritisch gesehen. Als objektives Maß sei das Dosis-Flächen-Produkt ideal geeignet für die Abbildung in einem Qualitätsindikator und sollte im Sinne der Patienten- als auch der Mitarbeitersicherheit beibehalten werden. Auch die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene befürworten die Abschaffungsempfehlungen nicht. Die beiden Indikatoren wiesen über die vergangenen Jahre viele rechnerische und besonders qualitativ auffällige Ergebnisse auf.

Dementsprechend viele Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden in diesen Indikatoren veranlasst und häufig mit Erfolg abgeschlossen.

Perspektivisch bleibt abzuwarten, ob die o. g. neuen gesetzlichen Bestimmungen und Maßnahmen eine ähnliche Lenkungswirkung entfalten werden wie die bisherigen Maßnahmen im Rahmen der externen Qualitätssicherung. So wurde das IQTIG vom G-BA beauftragt, die Abschaffungsempfehlung mit Blick auf die Effekte und die Wirksamkeit der gesetzlichen Vorgaben zum Strahlenschutz im kommenden Jahr zu evaluieren. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass es ggf. – in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Evaluation – zu einer Wiedereinführung der Qualitätsindikatoren „Dosis-Flächen-Produkt" kommen kann.

Da auch die anderen Prozessindikatoren des QS-Verfahrens – die Indikatoren „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln" (jeweils Auswertungsmodule *HSM-IMPL* und *DEFI-IMPL*) sowie „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden" aus den Auswertungsmodulen *HSM-AGGW* und *DEFI-AGGW* – ab dem Auswertungsjahr 2026 abgeschafft werden, enthält das residuale Qualitätsindikatoren-Set keine Prozessindikatoren mehr. Auch wenn dadurch einige Aspekte der Prozessqualität nicht mehr durch das QS-Verfahren adressiert werden, werden noch andere Aspekte der Prozessqualität durch die verbleibenden Ergebnisindikatoren implizit gemessen – beispielsweise, inwieweit sondenbedingte Komplikationen vermieden oder ausreichende Messwerte der Reizschwellen und Signalamplituden bei der Implantation der Sonden erreicht werden können. Um in diesen Bereichen (durch eine optimale Positionierung und Fixation der Sonde) eine gute Versorgungsqualität anzubieten, ist ein sorgfältiges chirurgisches Vorgehen sowie die Einhaltung hoher prozessualer Standards während der Eingriffe unerlässlich. Dies kann vom Leistungserbringer z. B. durch die Erstellung und Einführung einer SOP, die Durchführung interner Schulungen, eine angemessene Anleitung der Operateurinnen und Operateure in Weiterbildung oder eine gute Zusammenarbeit zwischen den am Eingriff beteiligten Personen gefördert werden. Das Risiko von Infektionen kann außerdem durch die Etablierung einer präoperativen Antibiotikaprophylaxe sowie regelmäßige postoperative Wundkontrollen gesenkt werden, während das Auftreten von Pneumothoraces durch die Wahl des venösen Zugangswegs entscheidend beeinflusst werden kann.

Die Empfehlungen des IQTIG sehen die Streichung einiger Indikatoren zur Erfassung von Komplikationsraten aufgrund eines geringen Verbesserungspotenzials vor. Auch die Follow-up-Indikatoren, welche technische Probleme am Aggregat erfassen, sollen zukünftig entfallen, da ihre Ergebnisse überwiegend von der Qualität der Implantate und weniger von der Versorgungsqualität durch die implantierenden Leistungserbringer abhängen. Im weiterentwickelten Verfahren werden die Komplikationsraten deshalb nicht mehr für alle Eingriffe an Herzschrittmachern und Defibrillatoren erhoben und es werden auch nicht mehr alle Arten von Komplikationen erfasst. Da allerdings in verschiedenen Auswertungsmodulen sowohl Indikatoren zu Komplikationen während des stationären Aufenthalts als auch während eines einjährigen Follow-up-Zeitraums weitergeführt werden, bleibt es weiterhin ein Ziel des Verfahrens, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Komplikationen zu verringern.

Der Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (ID 52311) misst die Rate an Sondenkomplikationen nach einer Herzschrittmacher-Implantation, die noch während des stationären Aufenthalts auftreten, während der Follow-up-Indikator „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 2194) u. a. Sondenkomplikationen erfasst, die innerhalb eines Jahres nach einer Herzschrittmacher-Implantation zu einem stationären Folgeeingriff führen. Die Ergebnisse beider Indikatoren deuten darauf hin, dass noch in zu vielen Krankenhäusern Prozessmängel während der Implantationen bestehen, welche das Risiko für spätere Sondenprobleme erhöhen. Seitens der LAG wird kritisch gesehen, dass in diesen beiden Indikatoren teilweise ein und dieselben auffälligen Vorgänge in zwei aufeinanderfolgenden Jahren im Stellungnahmeverfahren bewertet werden müssen. Allerdings wird bei vereinzelten Fällen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nicht klar, welcher Leistungserbringer maßgeblich verantwortlich für das Ergebnis ist. Dies erschwert die qualitative Bewertung der Ergebnisse.

5 Ausblick

Von den Bundesergebnissen des Indikatorensets kann auf ein hohes Versorgungsniveau geschlossen werden. Hinsichtlich einiger Qualitätsaspekte scheint zudem nur noch ein geringes Verbesserungspotenzial vorzuliegen. Zugleich lassen sich anhand der Ergebnisse des QS-Verfahrens einige Bereiche bzw. Standorte identifizieren, in denen noch eine nicht ausreichende Versorgungsqualität besteht. Dies betrifft insbesondere Herzschrittmacher-Implantationen und somit das Auswertungsmodul *HSM-IMPL*. Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zeigen, dass in einigen Standorten noch Versorgungsdefizite hinsichtlich der Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung während der Herzschrittmacher- bzw. Defibrillator-Implantation bestehen. Die Herausforderungen im Bereich des Strahlenschutzes betrafen sowohl Strukturprobleme (Verwendung veralteter technischer Anlagen) als auch Prozessmängel hinsichtlich der Anwendung der Durchleuchtungsgeräte. Außerdem kann nach Herzschrittmacher-Implantationen für einige Patientinnen und Patienten noch ein zu hohes Risiko für frühe Komplikationen an den Sonden festgestellt werden. Die zum Teil noch zu hohen Raten an Sondenkomplikationen waren vor allem auf Prozessmängel bei der Platzierung und Fixierung der Sonden, eine unzureichende Einarbeitung und Schulung von jüngeren Kolleginnen und Kollegen durch die Leistungserbringer oder eine ungenügende Sachkunde und Routine bedingt durch eine relativ geringe Erfahrung mit der Implantation von Herzschrittmachern zurückzuführen.

Wie im Abschlussbericht des IQTIG infolge der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung beschrieben, werden ab dem Auswertungsjahr 2026 zwei komplette Auswertungsmodule (*HSM-AGGW* und *DEFI-AGGW*) sowie einige Qualitätsindikatoren entfallen. Durch die damit verbundenen Anpassungen an der Spezifikation wird der Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer gegenüber dem Erfassungsjahr 2021, auf Basis dessen die Prüfung der Qualitätsindikatoren im Rahmen der Eckpunktebeauftragung erfolgte, um 19,5 % reduziert werden.

Da der seit 2023 gültige AOP-Katalog ambulante Eingriffe im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung ermöglicht und operative Maßnahmen mit Herzschrittmachern und Defibrillatoren als Leistungsbereichserweiterung in den Hybrid-DRG-Katalog 2026 eingehen sollen, kann davon ausgegangen werden, dass die Ambulantisierung auch in diesem Bereich weiter vorangetrieben wird. Vor diesem Hintergrund wurde das IQTIG am 9. Oktober 2024 vom G-BA beauftragt, die Weiterentwicklung des Verfahrens *QS HSMDEF* zu einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren zu prüfen. Als Grundlage diente der o. g. Abschlussbericht des IQTIG infolge der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung sowie die am 31. März 2023 an den G-BA übermittelte Weiterentwicklungsstudie *QS HSMDEF*. Die Beauftragung besteht dabei aus zwei Teilen – Teil A: Weiterentwicklung des Verfahrens *QS HSMDEF* zu einem sektorenübergreifenden Verfahren und Teil B: Machbarkeitsprüfung. Der Abschlussbericht zu Teil A wurde dem G-BA am 28. Mai 2025 übergeben; Teil B der Beauftragung wird im Mai 2026 abgeschlossen werden.

Angesichts der strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen erscheint die Einführung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens sinnvoll, um die Auswirkungen dieser Veränderungen systematisch erfassen und bewerten zu können.

Literatur

BfS [Bundesamt für Strahlenschutz] (2022): Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenanwendungen. [Stand:] 17.11.2022. [Salzgitter]: BfS. URL: https://www.bfs.de/SharedDocs/Downloads/BfS/DE/fachinfo/ion/drw-roentgen.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 29.07.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Bericht zur Datenvalidierung 2021 (gemäß QSKH-RL). Erfassungsjahr 2020. Stand: 27.07.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Bericht-zur-Datenvalidierung-2021_EJ-2020_2022-07-27-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 29.07.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS PCI*, *QS HSMDEF* und *QS KEP*. Abschlussbericht. [Stand:] 19.07.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS_Verfahren-PCI-HSMDEF-KEP_2023-07-19-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 18.02.2025).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HSMDEF-HSM-IMPL: Herzschrittmacher-Implantation

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2021, 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Herzschrittmacher-Implantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 6

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 15

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021 16

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 17

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 19

101803: Leitlinienkonforme Indikation 19

Details zu den Ergebnissen 22

Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen 23

54140: Leitlinienkonforme Systemwahl 23

54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern 26

Details zu den Ergebnissen 29

52139: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln 30

Details zu den Ergebnissen 33

101800: Dosis-Flächen-Produkt 35

Details zu den Ergebnissen 39

52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen 40

Details zu den Ergebnissen 43

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts 44

101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 44

52311: Sondendislokation oder -dysfunktion 47

101802: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden 51

Details zu den Ergebnissen ... 54
51191: Sterblichkeit im Krankenhaus ... 56
Details zu den Ergebnissen ... 60
2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen ... 61
2191: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren ... 64
2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres ... 65
Details zu den Ergebnissen ... 69
2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres ... 71
Details zu den Ergebnissen ... 75
102001: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation ... 76
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 79
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 79
813070: Führendes Symptom 'sonstiges' ... 79
813071: Führende Indikation 'sonstiges' ... 81
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 83
813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten ... 83
850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 85
850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 87
850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 89
Basisauswertung ... 91
Basisdokumentation ... 91
Patientin und Patient ... 92
Body Mass Index (BMI) ... 93
Präoperative Anamnese/Klinik ... 94
Präoperative Diagnostik ... 98
Indikationsbegründende EKG-Befunde ... 98
Linksventrikuläre Funktion ... 101
Zusätzliche Kriterien ... 102

Operation ... 104
Zugang des implantierten Systems ... 107
Implantiertes System ... 108
Schrittmachersystem ... 108
Schrittmachersonden ... 108
Vorhofsonde ... 109
Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel) ... 110
Linker Ventrikel ... 111
Komplikationen ... 112
Sondendislokation ... 112
Sondendysfunktion ... 113
Entlassung ... 114
Behandlungszeiten ... 114

Einleitung

Ein zu langsamer Herzschlag (bradykarde Herzrhythmusstörung) kann nach sorgfältiger Diagnostik und Ausschluss reversibler Ursachen den Einsatz (Implantation) eines Herzschrittmachers erfordern. Mit dem Einsatz dieses elektrischen „Taktgebers“ wird das Ziel verfolgt, krankheitstypische Beschwerden der Patientinnen und Patienten, die bis zu Bewusstlosigkeitsanfällen reichen können, zu mindern. Bei bestimmten Formen der bradykarden Herzrhythmusstörung erhöhen Herzschrittmacher die Lebenserwartung („prognostische Indikation“). Ein weiteres Anwendungsgebiet für Herzschrittmacher ist die fortgeschrittene Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz), bei der beide Hauptkammern und/oder verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten. Diese Form der Herzschwäche kann mittels elektrischer Stimulation behandelt werden (kardiale Resynchronisationstherapie).

Im Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation fokussieren die Qualitätsindikatoren u. a. auf die Beachtung von Leitlinienempfehlungen, die Dauer des Eingriffs, die Strahlenbelastung der Patientin bzw. des Patienten sowie die Erreichung akzeptabler Werte bei notwendigen intraoperativen Messungen (Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung). Darüber hinaus erfassen sie Komplikationen im zeitlichen Umfeld des Eingriffs und die risikoadjustierte Sterblichkeitsrate.

Seit dem Erfassungsjahr 2015 werden Daten zu Herzschrittmachereingriffen erhoben, die eine Verknüpfung der QS-Daten wiederholter stationärer Aufenthalte von Patientinnen bzw. Patienten ermöglichen. Durch dieses Follow-up können z. B. auch Komplikationen erfasst werden, die erst nach Verlassen des Krankenhauses auftreten. Die Follow-up-Indikatoren zur Herzschrittmacherversorgung, für die Daten verschiedener Eingriffsarten ausgewertet werden, sind ebenfalls dem Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation zugeordnet. Die externe Qualitätssicherung für die Herzschrittmachertherapie umfasst weiterhin nur den stationären Bereich.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar. In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	77.350 77.222 128	76.856	100,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	882		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	961	958	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	797	793	100,50

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	75.430 75.305 125	74.758	100,90
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	909		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	994	990	100,40
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	817	814	100,37

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	66.187 66.081 106	65.976	100,32
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	874		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	954	952	100,21
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	790	787	100,38

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	66.080 66.080 -	66.081	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	874		

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	952	952	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	788	788	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.484 10.484 -	10.841	96,71
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	760		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	777	775	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	707	702	100,71

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	64.802 64.691 111	64.443	100,56
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	905		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	984	979	100,51
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	814	810	100,49

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	64.691 64.691 -	64.691	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	905		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	980	980	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	810	810	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	9.966 9.966 -	10.234	97,38
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	774		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	799	789	101,27
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	713	711	100,28

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
101803	Leitlinienkonforme Indikation	Nicht definiert	95,01 % O = 72.749 N = 76.571
Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen			
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	Nicht definiert	99,56 % O = 69.394 N = 69.703
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	≤ 10,00 %	3,43 % O = 2.024 N = 59.081
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	Nicht definiert	87,23 % O = 75.426 N = 86.469
101800	Dosis-Flächen-Produkt	≤ 3,30 (95. Perzentil)	0,99 O/E = 3.875 / 3.927,13 N = 76.705
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90,00 %	96,13 % O = 266.071 N = 276.773

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,60 %	0,86 % O = 661 N = 77.222
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3,43 (95. Perzentil)	0,95 O/E = 1.007 / 1.065,32 N = 77.222
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	Transparenzkennzahl	46,76 % O = 35.390 N = 75.687
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 3,38 (95. Perzentil)	0,87 O/E = 1.009 / 1.153,86 N = 77.222
2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	Nicht definiert	0,06 % O = 42 N = 227.603
102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	Nicht definiert	96,97 % O = 3.072 N = 3.168

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2023.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 2,54 (95. Perzentil)	0,99 O/E = 2.666 / 2.685,02 N = 61.210
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 5,51 (95. Perzentil)	0,90 O/E = 201 / 222,93 N = 60.839

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2021.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	Nicht definiert	- O = - N = -

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
813070	Führendes Symptom 'sonstiges'	Nicht definiert	0,93 % 716 / 77.222	0,00 % 0 / 882
813071	Führende Indikation 'sonstiges'	≤ 3,70 % (95. Perzentil)	0,84 % 651 / 77.222	3,51 % 31 / 882

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	100,32 % 66.187 / 65.976	1,26 % 12 / 952
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,64 % 77.350 / 76.856	0,52 % 5 / 958
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,64 % 77.350 / 76.856	0,73 % 7 / 958
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,17 % 128 / 76.856	0,31 % 3 / 958

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

101803: Leitlinienkonforme Indikation

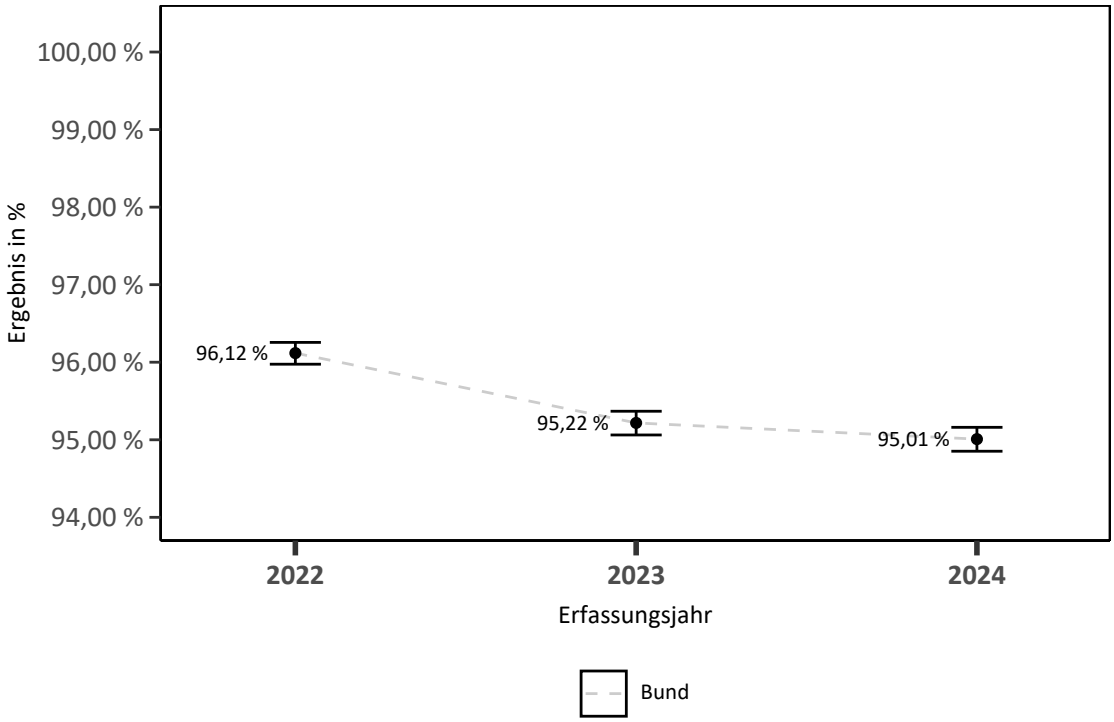
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "sonstiges"
Zähler	Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantation
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

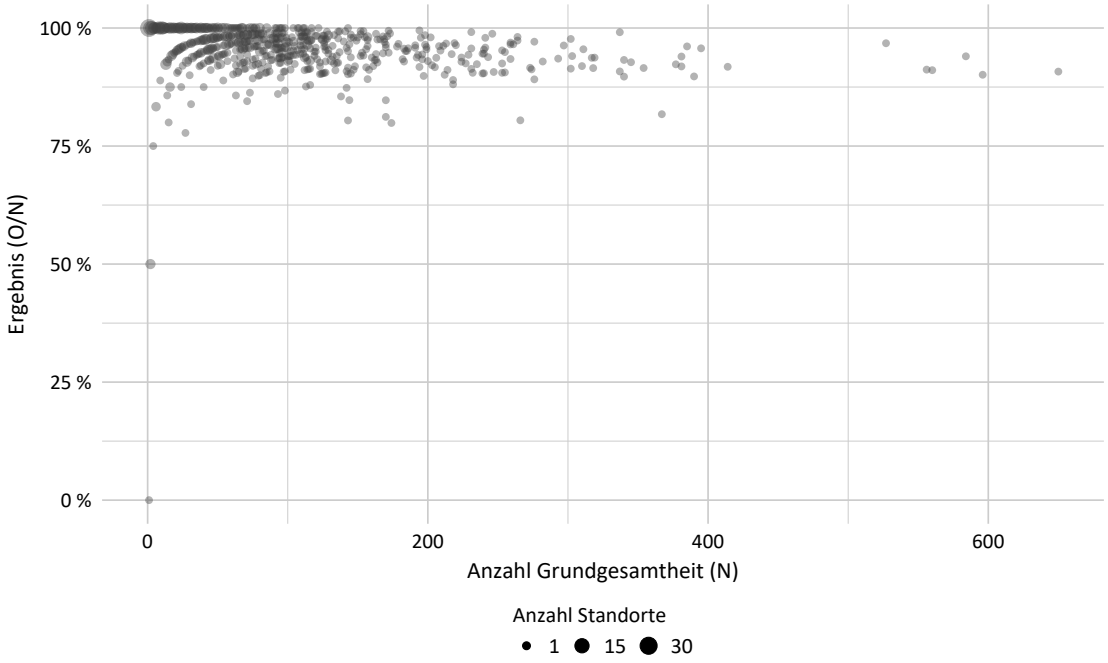
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	69.715 / 72.531	96,12	95,97 - 96,26
	2023	71.152 / 74.726	95,22	95,06 - 95,37
	2024	72.749 / 76.571	95,01	94,85 - 95,16

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	880	0	0,00	100,00	97,56

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 101803** **Alle Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation**	95,01 % 72.749/76.571

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei führender Indikation:	
1.2.1	ID: 10_22000 AV-Block I. Grades	6,07 % 68/1.121
1.2.2	ID: 10_22001 AV-Block II. Grades Typ Wenckebach (Mobitz Typ 1)	96,45 % 1.033/1.071
1.2.3	ID: 10_22002 AV-Block II. Grades Typ Mobitz (Mobitz Typ 2)	99,83 % 10.663/10.681
1.2.4	ID: 10_22003 AV-Block III. Grades	98,37 % 26.678/27.119
1.2.5	ID: 10_22004 Schenkelblock	68,90 % 811/1.177
1.2.6	ID: 10_22005 Sinusknotensyndrom (SSS)	97,24 % 21.906/22.527
1.2.7	ID: 10_22006 Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern	97,41 % 9.063/9.304
1.2.8	ID: 10_22007 Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)	65,35 % 83/127
1.2.9	ID: 10_22008 Vasovagales Syndrom (VVS)	55,93 % 33/59
1.2.10	ID: 10_22009 Positiver Adenosin-Triphosphat-Test	100,00 % 8/8
1.2.11	ID: 10_22010 Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)	71,20 % 2.410/3.385

Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

54140: Leitlinienkonforme Systemwahl

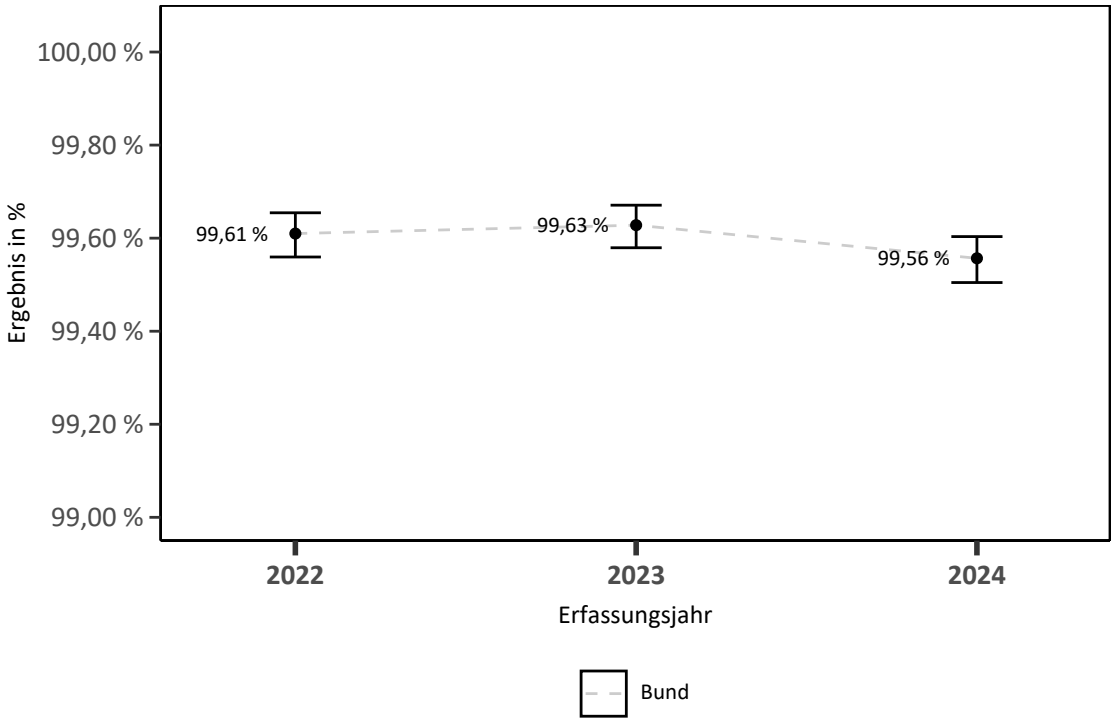
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "kardiale Resynchronisationstherapie" oder "sonstiges", mit implantiertem Ein- oder Zweikammersystem
Zähler	Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

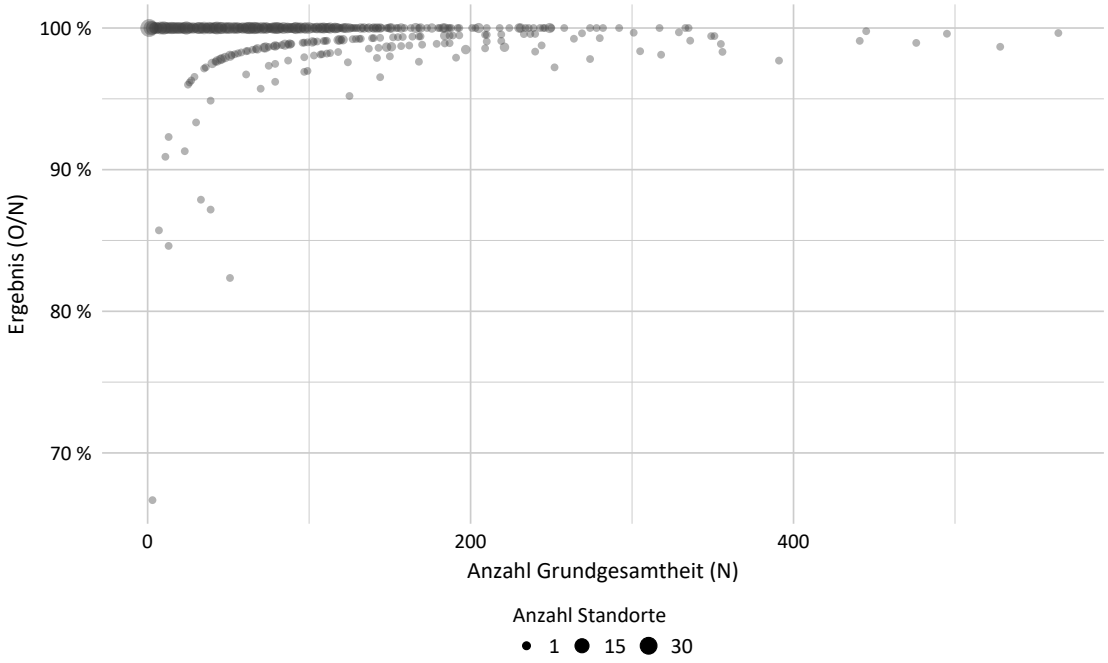
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	66.128 / 66.387	99,61	99,56 - 99,65
	2023	68.010 / 68.264	99,63	99,58 - 99,67
	2024	69.394 / 69.703	99,56	99,50 - 99,60

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	877	0	66,67	100,00	100,00

54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern

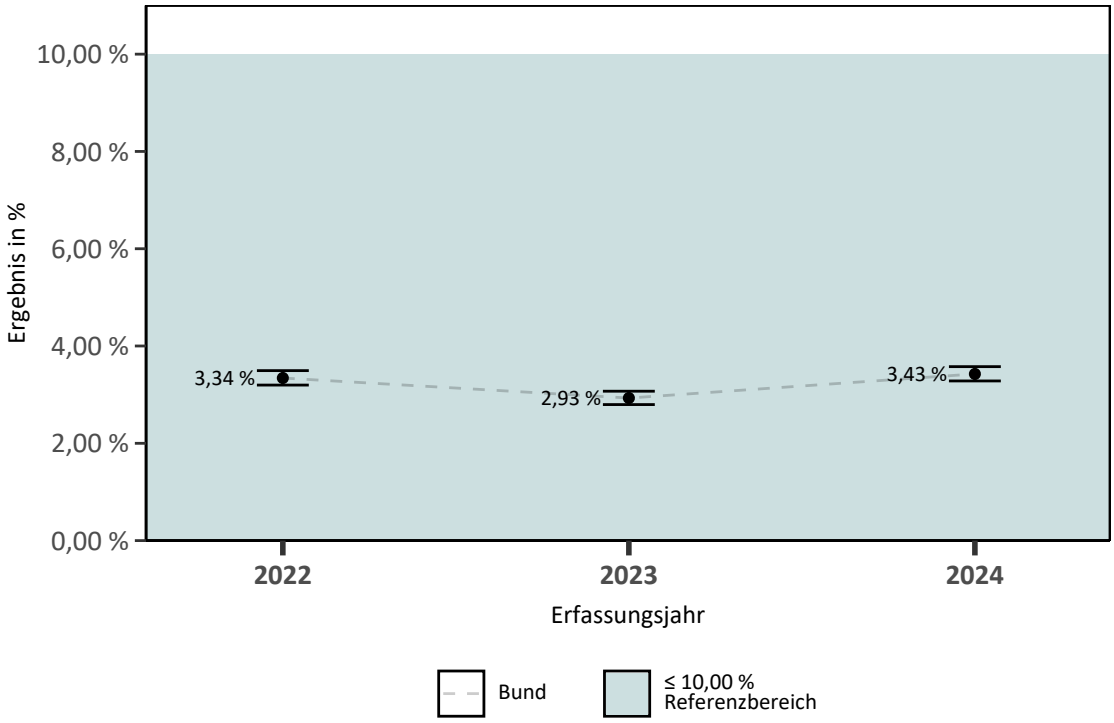
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit führender Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "AV-Block I, II oder III", „Schenkelblock“ oder „Sinusknotensyndrom (SSS)“, mit implantiertem Ein- oder Zweikammersystem, bei denen kein permanentes Vorhofflimmern vorliegt
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem VVI-System (bzw. Leadless Pacemaker)
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

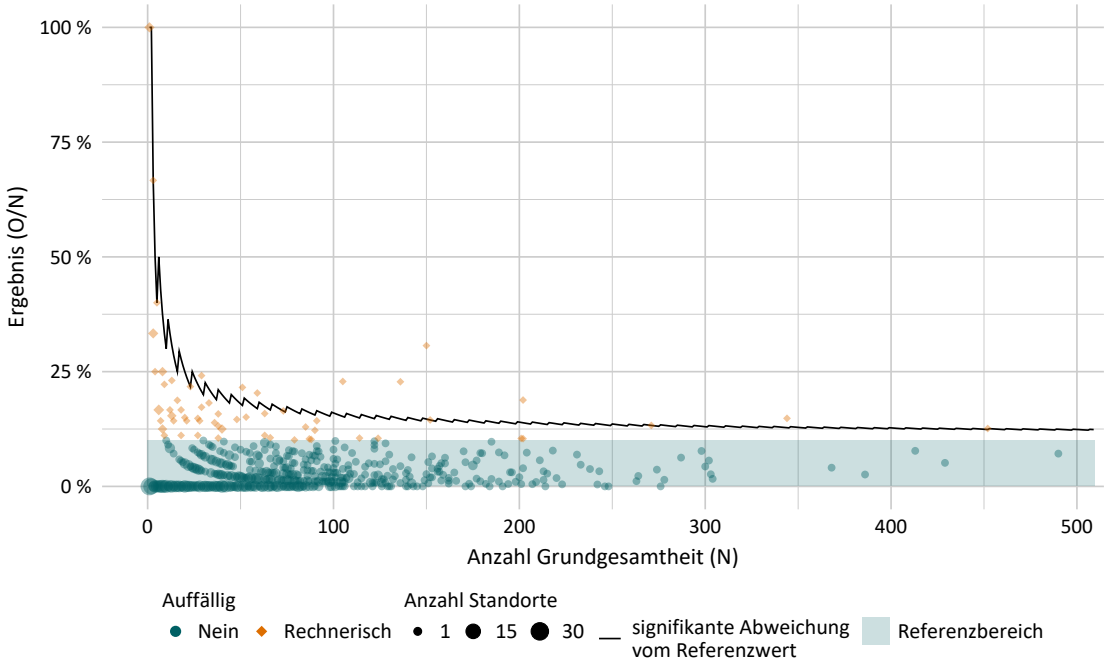
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	1.874 / 56.068	3,34	3,20 - 3,49
	2023	1.693 / 57.772	2,93	2,80 - 3,07
	2024	2.024 / 59.081	3,43	3,28 - 3,58

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	868	69	0,00	100,00	1,02

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 54140** **Alle Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl und implantiertem Ein- oder Zweikammersystem**	99,56 % 69.394/69.703
2.1.1	**ID: 54143** **Alle Patientinnen und Patienten mit Wahl eines Einkammersystems ohne permanentes Vorhofflimmern**	3,43 % 2.024/59.081

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Leitlinienkonforme Systemwahl bei führender Indikation:	
2.2.1	ID: 10_22011 AV-Block oder Schenkelblock	99,70 % 38.415/38.531
2.2.2	ID: 10_22012 Sinusknotensyndrom	99,99 % 22.066/22.069
2.2.3	ID: 10_22013 Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern	98,03 % 8.741/8.917
2.2.4	ID: 10_22014 Karotis-Sinus-Syndrom	92,13 % 117/127
2.2.5	ID: 10_22015 Vasovagales Syndrom	93,22 % 55/59
2.2.6	ID: 10_22016 Positiver Adenosin-Triphosphat-Test	75,00 % 6/8

52139: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

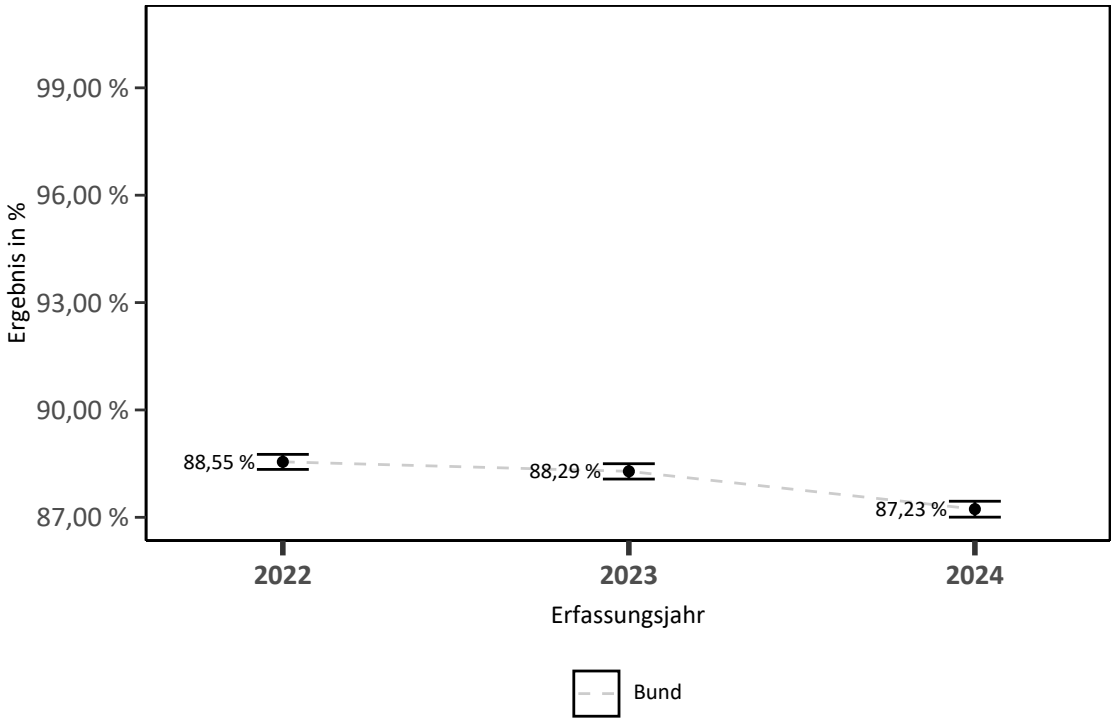
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und implantiertem Einkammersystem (VVI, AAI, Leadless Pacemaker), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System sowie alle Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer - bis 50 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) - bis 80 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD) - bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems - bis 45 Minuten bei Aggregatwechsel
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

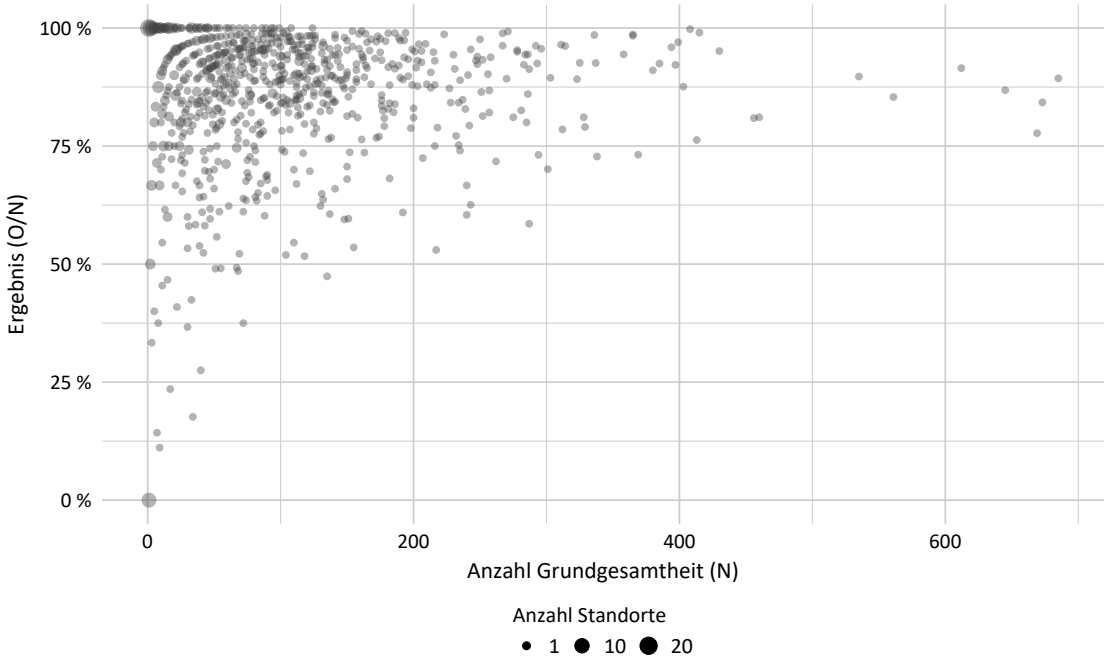
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	77.817 / 87.879	88,55	88,34 - 88,76
	2023	76.494 / 86.644	88,29	88,07 - 88,50
	2024	75.426 / 86.469	87,23	87,00 - 87,45

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	885	0	0,00	100,00	90,18

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 52139** **Eingriffsdauer bei Implantation eines Einkammer-, Zweikammer- oder CRT-Systems bzw. bei Aggregatwechsel**	87,23 % 75.426/86.469

3.2 Eingriffsdauer bei Implantationen Ergebnis Bund (gesamt)	Einkammersystem (VVI, AAI, Leadless Pacemaker)	Zweikammersystem (DDD, VDD)	CRT-System
≤ 50 min	ID: 10_22017 75,11 % 9.308/12.392	ID: 10_22033 48,54 % 28.120/57.936	ID: 10_22049 10,74 % 715/6.658
51 - 80 min	ID: 10_22018 18,32 % 2.270/12.392	ID: 10_22034 39,24 % 22.735/57.936	ID: 10_22050 31,45 % 2.094/6.658
≤ 80 min	ID: 10_22019 93,43 % 11.578/12.392	ID: 10_22035 87,78 % 50.855/57.936	ID: 10_22051 42,19 % 2.809/6.658
81 - 120 min	ID: 10_22020 4,74 % 588/12.392	ID: 10_22036 10,00 % 5.795/57.936	ID: 10_22052 35,96 % 2.394/6.658
121 - 180 min	ID: 10_22021 1,37 % 170/12.392	ID: 10_22037 1,86 % 1.076/57.936	ID: 10_22053 17,95 % 1.195/6.658
≤ 180 min	ID: 10_22022 99,55 % 12.336/12.392	ID: 10_22038 99,64 % 57.726/57.936	ID: 10_22054 96,09 % 6.398/6.658
> 180 min	ID: 10_22023 0,45 % 56/12.392	ID: 10_22039 0,36 % 210/57.936	ID: 10_22055 3,91 % 260/6.658
Median (in min)	ID: 10_22024 38,00 38,00/12.392	ID: 10_22040 51,00 51,00/57.936	ID: 10_22056 89,00 89,00/6.658

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	Verteilung OP-Dauer bei Aggregatwechseln	
3.3.1	ID: 10_22057 ≤ 15 min	21,83 % 2.070/9.483
3.3.2	ID: 10_22058 16 - 30 min	54,13 % 5.133/9.483

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3.3	ID: 10_22059 31 - 45 min	17,53 % 1.662/9.483
3.3.4	ID: 10_22060 ≤ 45 min	93,48 % 8.865/9.483
3.3.5	ID: 10_22061 > 45 min	6,52 % 618/9.483

101800: Dosis-Flächen-Produkt

Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 900 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 900 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 900 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 101800
Referenzbereich	≤ 3,30 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung und logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	BMI linear bis 32 BMI linear ab 32 BMI unbekannt oder unplausibel
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

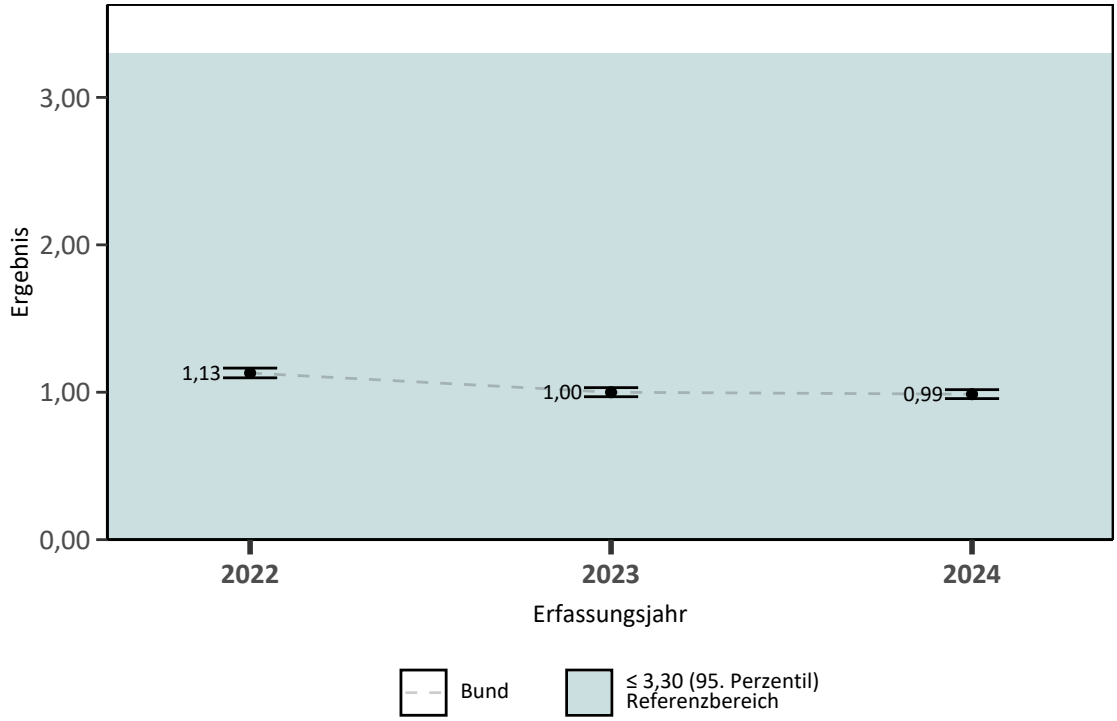
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	72.529	4.221 / 3.734,30	1,13	1,10 - 1,16
	2023	74.874	3.837 / 3.837,00	1,00	0,97 - 1,03
	2024	76.705	3.875 / 3.927,13	0,99	0,96 - 1,02

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

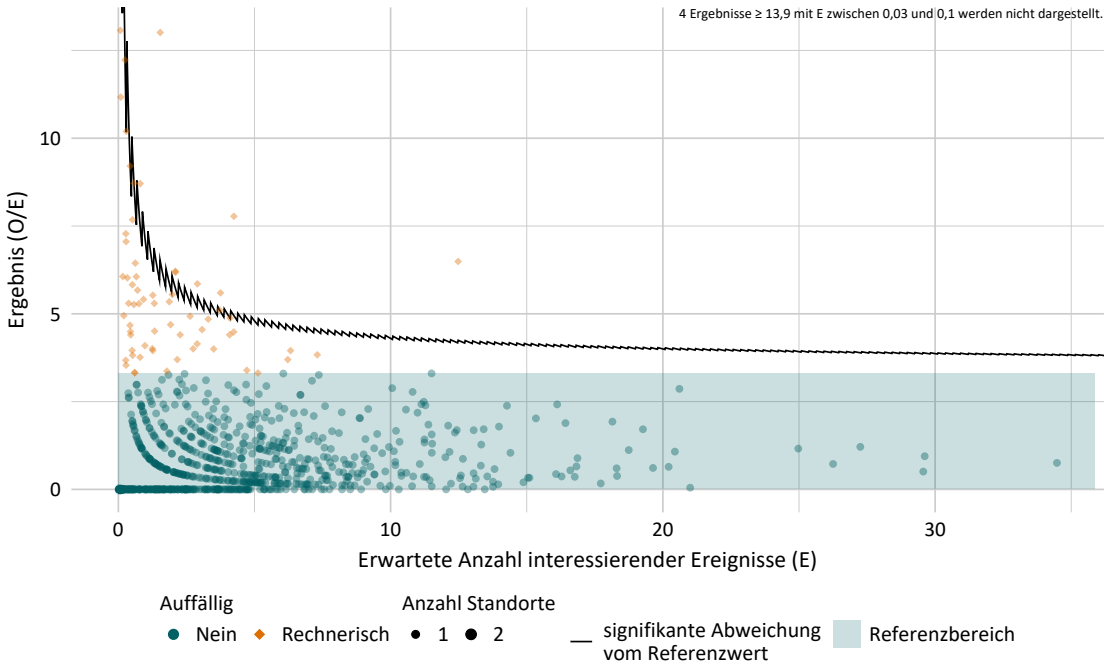
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



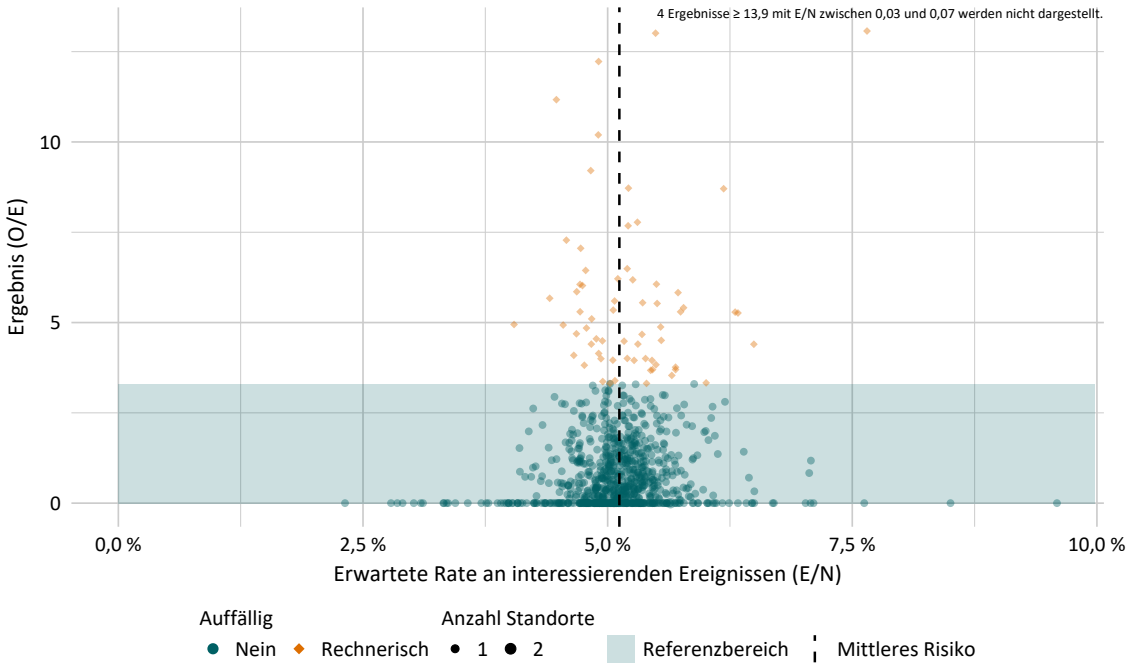
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	879	69	0,00	37,99	0,58

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
4.1.1	ID: O_101800 O/N (observed, beobachtet)	5,05 % 3.875/76.705
4.1.2	ID: E_101800 E/N (expected, erwartet)	5,12 % 3.927,13/76.705
4.1.3	**ID: 101800** **O/E**	0,99
4.1.3.1	ID: 10_22064 Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System	8,60 % 1.063/12.360
4.1.3.2	ID: 10_22065 Dosis-Flächen-Produkt über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD)	3,31 % 1.911/57.724
4.1.3.3	ID: 10_22066 Dosis-Flächen-Produkt über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System	4,77 % 316/6.621

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 10_22067 Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	0,49 % 378/76.705

52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

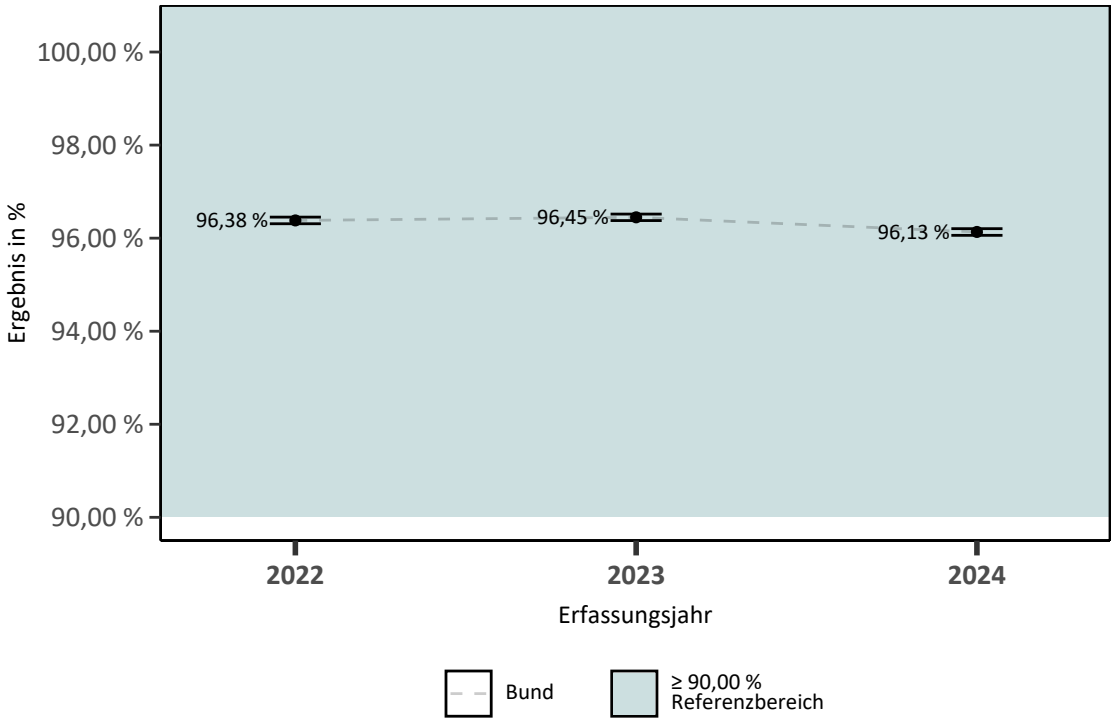
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Modul Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Modul Herzschrittmacher- Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss: - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus
Zähler	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: - Reizschwelle bei Vorhofsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - Reizschwelle bei Ventrikelsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden: ≥ 1,5 mV - R-Amplitude bei Ventrikelsonden: ≥ 4,0 mV
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

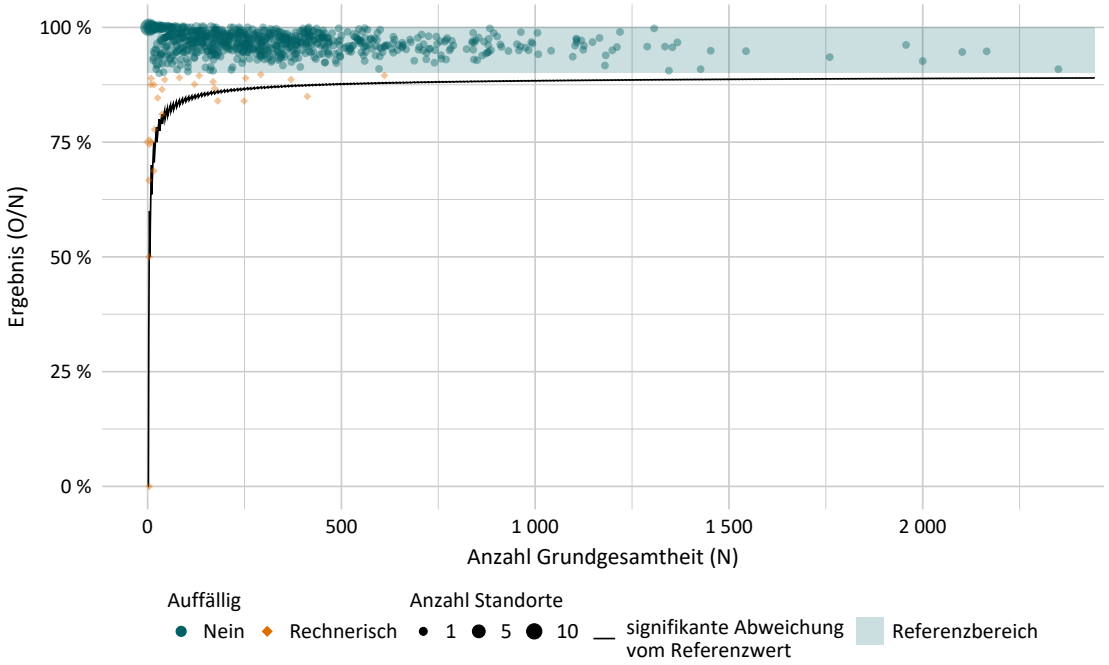
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	255.083 / 264.661	96,38	96,31 - 96,45
	2023	262.650 / 272.323	96,45	96,38 - 96,52
	2024	266.071 / 276.773	96,13	96,06 - 96,20

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	880	29	0,00	100,00	97,03

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 52305** **Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**	96,13 % 266.071/276.773
5.1.1	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden	
5.1.1.1	ID: 10_22186 Implantation	96,15 % 254.171/264.353
5.1.1.2	ID: 10_22185 Revision/Systemumstellung	95,81 % 11.900/12.420
5.1.1.3	ID: 10_22071 Alle Eingriffe	96,13 % 266.071/276.773

5.1.2 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhofsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Implantation	ID: 10_22190 96,90 % 54.278/56.016	ID: 10_22184 90,19 % 55.964/62.052
Revision/Systemumstellung	ID: 10_22189 96,11 % 2.349/2.444	ID: 10_22183 89,44 % 2.329/2.604
Alle Eingriffe	ID: 10_22072 96,86 % 56.627/58.460	ID: 10_22073 90,16 % 58.293/64.656

5.1.3 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Ventrikelsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Implantation	ID: 10_22182 98,65 % 73.994/75.008	ID: 10_22188 98,12 % 69.935/71.277
Revision/Systemumstellung	ID: 10_22181 98,14 % 3.861/3.934	ID: 10_22187 97,76 % 3.361/3.438
Alle Eingriffe	ID: 10_22074 98,62 % 77.855/78.942	ID: 10_22075 98,10 % 73.296/74.715

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

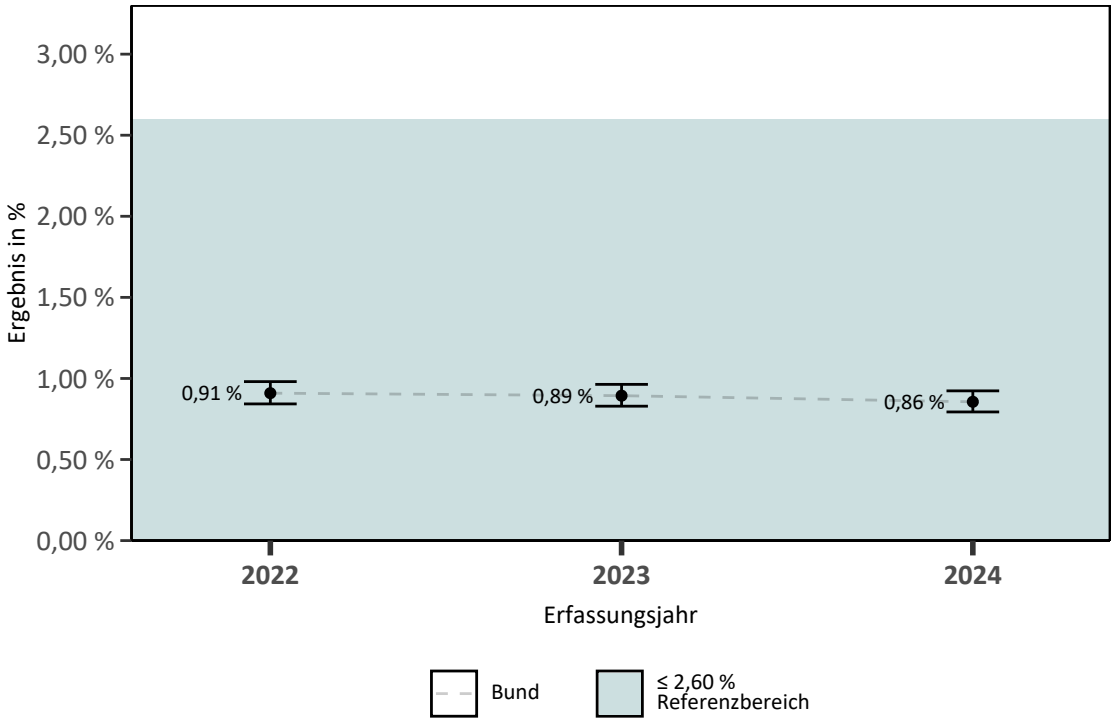
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion, interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	≤ 2,60 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

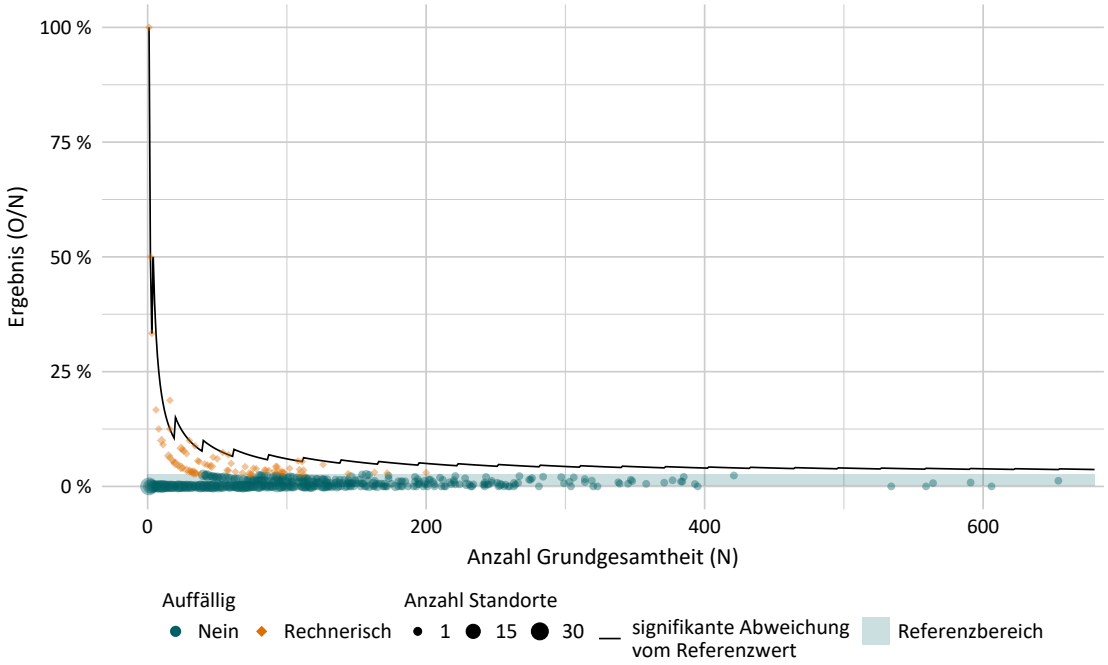
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	665 / 73.140	0,91	0,84 - 0,98
	2023	673 / 75.305	0,89	0,83 - 0,96
	2024	661 / 77.222	0,86	0,79 - 0,92

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	882	91	0,00	100,00	0,00

52311: Sondendislokation oder -dysfunktion

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 52311
Referenzbereich	≤ 3,43 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich BMI linear BMI unbekannt oder unplausibel ASA-Klassifikation 3, 4 oder 5 Herzinsuffizienz NYHA IV Vorhofflimmern LVEF linear bis 65 LVEF unbekannt Systemart Zweikammersystem Systemart CRT
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

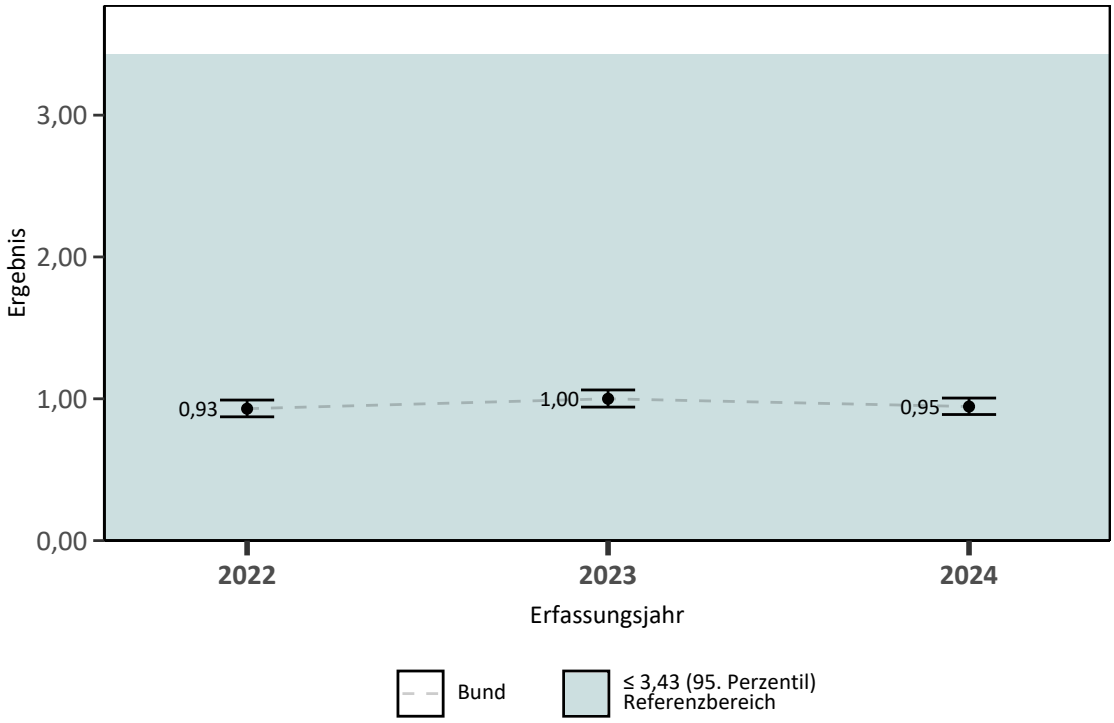
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	73.140	938 / 1.008,63	0,93	0,87 - 0,99
	2023	75.305	1.041 / 1.041,00	1,00	0,94 - 1,06
	2024	77.222	1.007 / 1.065,32	0,95	0,89 - 1,01

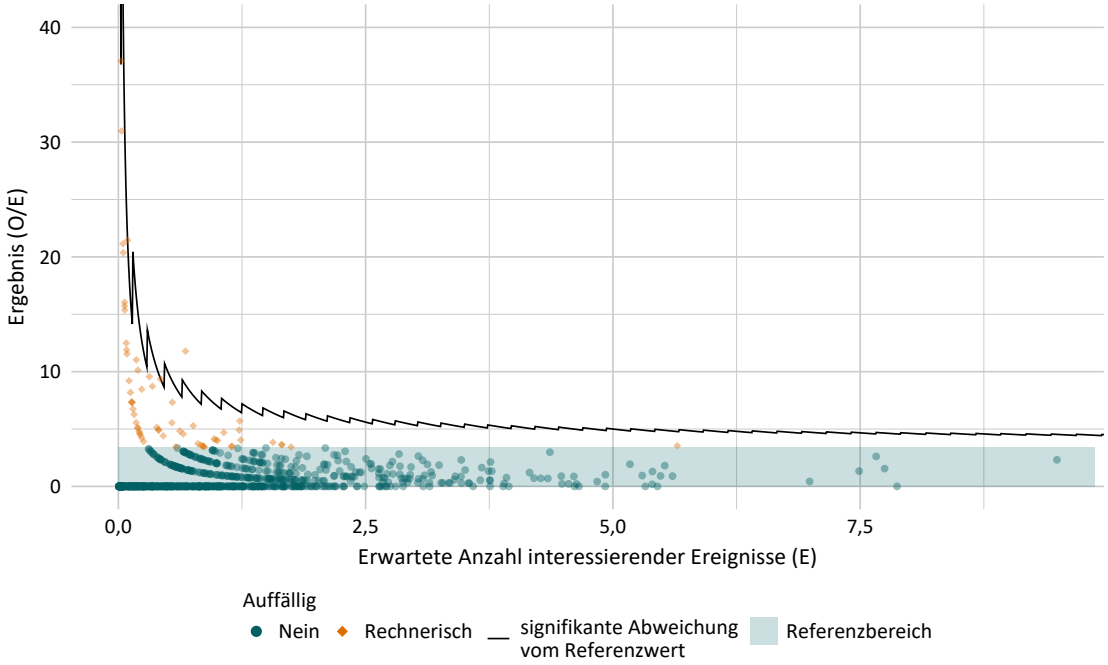
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



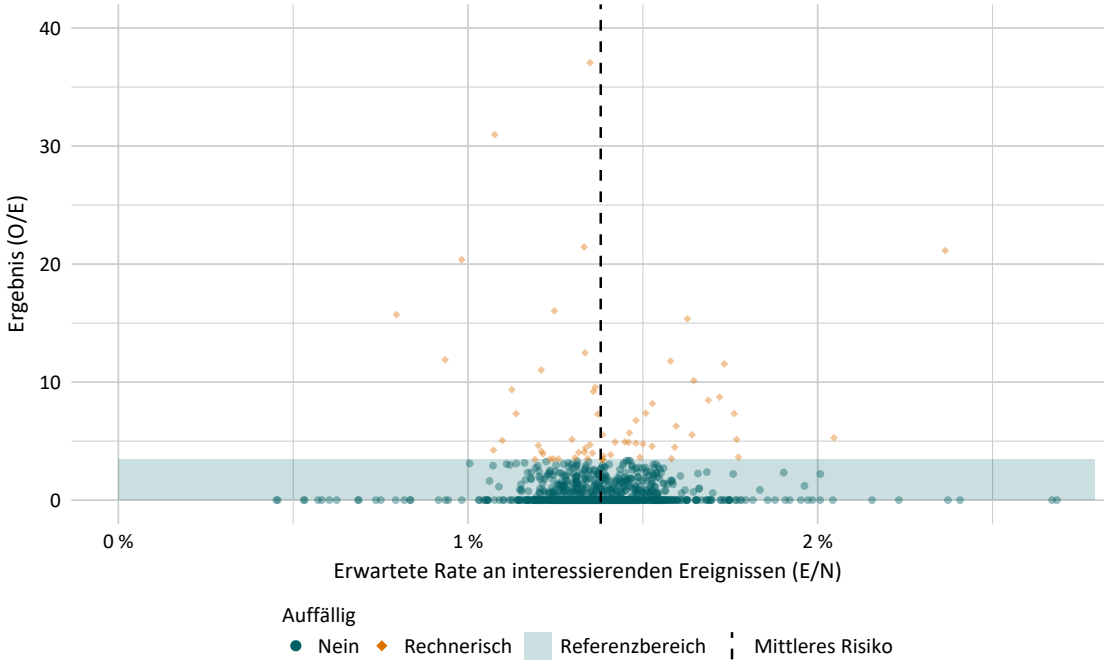
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	882	62	0,00	37,06	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



101802: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden

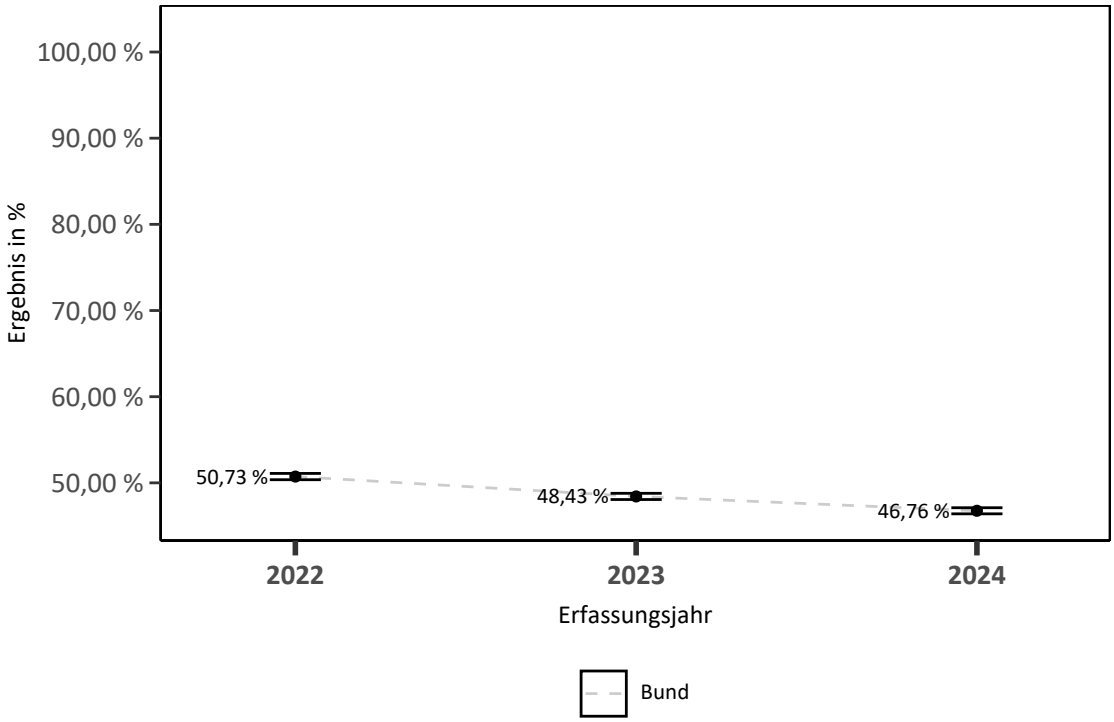
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten (außer Patientinnen und Patienten mit implantiertem Leadless Pacemaker)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

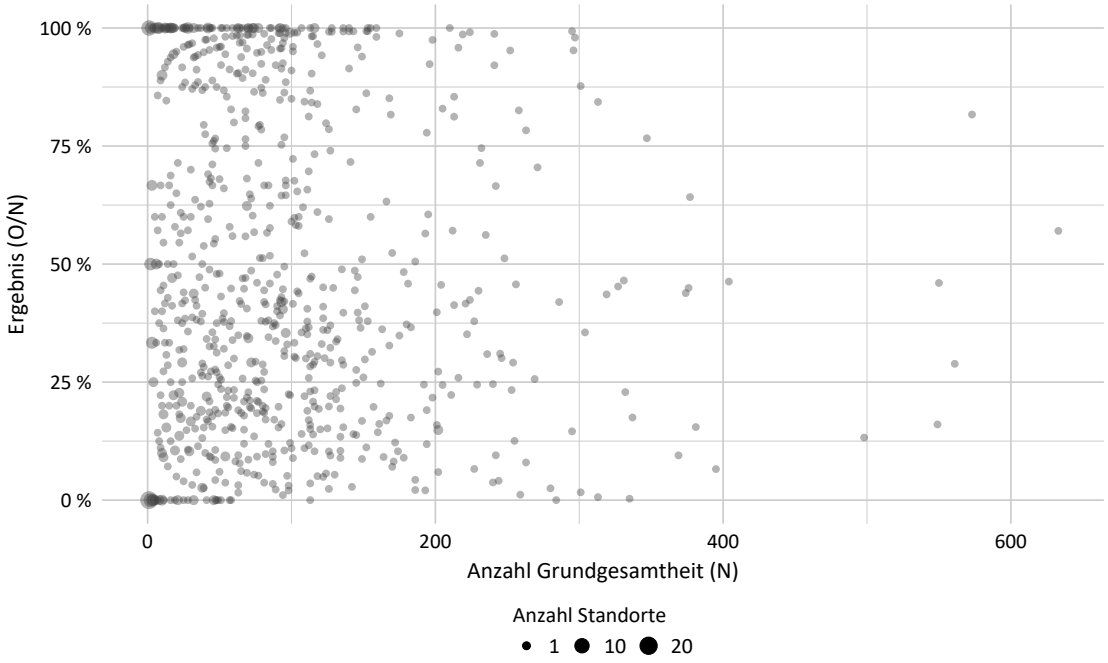
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	36.525 / 71.998	50,73	50,37 - 51,10
	2023	35.924 / 74.184	48,43	48,07 - 48,79
	2024	35.390 / 75.687	46,76	46,40 - 47,11

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	880	0	0,00	100,00	40,78

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 10_22076 Patientinnen und Patienten mit mind. einer peri- oder postoperativen Komplikation	2,11 % 1.633/77.222

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	**ID: 101801** **Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)**	0,86 % 661/77.222
6.2.1	ID: 10_22080 Kardiopulmonale Reanimation	0,11 % 83/77.222
6.2.2	ID: 10_22081 Interventionspflichtiger Pneumothorax	0,38 % 291/77.222
6.2.2.1	ID: 10_22082 davon Zugang beim Vorschieben der Sonden ausschließlich über Vena subclavia	69,76 % 203/291
6.2.3	ID: 10_22083 Interventionspflichtiger Hämatothorax	0,03 % 23/77.222
6.2.3.1	ID: 10_22084 davon Zugang beim Vorschieben der Sonden ausschließlich über Vena subclavia	65,22 % 15/23
6.2.4	ID: 10_22085 Interventionspflichtiger Perikarderguss	0,20 % 154/77.222
6.2.5	ID: 10_22086 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,06 % 45/77.222
6.2.6	ID: 10_22087 Postoperative Wundinfektion	0,01 % 11/77.222
6.2.7	ID: 10_22091 Interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	0,01 % 9/77.222
6.2.8	ID: 10_22092 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,09 % 68/77.222

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	Sondendislokation oder -dysfunktion	
6.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3.1.1	ID: O_52311 O/N (observed, beobachtet)	1,30 % 1.007/77.222
6.3.1.2	ID: E_52311 E/N (expected, erwartet)	1,38 % 1.065,32/77.222
6.3.1.3	**ID: 52311** **O/E**	0,95
6.3.1.3.1	ID: 10_22093 Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	1,09 % 844/77.222
6.3.1.3.1.1	ID: 10_22094 Dislokation der Vorhofsonde	0,74 % 570/77.222
6.3.1.3.1.2	ID: 10_22095 Dislokation der Ventrikelsonde(n)[2]	0,39 % 298/77.222
6.3.1.3.2	ID: 10_22096 Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	0,22 % 171/77.222
6.3.1.3.2.1	ID: 10_22097 Dysfunktion der Vorhofsonde	0,07 % 54/77.222
6.3.1.3.2.2	ID: 10_22098 Dysfunktion der Ventrikelsonde(n)[3]	0,16 % 127/77.222

[2] inklusive HIS-Bündel-Sonde

[3] inklusive HIS-Bündel-Sonde

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.4	**ID: 101802** **Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden**	46,76 % 35.390/75.687
6.4.1	ID: 10_22099 davon Patientinnen und Patienten mit interventionspflichtigem Pneumothorax	0,57 % 203/35.394
6.4.2	ID: 10_22100 davon Patientinnen und Patienten mit interventionspflichtigem Hämatothorax	0,04 % 15/35.394

51191: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 51191
Referenzbereich	≤ 3,38 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 70 und 95 Jahren) ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 ASA-Klassifikation 5 Ätiologie - infarktbedingt AV-Block I. oder II. Grades AV-Block III. Grades Nierenfunktion: Kreatinin > 1,5 mg/dl bis ≤ 2,5 mg/dl Nierenfunktion: Kreatinin > 2,5 mg/dl, nicht dialysepflichtig Nierenfunktion: Kreatinin > 2,5 mg/dl, dialysepflichtig
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

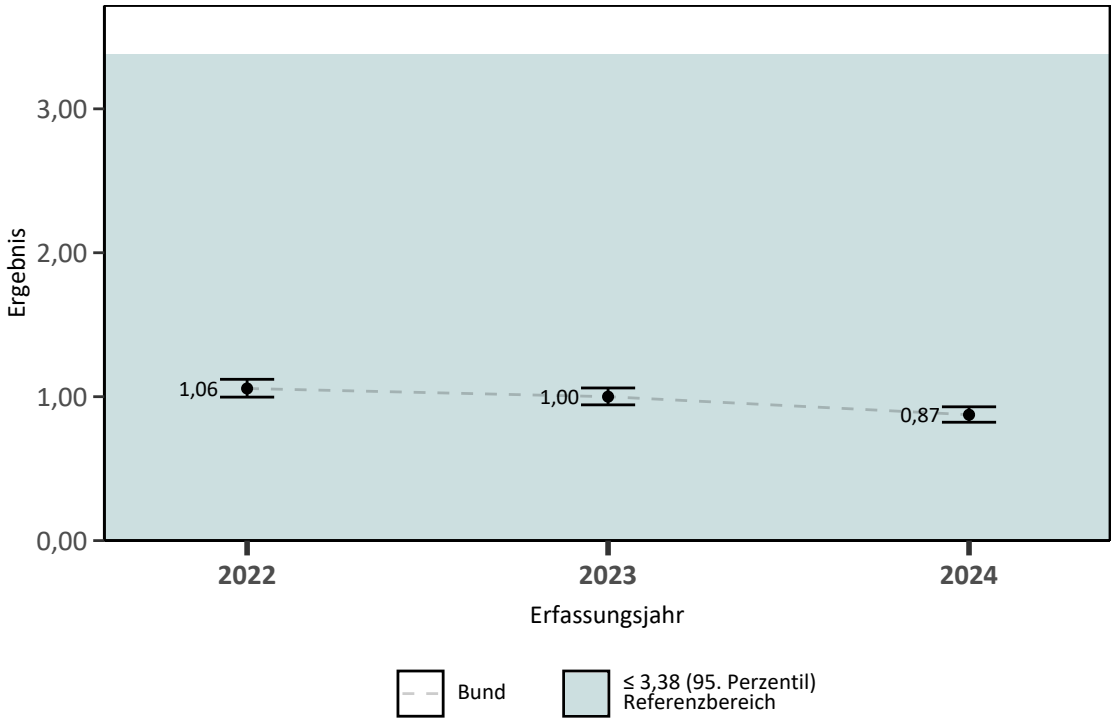
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	73.140	1.105 / 1.045,45	1,06	1,00 - 1,12
	2023	75.305	1.101 / 1.101,00	1,00	0,94 - 1,06
	2024	77.222	1.009 / 1.153,86	0,87	0,82 - 0,93

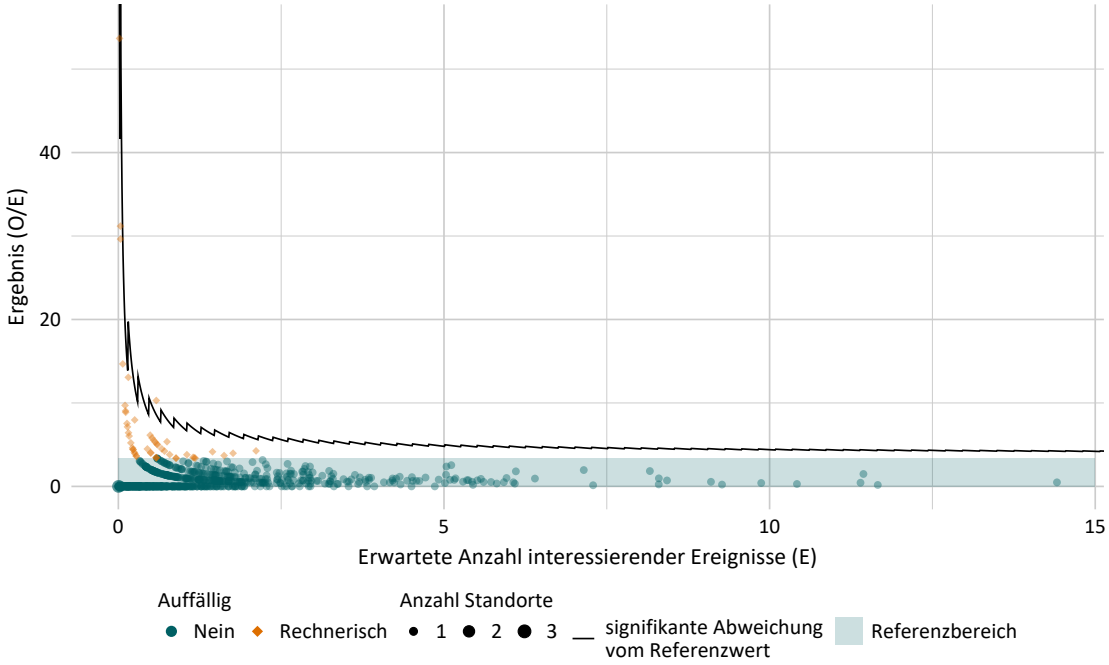
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



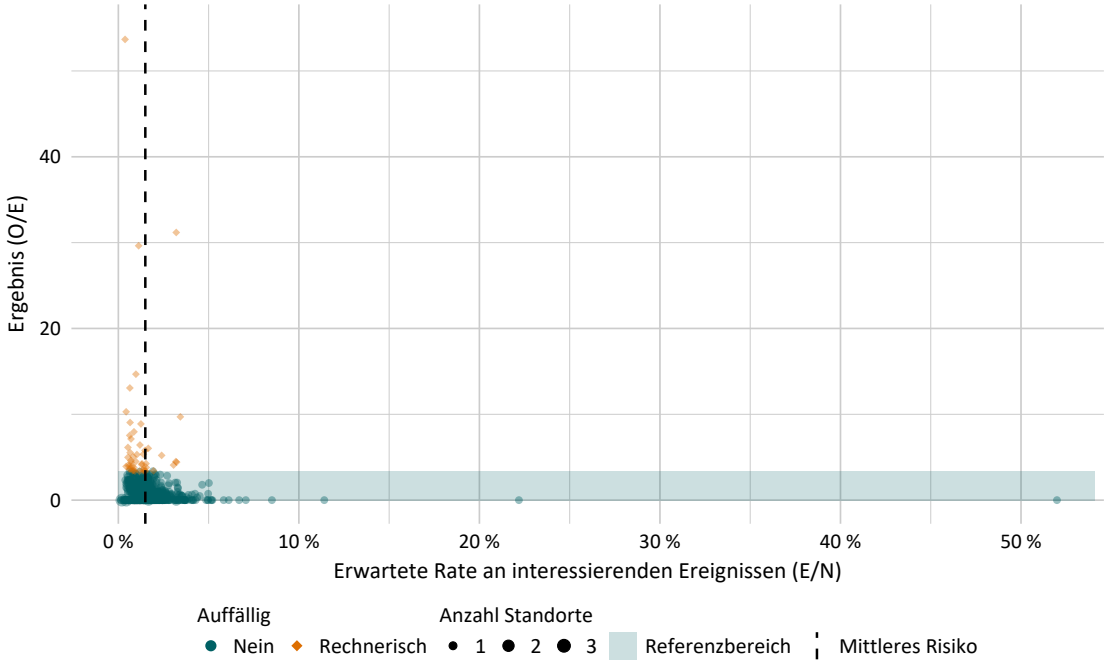
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	882	48	0,00	53,67	0,07

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 10_22102 Sterblichkeit im Krankenhaus	1,31 % 1.009/77.222
7.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
7.1.1.1	ID: O_51191 O/N (observed, beobachtet)	1,31 % 1.009/77.222
7.1.1.2	ID: E_51191 E/N (expected, erwartet)	1,49 % 1.153,86/77.222
7.1.1.3	**ID: 51191** **O/E**	0,87

[4] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen

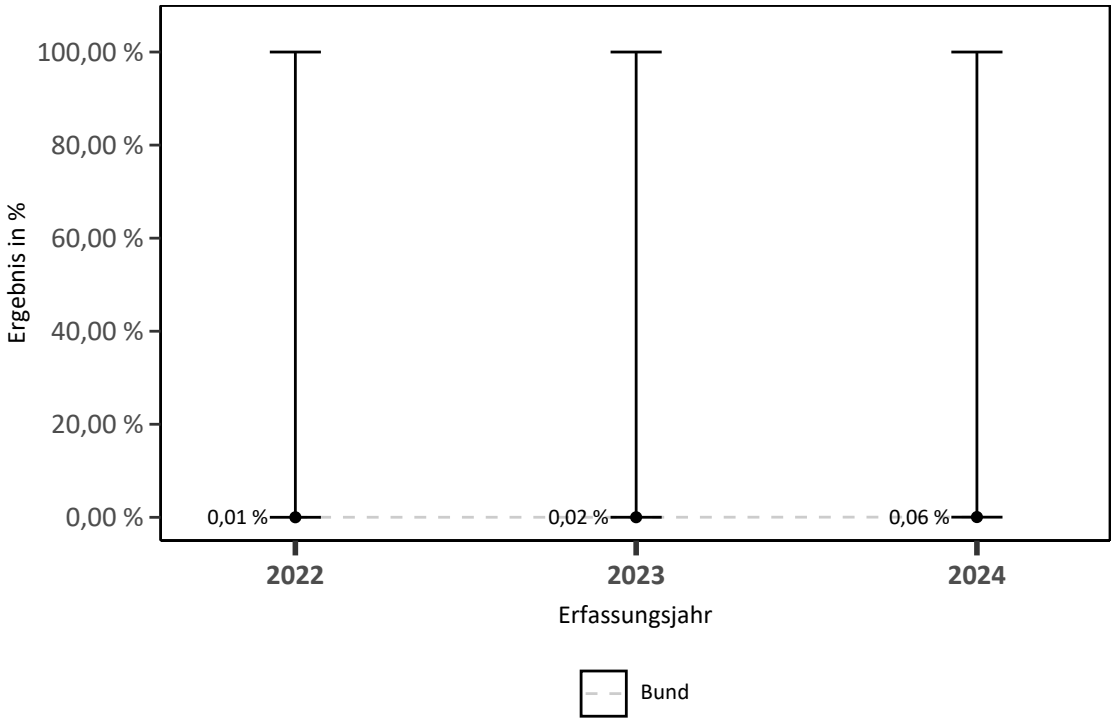
Qualitätsziel	Die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats bei Ein- und Zweikammersystemen soll nicht unter vier Jahren betragen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen von Ein- oder Zweikammersystemen, die im aktuellen Erfassungsjahr unter Beobachtung standen, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind.
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel oder im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von Batterieerschöpfung durchgeführten Eingriffe mit Aggregatwechsel innerhalb von vier Jahren nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

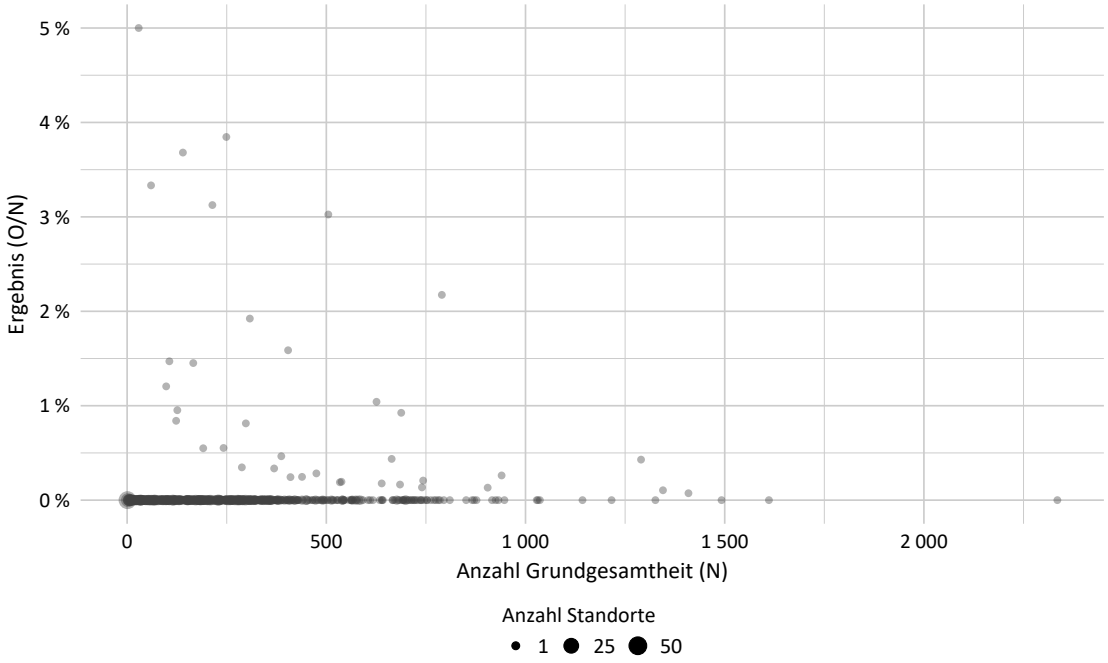
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	21 / 227.603	0,01	0,01 - 100,00
	2023	28 / 227.603	0,02	0,01 - 100,00
	2024	42 / 227.603	0,06	0,04 - 100,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.006	0	0,00	5,00	0,00

2191: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren

Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde)
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von acht Jahren beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind.
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel oder im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von Hardwareproblemen durchgeführten Eingriffe innerhalb von acht Jahren nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2019**	- / -	-	-
	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-

2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2023), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind.
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 2194
Referenzbereich	≤ 2,54 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung der Art des Systems (Anzahl der Sonden) und des Geschlechts des Patienten
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

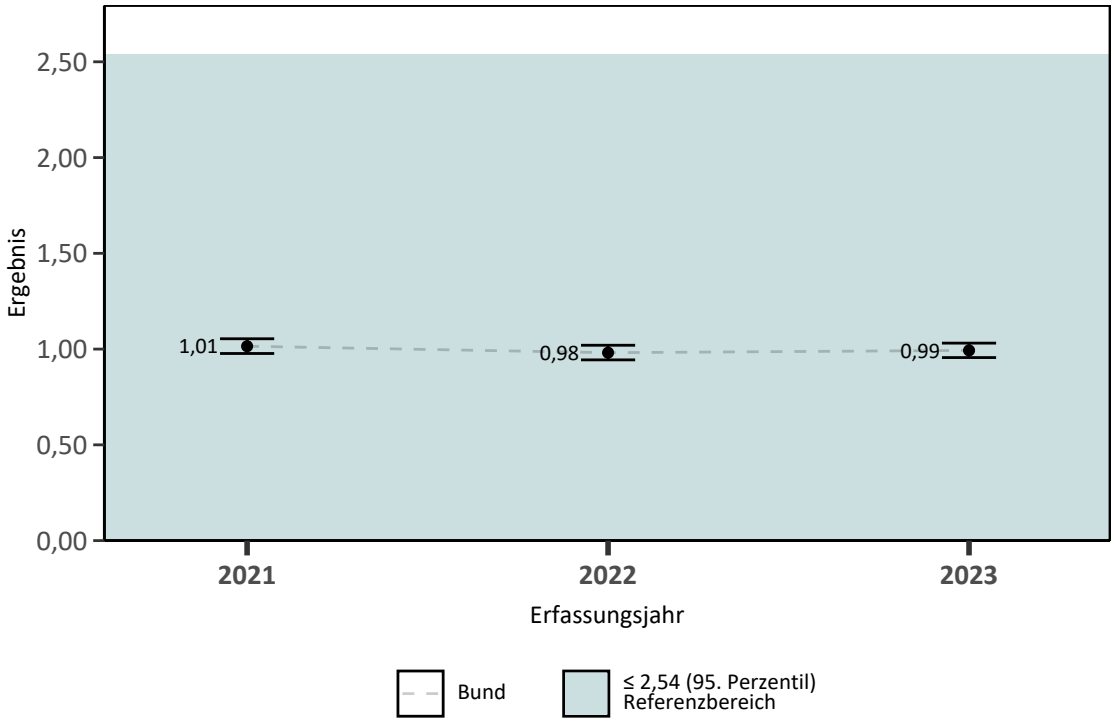
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	60.604	2.680 / 2.640,75	1,01	0,98 - 1,05
	2022	59.325	2.545 / 2.593,64	0,98	0,94 - 1,02
	2023	61.210	2.666 / 2.685,02	0,99	0,96 - 1,03

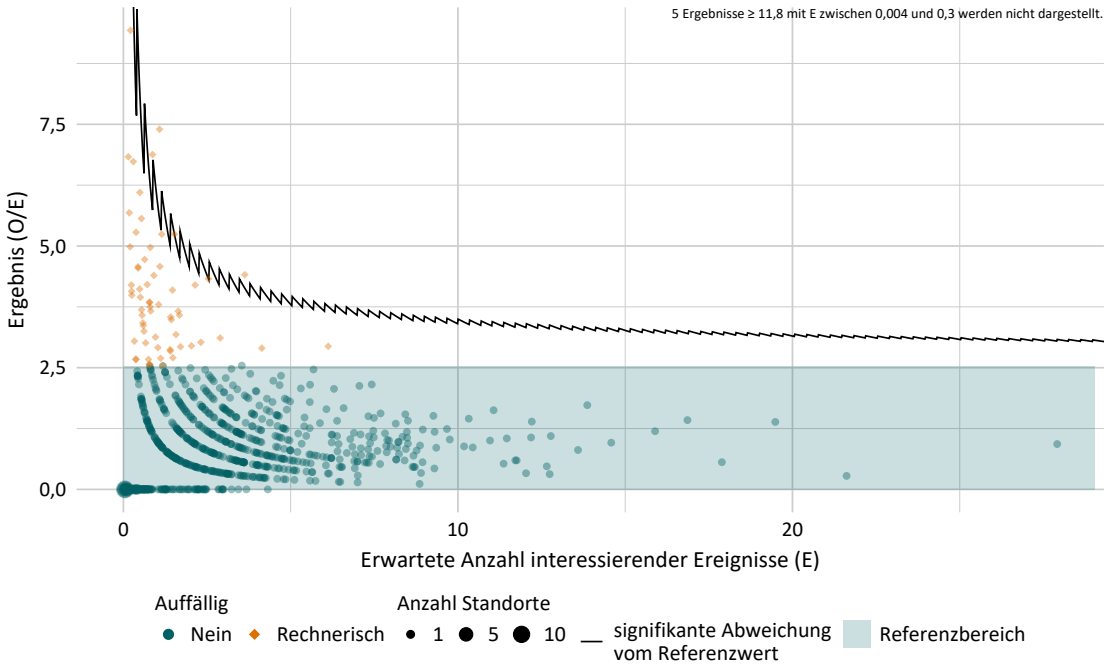
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



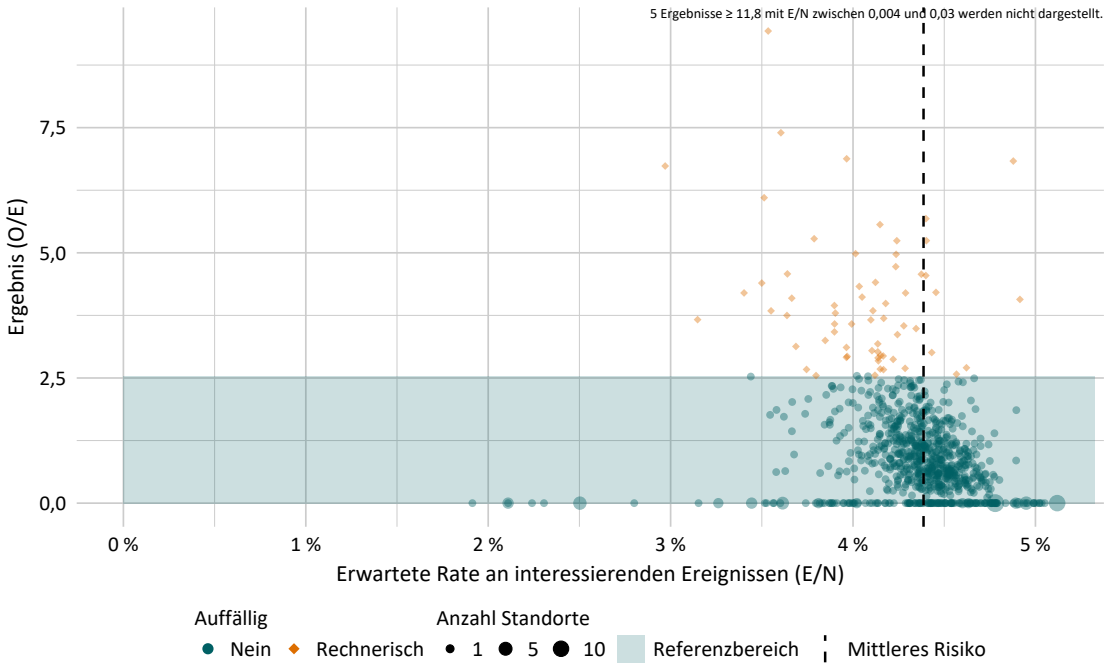
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	902	68	0,00	236,58	0,80

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell[5]	
10.1.1	ID: O_2194 O/N (observed, beobachtet)	4,36 % 2.666/61.210
10.1.2	ID: E_2194 E/N (expected, erwartet)	4,39 % 2.685,02/61.210
10.1.3	**ID: 2194** **O/E**	0,99

[5] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2	Patientinnen und Patienten mit prozedurassoziiertem Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	
10.2.1	Prozedurassoziierte Probleme an der Aggregattasche	
10.2.1.1	ID: 10_22159 Taschenhämatom	0,08 % 47/61.210
10.2.1.2	ID: 10_22160 sonstiges Taschenproblem	0,12 % 70/61.210
10.2.2	Prozedurassoziierte Probleme bei Vorhofsonde, rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonde[6]	
10.2.2.1	ID: 10_22161 Dislokation	2,69 % 1.629/61.210
10.2.2.2	ID: 10_22162 Sondenbruch/Isolationsdefekt	0,15 % 90/61.210
10.2.2.3	ID: 10_22163 fehlerhafte Konnektion	0,06 % 35/61.210
10.2.2.4	ID: 10_22164 Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	0,07 % 39/61.210
10.2.2.5	ID: 10_22165 Oversensing	0,02 % 11/61.210
10.2.2.6	ID: 10_22166 Undersensing	0,15 % 91/61.210
10.2.2.7	ID: 10_22167 Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg	0,93 % 555/61.210
10.2.2.8	ID: 10_22168 Myokardperforation	0,27 % 162/61.210

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2.2.9	ID: 10_22170 sonstiges Sondenproblem	0,15 % 88/61.210

[6] inklusive HIS-Bündel-Sonde

2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2023), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind.
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von Infektion oder Aggregatperforation durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 2195
Referenzbereich	≤ 5,51 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung des Status zu Diabetes mellitus und des Geschlechts des Patienten
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

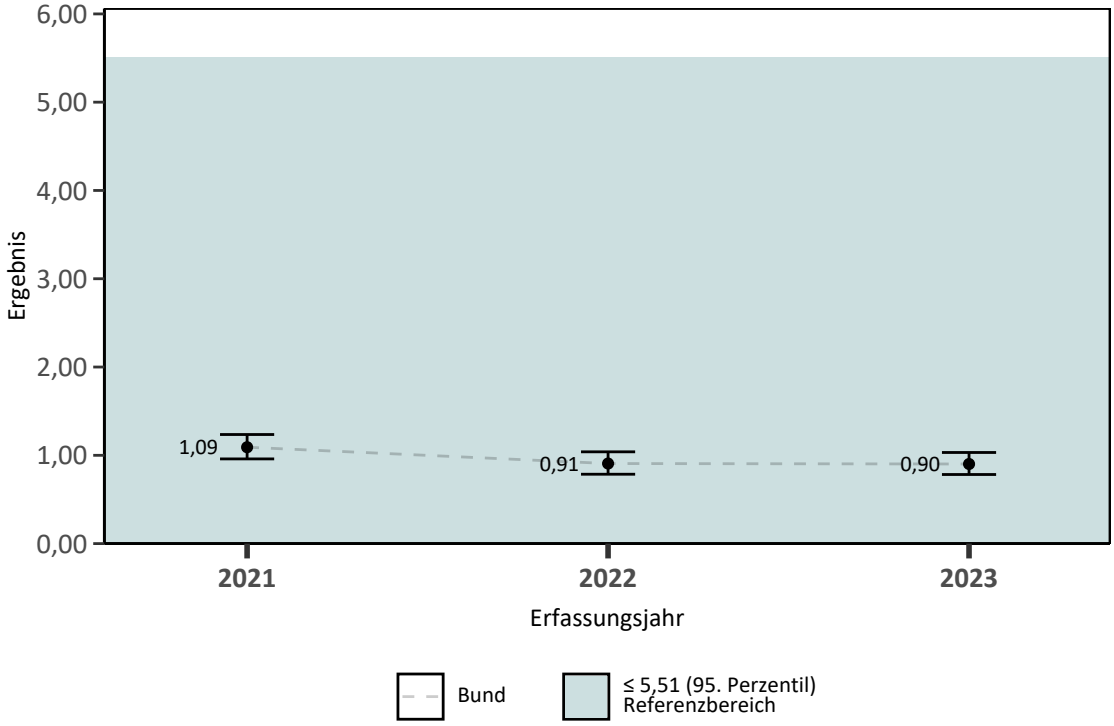
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	60.132	240 / 219,88	1,09	0,96 - 1,24
	2022	58.948	196 / 216,14	0,91	0,79 - 1,04
	2023	60.839	201 / 222,93	0,90	0,78 - 1,03

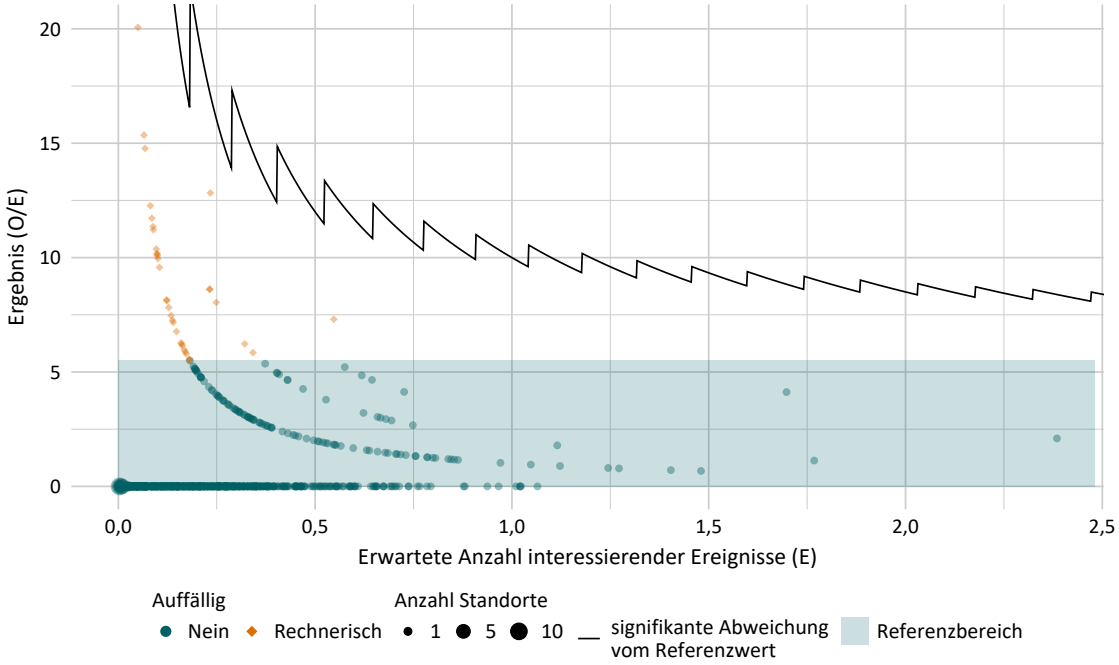
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



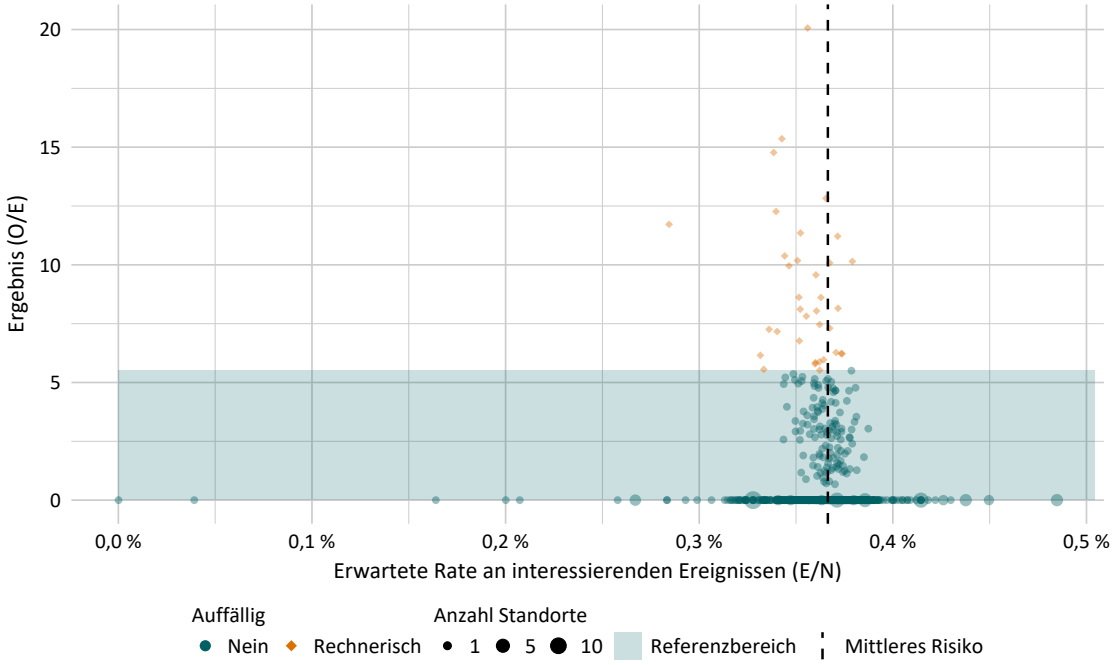
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	901	35	0,00	20,06	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
11.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell[7]	
11.1.1	ID: O_2195 O/N (observed, beobachtet)	0,33 % 201/60.839
11.1.2	ID: E_2195 E/N (expected, erwartet)	0,37 % 222,93/60.839
11.1.3	**ID: 2195** **O/E**	0,90

[7] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
11.2	Patientinnen und Patienten mit Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff	
11.2.1	Infektion oder Aggregatperforation an der Aggregattasche	
11.2.1.1	ID: 10_22178 Infektion an Aggregattasche	0,24 % 138/60.839
11.2.1.2	ID: 10_22179 Aggregatperforation	0,03 % 20/60.839
11.2.2	ID: 10_22180 Sondeninfektion	0,17 % 101/60.839

102001: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

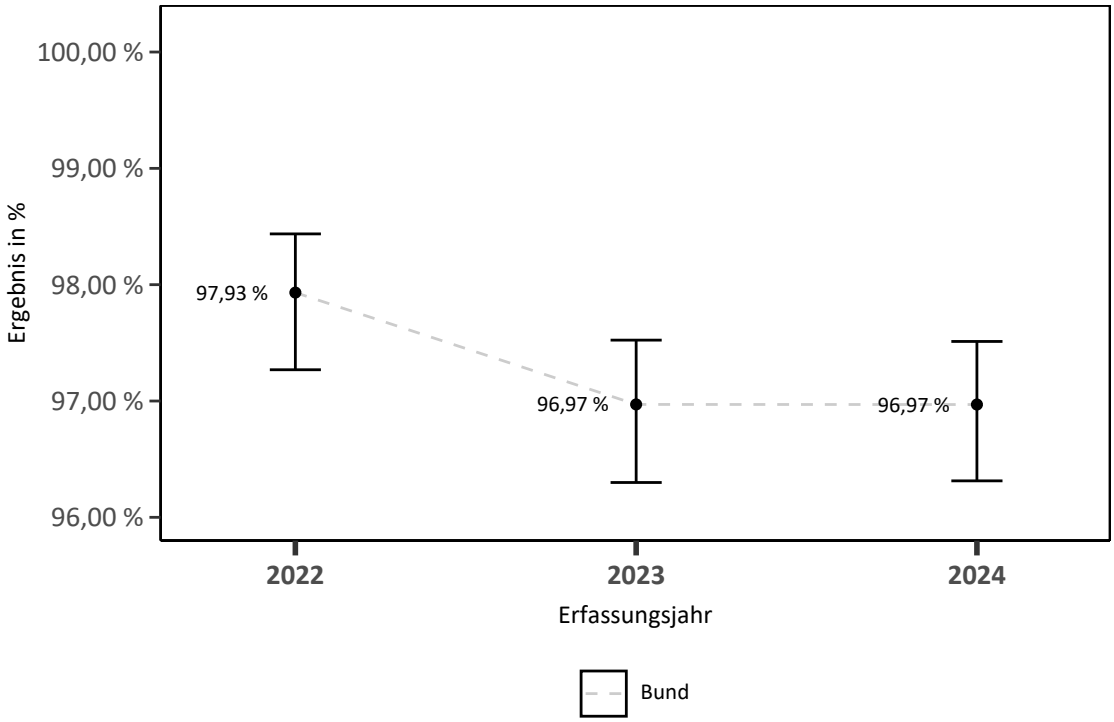
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem CRT-System und kardialer Resynchronisationstherapie als führender Indikation (exklusive Patientinnen und Patienten mit Sonde am HIS-Bündel)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit aktiver linksventrikulärer Sonde bei Entlassung
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

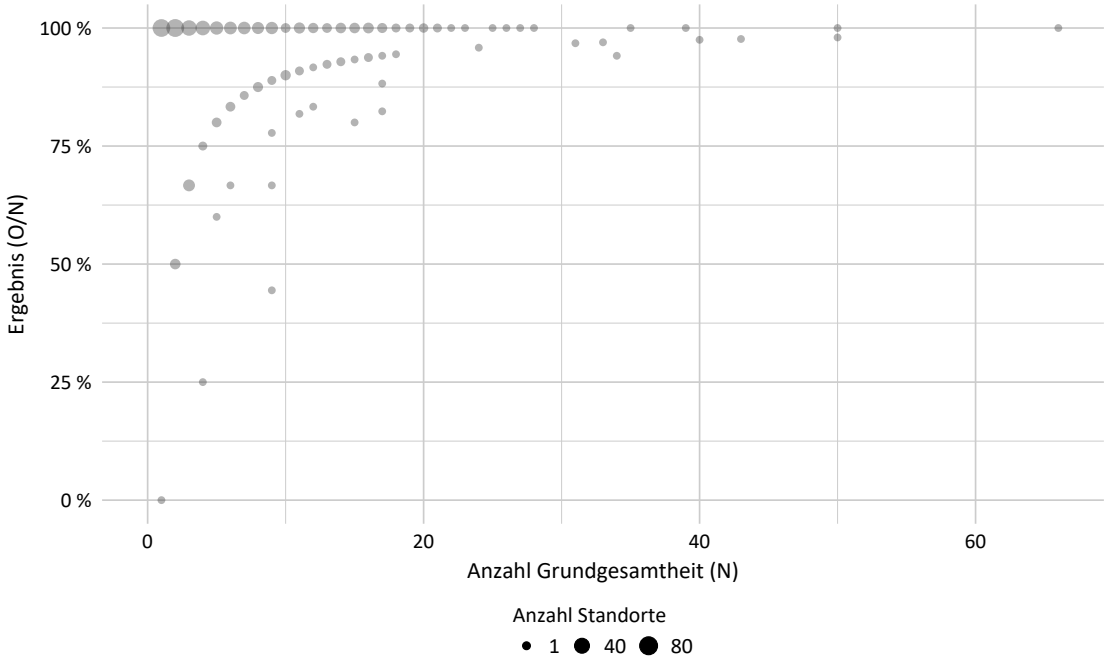
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	2.273 / 2.321	97,93	97,27 - 98,44
	2023	2.945 / 3.037	96,97	96,30 - 97,52
	2024	3.072 / 3.168	96,97	96,31 - 97,51

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	485	0	0,00	100,00	100,00

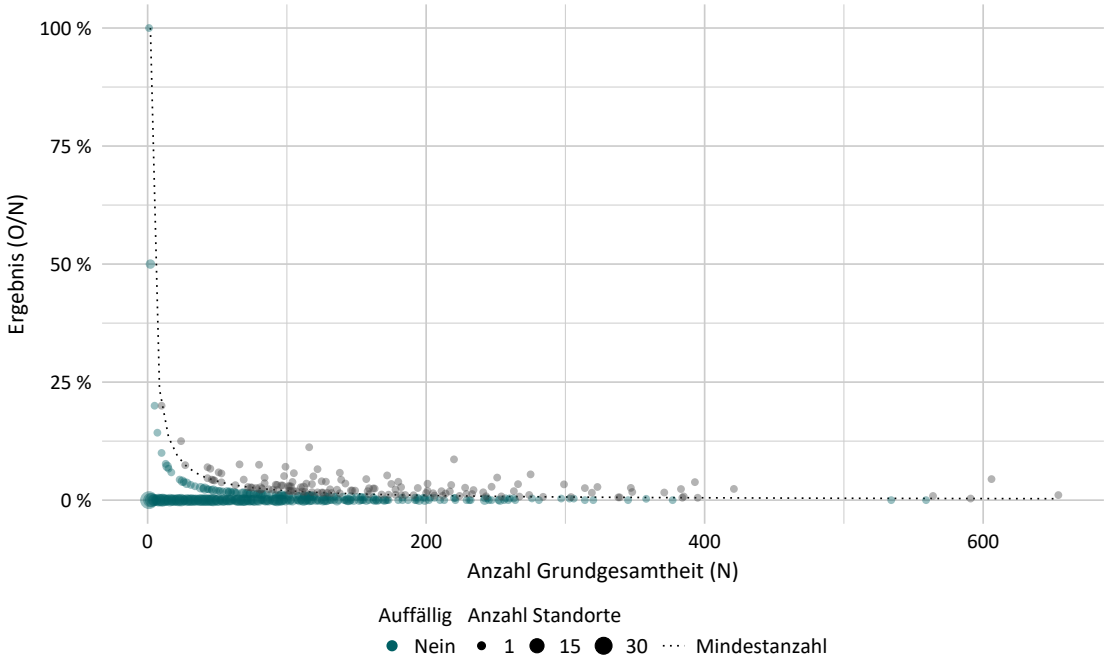
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

813070: Führendes Symptom 'sonstiges'

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das führende Symptom ist ein Datenfeld, das zur Berechnung des Qualitätsindikators der leitlinienkonformen Indikationsstellung von zentraler Bedeutung ist. Wird in vielen Fällen ein sonstiges Symptom dokumentiert, ist eine korrekte Berechnung dieses Indikators deshalb nicht mehr möglich. **Hypothese** Fehldokumentation. Der Schlüsseleintrag „sonstige“ wird zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	101803: Leitlinienkonforme Indikation 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Fälle mit führendem Symptom 'sonstiges'
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	882	0	0,00	100,00	0,00

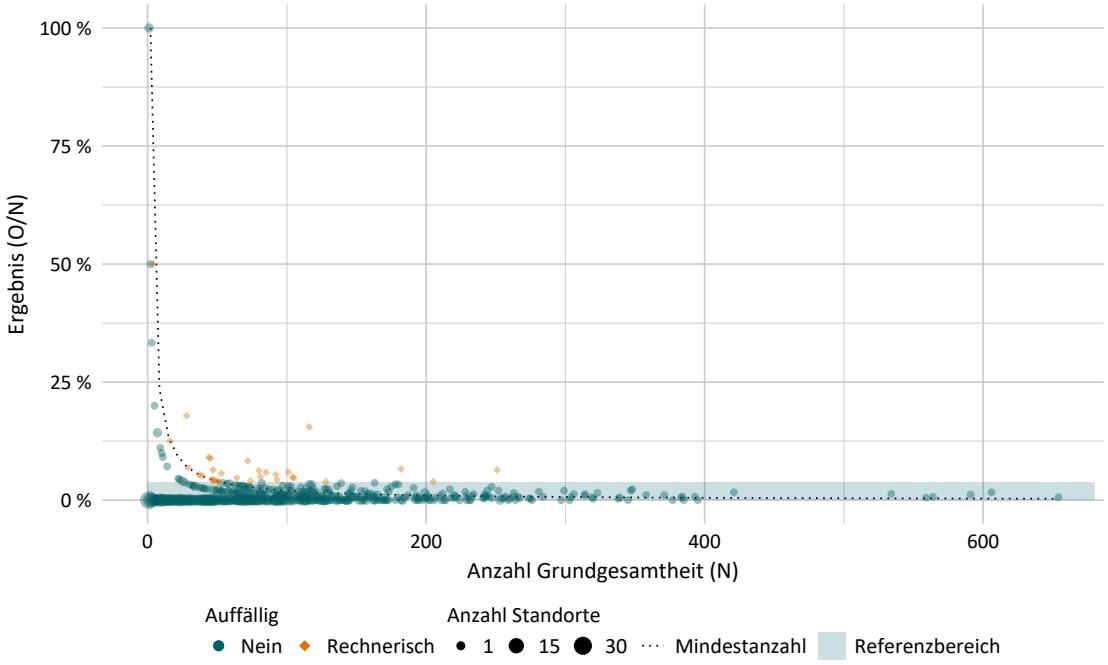
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	716 / 77.222	0,93	0,00 % 0 / 882

813071: Führende Indikation 'sonstiges'

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die führende Indikation ist ein Datenfeld, das zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der leitlinienkonformen Indikationsstellung und der leitlinienkonformen Systemwahl von zentraler Bedeutung ist. Da die Leitlinienalgorithmen nur für eine der anderen im Schlüssel enthalten Indikationen berechnet werden können, fallen Fälle mit der Grundgesamtheit „sonstige Indikation“ aus diesen Indikatoren heraus. **Hypothese** Fehldokumentation. Der Schlüsseleintrag „sonstige“ wird zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt. Tatsächlich liegt eine der genannten führenden Indikationen zur Schrittmacherimplantation vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	101803: Leitlinienkonforme Indikation 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl 54143: Systeme 3.Wahl
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Fälle mit führender Indikation 'sonstiges' zur Schrittmacherimplantation
Referenzbereich	≤ 3,70 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	882	31	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

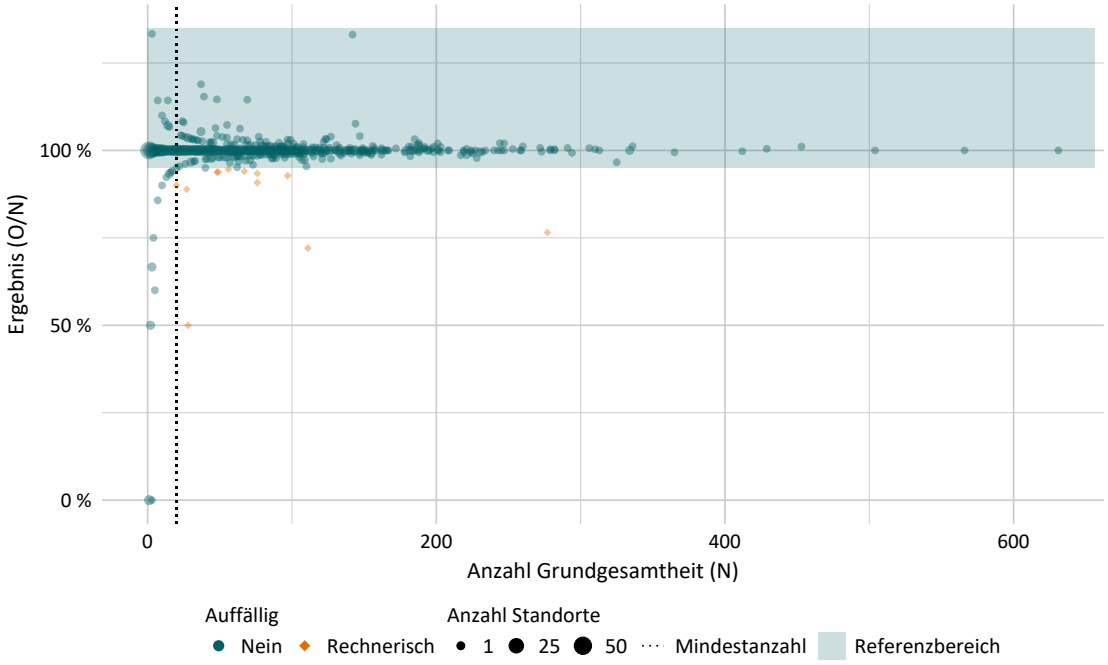
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	651 / 77.222	0,84	3,51 % 31 / 882

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. **Hypothese** Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichtertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichtertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	952	12	0,00	133,33	100,00

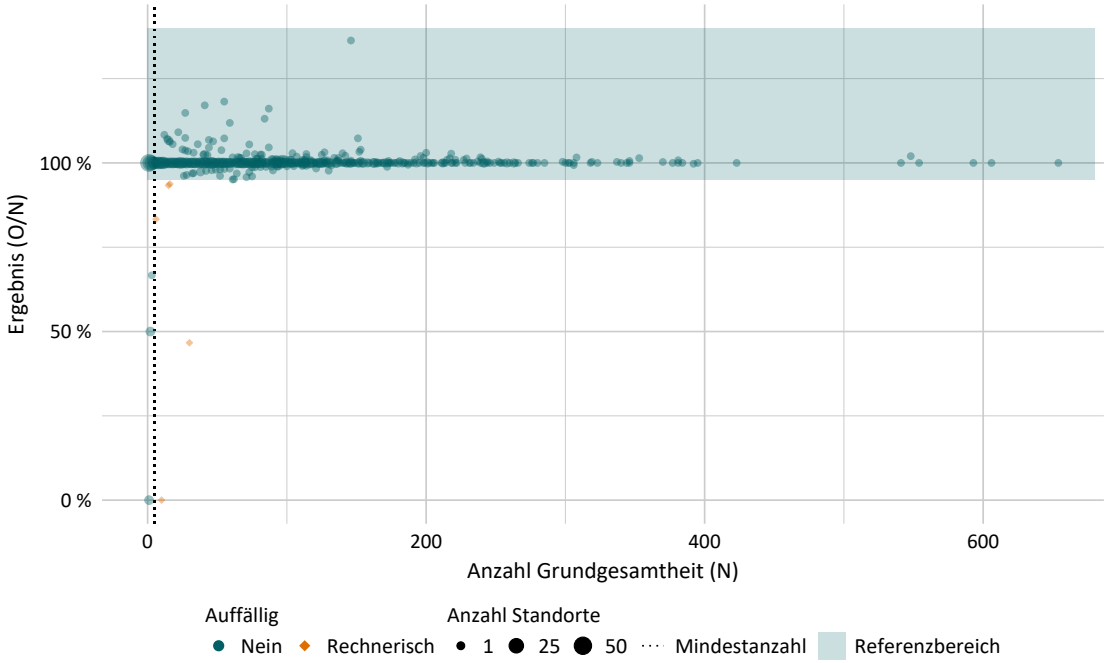
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	66.187 / 65.976	100,32	1,26 % 12 / 952

850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	958	5	0,00	136,30	100,00

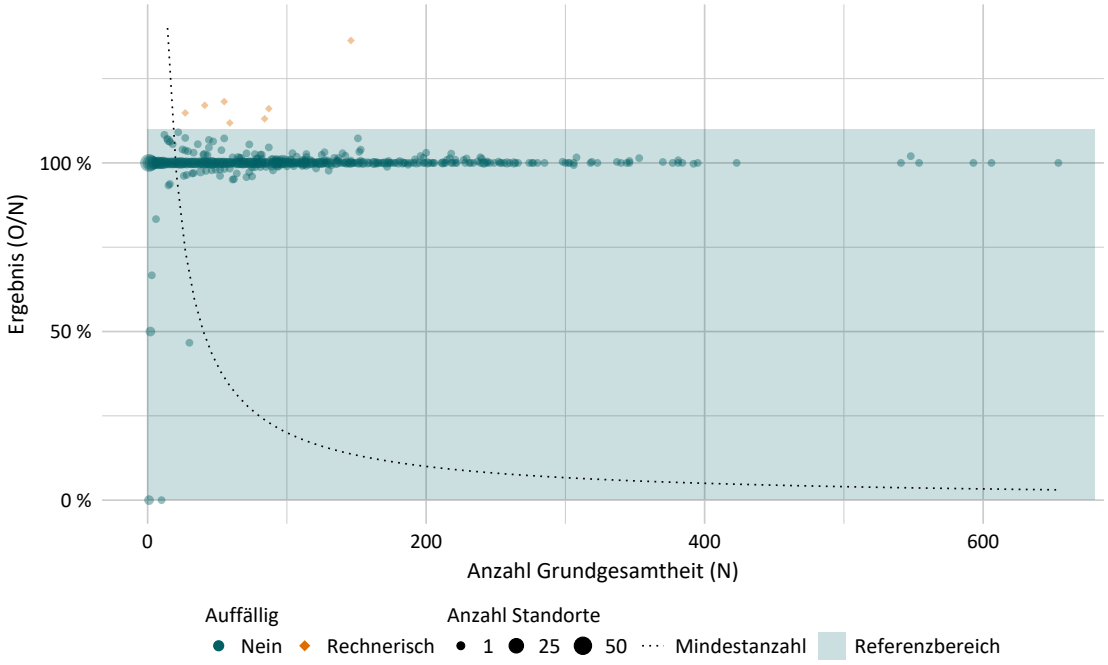
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	77.350 / 76.856	100,64	0,52 % 5 / 958

850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	958	7	0,00	136,30	100,00

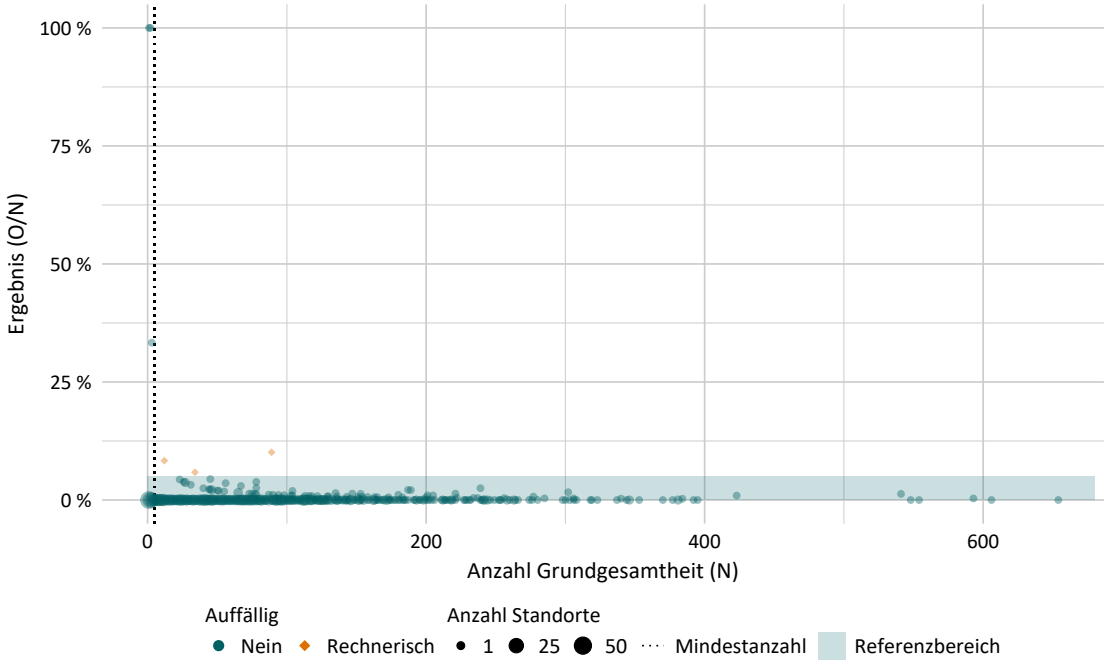
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	77.350 / 76.856	100,64	0,73 % 7 / 958

850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	958	3	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	128 / 76.856	0,17	0,31 % 3 / 958

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	1.146	1,48
1. Quartal	19.513	25,27
2. Quartal	19.599	25,38
3. Quartal	19.912	25,79
4. Quartal	17.052	22,08

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	1.101	1,43
50 - 59 Jahre	2.520	3,26
60 - 69 Jahre	8.796	11,39
70 - 79 Jahre	22.088	28,60
80 - 89 Jahre	37.750	48,89
≥ 90 Jahre	4.967	6,43
Geschlecht		
(1) männlich	45.520	58,95
(2) weiblich	31.701	41,05
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	2.947	3,82
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	29.728	38,50
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	39.033	50,55
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	5.354	6,93
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	160	0,21

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 74.323**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	1.044	1,40
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	26.083	35,09
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	29.142	39,21
Adipositas (≥ 30)	18.054	24,29

Präoperative Anamnese/Klinik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Führendes Symptom		
(0) keines (asymptomatisch)	1.929	2,50
(1) Präsynkope/Schwindel	33.983	44,01
(2) Synkope einmalig	6.848	8,87
(3) Synkope rezidivierend	18.843	24,40
(4) synkopenbedingte Verletzung	2.054	2,66
(5) Herzinsuffizienz	9.141	11,84
(8) Symptome einer Vorhofpfropfung: spontan oder infolge Schrittmachersyndrom	91	0,12
(9) asymptomatisch unter externer Stimulation	3.617	4,68
(99) Sonstiges	716	0,93
Herzinsuffizienz		
(0) nein	24.490	31,71
(1) ja, NYHA I	11.275	14,60
(2) ja, NYHA II	31.488	40,78
(3) ja, NYHA III	9.238	11,96
(4) ja, NYHA IV	731	0,95

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Führende Indikation zur Schrittmacherimplantation		
(1) AV-Block I, II, III	39.992	51,79
(5) Schenkelblock (mit Zusammenhang zur Bradykardie)	1.177	1,52
(6) Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern)	22.527	29,17
(7) Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern	9.304	12,05
(8) Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)	127	0,16
(9) Vasovagales Syndrom (VVS)	59	0,08
(10) Kardiale Resynchronisationstherapie (bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P)	3.385	4,38
(99) sonstiges	651	0,84

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Ätiologie		
(1) angeboren	2.008	2,60
(2) neuromuskulär	5.050	6,54
(3) Infarktbedingt	964	1,25
(4) AV-Knoten-Ablation durchgeführt/geplant	1.671	2,16
(5) sonstige Ablationsbehandlung	475	0,62
(6) herzchirurgischer Eingriff	2.907	3,76
(7) Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)	4.412	5,71
(9) sonstige / unbekannt	59.735	77,35

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation AV-Block I, II oder III, infarktbedingt	**N = 468**	
Zeit zwischen Auftreten des Infarkts und der Schrittmacherimplantation		
(1) unter 5 Tage	57	12,18
(2) 5 Tage oder länger	389	83,12
(9) unbekannt	22	4,70

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation AV-Block I, II oder III, Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI), Datum der TAVI bekannt	**N = 3.526**	
Abstand zwischen TAVI und Schrittmacherimplantation		
weniger als 24 Stunden (oder Schrittmacherimplantation vor TAVI)	415	11,77
mehr als 24 Stunden	3.111	88,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation AV-Block I, II oder III, Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)	**N = 3.623**	
Datum der TAVI nicht bekannt		
(1) ja	97	2,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation kardiale Resynchronisationstherapie	**N = 3.385**	
erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation		
(0) keine erwartete ventrikuläre Stimulation	63	1,86
(1) < 20 %	67	1,98
(2) ≥ 20 %	3.255	96,16

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Diabetes mellitus		
(0) nein	61.287	79,36
(1) ja, nicht insulinpflichtig	11.232	14,55
(2) ja, insulinpflichtig	4.703	6,09

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Nierenfunktion/Serum Kreatinin		
(1) ≤ 1,5 mg/dl (≤ 133 µmol/l)	63.148	81,77
(2) > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) bis ≤ 2,5 mg/dl (≤221 µmol/l)	10.673	13,82
(3) > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig	1.920	2,49
(4) = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig	1.187	1,54
(8) unbekannt	294	0,38

Präoperative Diagnostik

Indikationsbegründende EKG-Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Vorhofrhythmus		
(1) Normofrequenter Sinusrhythmus (permanent)	31.018	40,17
(2) Sinusbradykardie/SA-Blockierungen (persistierend oder intermittierend)	16.101	20,85
(3) Paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern	11.134	14,42
(4) Permanentes Vorhofflimmern	11.888	15,39
(5) Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS)	6.649	8,61
(9) sonstige	432	0,56
AV-Block		
(0) Keiner	22.887	29,64
(1) AV-Block I. Grades, Überleitung ≤ 300 ms	4.226	5,47
(2) AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms	1.558	2,02
(3) AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach	1.503	1,95
(4) AV-Block II. Grades, Typ Mobitz (oder infranodal 2:1)	10.923	14,14
(5) AV-Block III. Grades (oder hochgradiger AV-Block)	27.418	35,51
(6) Nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns	7.727	10,01
(7) AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	980	1,27

Indikationsbegründende EKG-Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
intraventrikuläre Leitungsstörungen		
(0) Keine	53.022	68,66
(1) Rechtsschenkelblock (RSB)	5.709	7,39
(2) Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB	4.135	5,35
(3) Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB	251	0,33
(4) Linksschenkelblock	8.581	11,11
(5) Alternierender Schenkelblock	734	0,95
(6) kein Eigenrhythmus	3.489	4,52
(9) sonstige	1.301	1,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Eigenrhythmus	**N = 73.733**	
QRS-Komplex		
(1) < 120 ms	55.117	74,75
(2) 120 bis < 130 ms	4.170	5,66
(3) 130 bis < 140 ms	4.127	5,60
(4) 140 bis < 150 ms	3.664	4,97
(5) ≥ 150 ms	6.655	9,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation SSS inkl. BTS, CSS oder VVS	**N = 22.713**	
Pausen außerhalb von Schlafphasen		
(0) Keine Pause	2.956	13,01
(1) ≤ 3 s	2.722	11,98
(2) > 3 s bis ≤ 6 s	9.003	39,64
(3) > 6 s	6.923	30,48
(4) nicht bekannt	983	4,33

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation SSS inkl. BTS oder VVS	**N = 22.586**	
Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen		
(0) kein Zusammenhang	273	1,21
(1) wahrscheinlicher Zusammenhang	4.251	18,82
(2) EKG-dokumentierter Zusammenhang	17.978	79,60
(3) keine Bradykardie / keine Pausen	84	0,37

Linksventrikuläre Funktion

	Bund (gesamt)
Ejektionsfraktion (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	74.629
5. Perzentil	35,00
25. Perzentil	50,00
Median	55,00
Mittelwert	54,07
75. Perzentil	60,00
95. Perzentil	65,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Ejektionsfraktion nicht bekannt		
(1) ja	2.593	3,36

Zusätzliche Kriterien

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation AV-Block, Schenkelblock oder Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern	**N = 50.473**	
AV-Knotendiagnostik		
(0) nicht durchgeführt	49.188	97,45
(1) Nachweis spontaner infrahisärer AV-Blockierungen in EPU	266	0,53
(2) HV-Zeit ≥ 70 ms oder Provokation von infrahisären Blockierungen in EPU	659	1,31
(3) positiver Adenosin-Test	16	0,03
(4) kein pathologischer Befund	344	0,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation CSS oder VVS	**N = 186**	
Neurokardiogene Diagnostik		
(0) Keine	53	28,49
(1) Karotissinusmassage mit Pause > 3 s	105	56,45
(2) Kipptisch positiv (mit synkopaler Pause > 3 s)	27	14,52
(3) Beides	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern)	**N = 22.527**	
Chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens		
(0) nein	11.423	50,71
(1) ja	11.104	49,29

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation VVS oder CRT	**N = 3.444**	
konservative Therapie ineffektiv/unzureichend		
(0) nein	130	3,77
(1) ja	3.255	94,51

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Eingriffe (nach OPS)[8]		
(5-377.0) Implantation - Schrittmacher, nicht näher bezeichnet	0	0,00
(5-377.1) Implantation - Schrittmacher, Einkammersystem	10.751	13,92
(5-377.2) Implantation - Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde	315	0,41
(5-377.30) Implantation - Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden - ohne antitachykarde Stimulation	51.476	66,66
(5-377.31) Implantation - Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden - mit antitachykarder Stimulation	5.301	6,86
(5-377.4*) Implantation - Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]	4.278	5,54
(5-377.k) Implantation – Intrakardialer Impulsgenerator (Leadless Pacemaker)	1.619	2,10
(5-378.b1, 5-378.b2) Systemumstellung - Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]	248	0,32
(5-378.b4, 5-378.b5) Systemumstellung - Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]	1.831	2,37
(5-378.ca) Systemumstellung - Defibrillator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem	35	0,05
(5-378.cb) Systemumstellung - Defibrillator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem	47	0,06
(5-378.cc, 5-378.cd) Systemumstellung - Defibrillator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]	≤3	x
(5-378.cm) Systemumstellung – Defibrillator auf intrakardialen Impulsgenerator (Leadless Pacemaker)	5	0,01

[8] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs bei Einkammersystemen (VVI, AAI) (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	10.857
5. Perzentil	18,00
25. Perzentil	28,00
Median	38,00
Mittelwert	43,21
75. Perzentil	50,00
95. Perzentil	87,00
Dauer des Eingriffs bei Zweikammersystemen (VDD, DDD) (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	57.936
5. Perzentil	26,00
25. Perzentil	40,00
Median	51,00
Mittelwert	56,25
75. Perzentil	67,00
95. Perzentil	102,00
Dauer des Eingriffs bei CRT-Systemen (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	6.658
5. Perzentil	43,00
25. Perzentil	65,00
Median	89,00
Mittelwert	95,74
75. Perzentil	118,25
95. Perzentil	176,00

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs bei Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	1.535
5. Perzentil	18,00
25. Perzentil	30,00
Median	41,00
Mittelwert	47,13
75. Perzentil	58,00
95. Perzentil	100,00
Dauer des Eingriffs bei allen Patientinnen und Patienten (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	77.222
5. Perzentil	24,00
25. Perzentil	38,00
Median	51,00
Mittelwert	57,71
75. Perzentil	69,00
95. Perzentil	115,00

	Bund (gesamt)
Dosis-Flächen-Produkt (cGy x cm²)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0	76.352
5. Perzentil	27,00
25. Perzentil	105,00
Median	244,00
Mittelwert	530,62
75. Perzentil	557,00
95. Perzentil	1.764,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt		
(1) ja	393	0,51
keine Durchleuchtung durchgeführt		
(1) ja	305	0,39

Zugang des implantierten Systems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Zugang		
Vena cephalica	31.606	40,93
Vena subclavia	38.729	50,15
andere	8.856	11,47

Implantiertes System

Schrittmachersystem

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
System		
(1) VVI	10.785	13,97
(2) AAI	72	0,09
(3) DDD	57.871	74,94
(4) VDD	65	0,08
(5) CRT-System mit einer Vorhofsonde	5.729	7,42
(6) CRT-System ohne Vorhofsonde	929	1,20
(7) Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI)	1.535	1,99
(9) sonstiges	236	0,31

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Sonde am HIS-Bündel implantiert		
(0) nein	75.187	97,36
(1) ja	2.035	2,64

Schrittmachersonden

Vorhofsonde

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	55.702
Median	0,80
Mittelwert	0,83

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	**N = 64.113**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	7.753	12,09
(9) aus anderen Gründen	314	0,49

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	61.874
Median	2,80
Mittelwert	3,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	**N = 64.178**	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	1.459	2,27
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	323	0,50
(9) aus anderen Gründen	178	0,28

Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	76.871
Median	0,60
Mittelwert	0,71

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	**N = 77.150**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	172	0,22

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	72.987
Median	11,00
Mittelwert	11,65

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	**N = 77.150**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	3.872	5,02
(9) aus anderen Gründen	191	0,25

Linker Ventrikel

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem System mit linksventrikulärer Sonde oder sonstigem System	**N = 6.472**	
Linksventrikuläre Sonde aktiv?		
(0) nein	341	5,27
(1) ja	6.131	94,73

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit aktiver linksventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	6.115
Median	1,00
Mittelwert	1,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit aktiver linksventrikulärer Sonde	**N = 6.131**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	16	0,26

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen		
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation	1.633	2,11
kardiopulmonale Reanimation	83	0,11
interventionspflichtiger Pneumothorax	291	0,38
interventionspflichtiger Hämatothorax	23	0,03
interventionspflichtiger Perikarderguss	154	0,20
interventionspflichtiges Taschenhämatom	45	0,06
Sonden- bzw. Systemdislokation	844	1,09
Sonden- bzw. Systemdysfunktion	171	0,22
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	11	0,01
interventionspflichtige Komplikation/en an der Punktionsstelle	9	0,01
sonstige interventionspflichtige Komplikation	68	0,09

Sondendislokation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	**N = 844**	
Ort der Sondendislokation[9]		
Vorhofsonde	570	67,54
rechter Ventrikel[10]	278	32,94
linker Ventrikel	20	2,37
beide Ventrikel	0	0,00

[9] Mehrfachnennung möglich
[10] inklusive HIS-Bündel

Sondendysfunktion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	**N = 171**	
Ort der Sondendysfunktion[11]		
Vorhofsonde	54	31,58
rechter Ventrikel[12]	121	70,76
linker Ventrikel	6	3,51
beide Ventrikel	0	0,00

[11] Mehrfachnennung möglich
[12] inklusive HIS-Bündel

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	77.222
Median	3,00
Mittelwert	4,98
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	77.222
Median	2,00
Mittelwert	3,94
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	77.222
Median	6,00
Mittelwert	8,92

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Entlassungsdiagnosen (nach ICD)[13]		
(G90.-) Krankheiten des autonomen Nervensystems	107	0,14
(I21.-) Akuter Myokardinfarkt	2.446	3,17
(I25.-) Chronische ischämische Herzkrankheit	23.722	30,72
(I44.-) Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	41.779	54,10
(I45.-) Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	5.785	7,49
(I48.-) Vorhofflattern oder Vorhofflimmern	31.929	41,35
(I49.-) Sonstige kardiale Arrhythmien	24.974	32,34
(I50.-) Herzinsuffizienz	24.527	31,76
(R00.-) Störungen des Herzschlags	6.800	8,81
(Z45.-) Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	6.404	8,29

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 77.222**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	65.310	84,57
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	3.675	4,76
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	96	0,12
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	322	0,42
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	3.727	4,83
(07) Tod	1.009	1,31
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[14]	65	0,08
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	1.348	1,75
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	1.525	1,97
(11) Entlassung in ein Hospiz	4	0,01
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	13	0,02
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	8	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	15	0,02
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[15]	46	0,06
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[16]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	48	0,06
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[17]		
(1) ja	7	0,01

[14] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[15] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[16] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[17] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HSMDEF-HSM-AGGW: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

Datengrundlagen 5

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 5

Übersicht über weitere Datengrundlagen 7

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 11

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 12

52307: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden 12

Details zu den Ergebnissen 15

111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 17

Details zu den Ergebnissen 20

Basisauswertung 21

Basisdokumentation 21

Patientin und Patient 22

Indikation zum Aggregatwechsel 23

Letzte Schrittmacher-OP 24

Operation 25

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems 26

Implantiertes Schrittmachersystem 26

Belassene Schrittmacher-Sonden 26

Vorhofsonde 26

Rechtsventrikuläre Sonde (bzw. HIS-Bündel) 27

Linksventrikuläre Sonde 28

Komplikationen 30

Entlassung 31

Behandlungszeiten 31

© IQTIG 2025

Einleitung

Ein Herzschrittmacher besteht aus einem Aggregat, das Elektronik und Batterie in einem Gehäuse vereint, sowie aus einer oder mehreren Sonde(n). Letztere dienen als „Antenne“ für die herzeigenen Signale und als Überträger der Stimulationsimpulse des Herzschrittmachers. Nach der Implantation eines Herzschrittmachers erfolgt bei Erschöpfung der Batterie nach einigen Jahren ein Aggregatwechsel – darunter wird die Entfernung (Explantation) des alten und das Einsetzen (Implantation) eines neuen Aggregats verstanden. Ziel der Herzschrittmachertherapie ist die Senkung bradykarder Herzrhythmusstörungen ohne vermeidbare Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten. Die Anzahl von Folgeeingriffen nach der erstmaligen Implantation des Herzschrittmachers sollte daher möglichst gering gehalten werden.

Folgeeingriffe werden notwendig bei:
- Komplikationen, wie z. B. Dislokationen der Sonden, Aggregatdefekten oder Infektionen des Schrittmachersystems
- Erschöpfung der Batterie(n) des Herzschrittmacher-Aggregats

Herzschrittmacherbatterien können nicht separat ausgetauscht werden, d. h., es ist immer ein Wechsel des kompletten Aggregats erforderlich. Der Aggregatwechsel selbst stellt einen vergleichsweise einfachen operativen Eingriff dar, bei dem dennoch Taschenhämatome und Wundinfektionen als Komplikationen auftreten können. Die verfügbaren Daten weisen darauf hin, dass das Risiko einer Wundinfektion mit der Anzahl der Wechseloperationen steigt. Aggregatwechsel sollten möglichst selten stattfinden, um eine unnötige Belastung der Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Entsprechend sind lange Aggregatlaufzeiten anzustreben.

Die Indikatoren des Teilbereichs zu Aggregatwechseln richten sich auf die Durchführung notwendiger Funktionsmessungen des neuen Aggregats während der Operation sowie auf Komplikationen im Zusammenhang mit dem Eingriff. Die Dauer des Eingriffs bei Aggregatwechseln wird in einem Indikator bewertet, der auch Implantationen von Herzschrittmachern umfasst und im Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation berichtet wird. Die Lebensdauer des zu ersetzenden Aggregats wird seit der Auswertung zum Erfassungsjahr 2016 anhand eines Follow-up-Indikators ausgewertet, der ebenfalls dem Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation zugeordnet ist. Korrekturen an Schrittmachertasche und Sonden sind bei der Betrachtung ausgeschlossen. Diese werden im Teilbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation erfasst.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar. In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	9.496 9.483 13	9.352	101,54
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	760		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	769	766	100,39
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	709	705	100,57

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	11.509 11.500 9	11.213	102,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	796		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	802	797	100,63
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	734	729	100,69

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.274 8.264 10	8.163	101,36
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	739		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	747	744	100,40
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	691	687	100,58

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.264 8.264 -	8.264	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	739		

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	747	747	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	691	691	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.155 1.155 -	1.162	99,40
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	407		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	407	396	102,78
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	386	377	102,39

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	9.993 9.984 9	9.767	102,31
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	781		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	786	781	100,64
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	720	716	100,56

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	9.984 9.984 -	9.984	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	781		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	785	785	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	720	720	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.435 1.435 -	1.418	101,20
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	436		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	438	430	101,86
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	419	408	102,70

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	Nicht definiert	98,15 % O = 48.091 N = 48.999
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	Nicht definiert	0,15 % O = 14 N = 9.483

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

52307: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

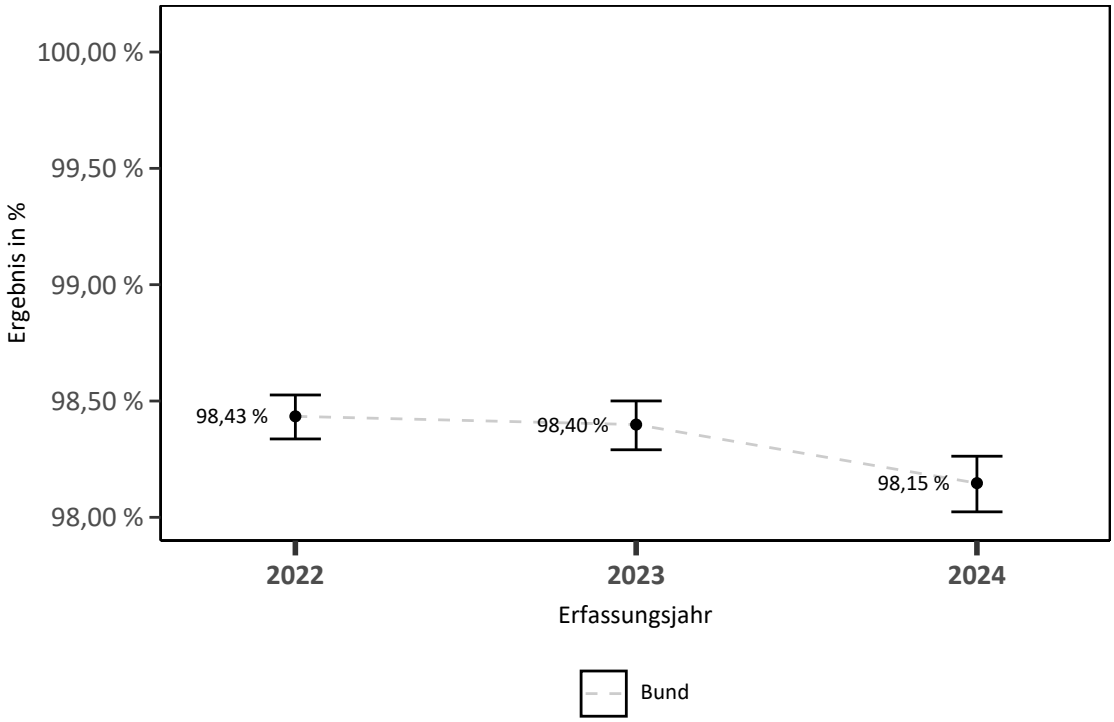
Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus den Modulen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3) und bei linksventrikulären Sonden aus den Modulen Herzschrittmacher-Implantation (09/1), Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3): - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/1) - Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden (in 09/1 ausschließlich linksventrikuläre Sonde) - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1) - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/1)
Zähler	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

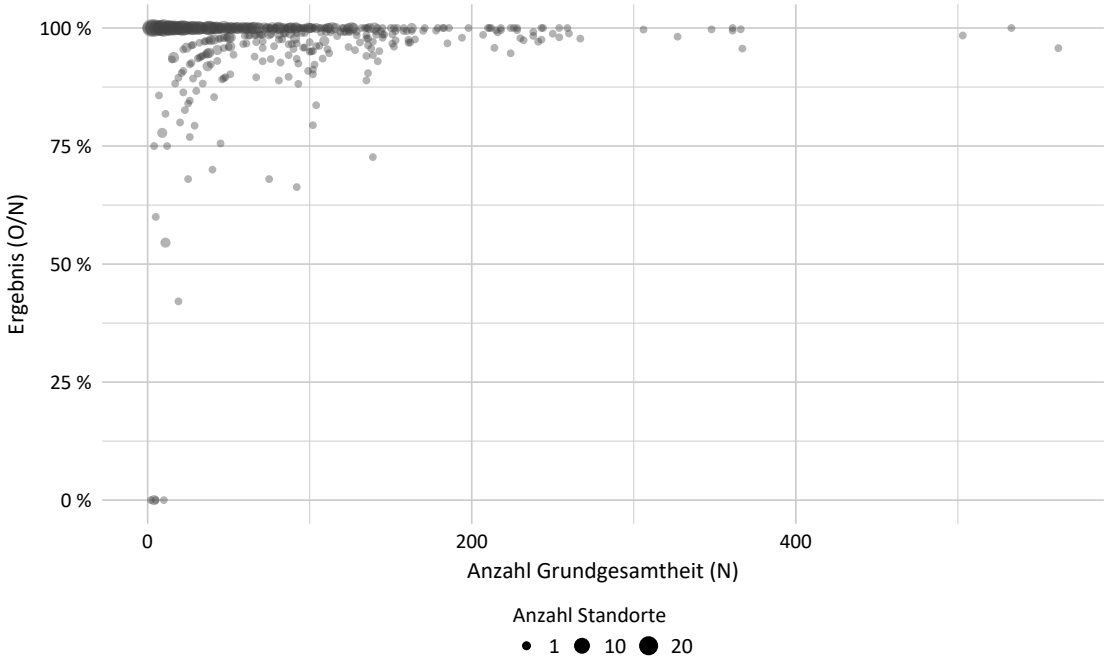
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	65.312 / 66.351	98,43	98,34 - 98,53
	2023	54.197 / 55.079	98,40	98,29 - 98,50
	2024	48.091 / 48.999	98,15	98,02 - 98,26

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	806	0	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 52307** **Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden**	98,15 % 48.091/48.999
1.1.1	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden	
1.1.1.1	ID: 11_22106 Implantation	99,74 % 6.115/6.131
1.1.1.2	ID: 11_22105 Aggregatwechsel	98,46 % 29.609/30.073
1.1.1.3	ID: 11_22104 Revision/Systemumstellung	96,65 % 12.367/12.795
1.1.1.4	ID: 11_22088 Alle Eingriffe	98,15 % 48.091/48.999

1.1.2 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhofsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Aggregatwechsel	ID: 11_22115 97,81 % 5.725/5.853	ID: 11_22113 98,36 % 7.092/7.210
Revision/Systemumstellung	ID: 11_22114 96,00 % 2.712/2.825	ID: 11_22112 96,80 % 3.021/3.121
Alle Eingriffe	ID: 11_22089 97,22 % 8.437/8.678	ID: 11_22090 97,89 % 10.113/10.331

1.1.3 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Ventrikelsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Implantation	ID: 11_22109 99,74 % 6.115/6.131	- -/-
Aggregatwechsel	ID: 11_22111 98,84 % 9.914/10.030	ID: 11_22108 98,54 % 6.878/6.980

1.1.3 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Ventrikelsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Revision/Systemumstellung	ID: 11_22110 96,88 % 3.914/4.040	ID: 11_22107 96,83 % 2.720/2.809
Alle Eingriffe	ID: 11_22091 98,72 % 19.943/20.201	ID: 11_22092 98,05 % 9.598/9.789

111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

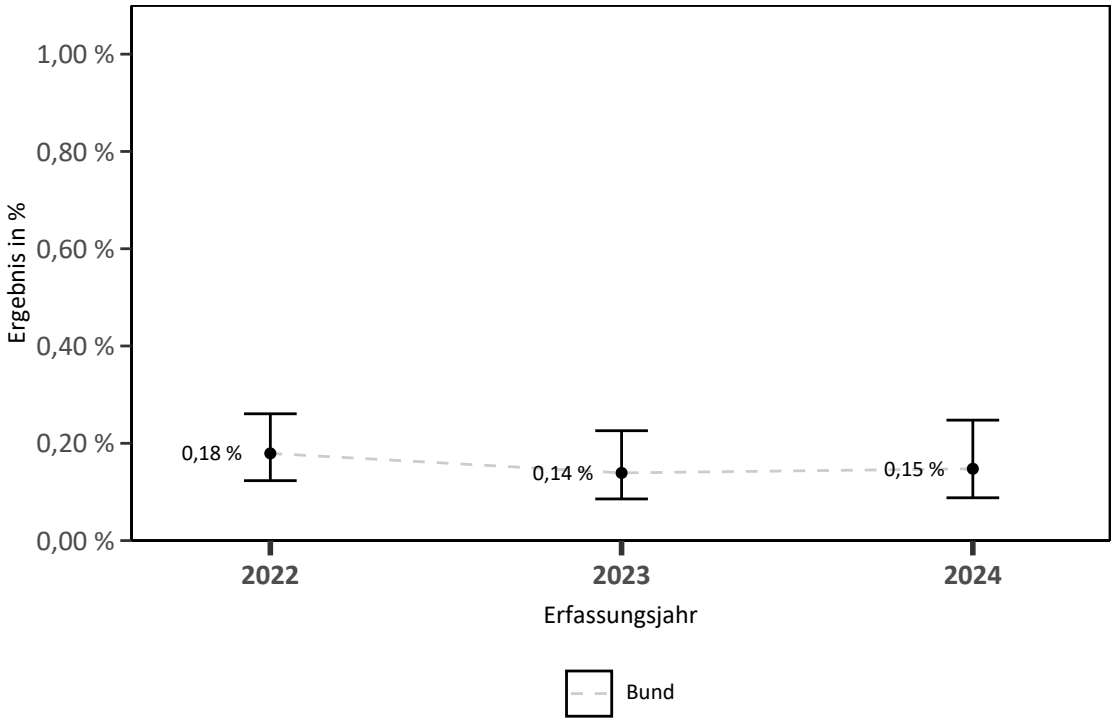
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

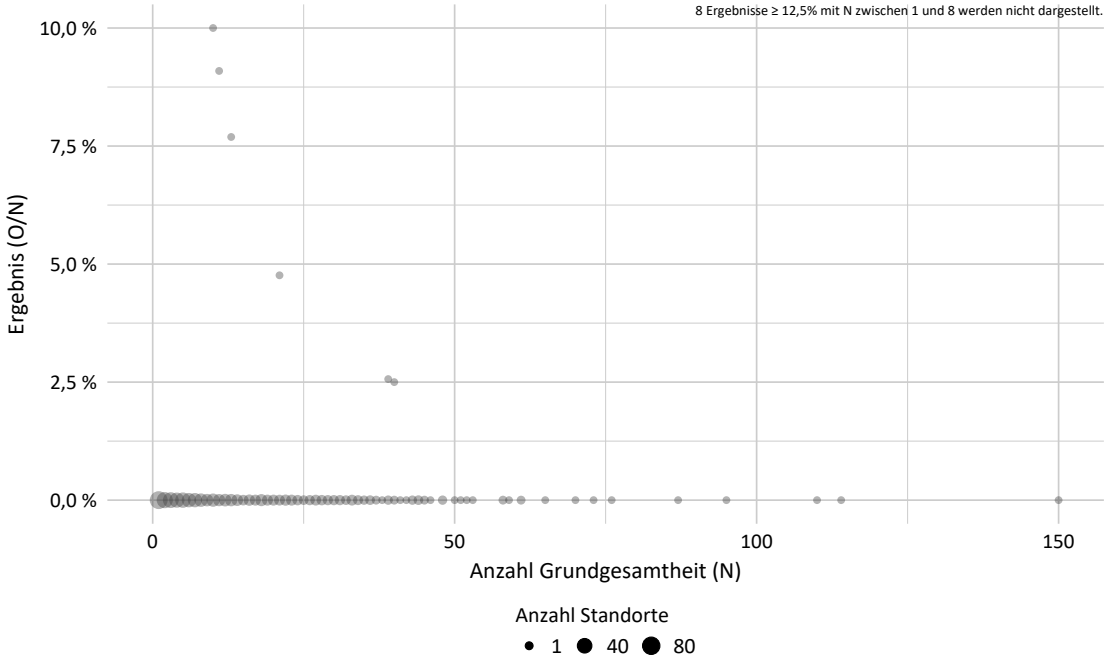
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	27 / 15.063	0,18	0,12 - 0,26
	2023	16 / 11.500	0,14	0,09 - 0,23
	2024	14 / 9.483	0,15	0,09 - 0,25

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	760	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 11_22093 Patientinnen und Patienten mit mind. einer peri- oder postoperativen Komplikation	0,15 % 14/9.483

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	**ID: 111801** **Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)**	0,15 % 14/9.483
2.2.1	ID: 11_22097 Kardiopulmonale Reanimation	x % ≤3/9.483
2.2.2	ID: 11_22098 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,05 % 5/9.483
2.2.3	ID: 11_22099 Postoperative Wundinfektion	x % ≤3/9.483
2.2.4	ID: 11_22103 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,06 % 6/9.483

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 9.483**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	35	0,37
1. Quartal	2.578	27,19
2. Quartal	2.387	25,17
3. Quartal	2.291	24,16
4. Quartal	2.192	23,12

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 9.483**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	281	2,96
50 - 59 Jahre	226	2,38
60 - 69 Jahre	658	6,94
70 - 79 Jahre	1.649	17,39
80 - 89 Jahre	4.965	52,36
≥ 90 Jahre	1.704	17,97
Geschlecht		
(1) männlich	4.990	52,62
(2) weiblich	4.493	47,38
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Indikation zum Aggregatwechsel

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 9.483**	
Indikation zum Aggregatwechsel		
(1) Batterieerschöpfung	9.318	98,26
(2) Fehlfunktion/Rückruf	109	1,15
(9) sonstige aggregatbezogene Indikation	56	0,59

Letzte Schrittmacher-OP

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 9.483**	
Letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		
(1) stationär	9.150	96,49
(2) stationsersetzend/ambulant	333	3,51

Operation

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	9.483
5. Perzentil	10,00
25. Perzentil	16,00
Median	23,00
Mittelwert	25,80
75. Perzentil	30,00
95. Perzentil	50,00

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

Implantiertes Schrittmachersystem

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 9.483**	
System		
(1) VVI	1.241	13,09
(2) AAI	52	0,55
(3) DDD	7.520	79,30
(4) VDD	33	0,35
(5) CRT-System mit einer Vorhofsonde	566	5,97
(6) CRT-System ohne Vorhofsonde	47	0,50
(9) sonstiges	24	0,25

Belassene Schrittmacher-Sonden

Vorhofsonde

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) und Angabe von Werten	5.725
Median	0,70
Mittelwert	0,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System)	**N = 8.162**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	2.292	28,08
(9) aus anderen Gründen	128	1,57

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System) und Angabe von Werten	7.092
Median	2,20
Mittelwert	2,52

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System)	**N = 8.195**	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	701	8,55
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	266	3,25
(9) aus anderen Gründen	118	1,44

Rechtsventrikuläre Sonde (bzw. HIS-Bündel)

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	9.308
Median	0,80
Mittelwert	0,91

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde	**N = 9.431**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	105	1,11

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	6.878
Median	10,30
Mittelwert	10,79

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde	**N = 9.431**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	2.432	25,79
(9) aus anderen Gründen	102	1,08

Linksventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit linksventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	606
Median	1,20
Mittelwert	1,46

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit linksventrikulärer Sonde	**N = 637**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	11	1,73

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 9.483**	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen		
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation	14	0,15
kardiopulmonale Reanimation	≤3	x
interventionspflichtiges Taschenhämatom	5	0,05
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	≤3	x
sonstige interventionspflichtige Komplikation	6	0,06

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	9.483
Median	0,00
Mittelwert	1,29
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	9.483
Median	1,00
Mittelwert	1,68
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	9.483
Median	1,00
Mittelwert	2,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 9.483**	
Entlassungsdiagnosen (nach ICD)[1]		
(I44.-) Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	1.773	18,70
(I48.-) Vorhofflattern oder Vorhofflimmern	3.858	40,68
(I49.-) Sonstige kardiale Arrhythmien	1.300	13,71
(R00.-) Störungen des Herzschlags	156	1,65
(T82.-) Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	1.906	20,10
(Z45.-) Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	8.111	85,53

[1] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 9.483**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	8.590	90,58
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	418	4,41
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	13	0,14
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	54	0,57
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	84	0,89
(07) Tod	36	0,38
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[2]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	17	0,18
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	254	2,68
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[3]	4	0,04
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[4]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[5]		
(1) ja	≤3	x

[2] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[3] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[4] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[5] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HSMDEF-HSM-REV: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Übersicht über weitere Datengrundlagen 8

Ergebnisübersicht 11

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 12

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 13

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 15

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts 15

121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 15

52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden 18

Details zu den Ergebnissen 21

51404: Sterblichkeit im Krankenhaus 22

Details zu den Ergebnissen 26

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 27

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 27

850339: Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen 27

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 29

813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten 29

850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 31

850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 33

850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 35

Basisauswertung 37

Basisdokumentation 37

Patientin und Patient 38

Indikation zur Revision/Explantation 39

Spezielle Indikation zur Revision / Explantation von Sonden 40

Operation 43

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems ... 44
Schrittmachersystem ... 44
Schrittmacher-Aggregat ... 45
Schrittmachersonden ... 45
Vorhofsonde ... 46
Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel) ... 47
Linksventrikuläre Sonde ... 49
Komplikationen ... 50
Sonden- bzw. Systemdislokation ... 50
Sonden- bzw. Systemdysfunktion ... 51
Entlassung ... 52
Behandlungszeiten ... 52

Einleitung

Der hier dargestellte Teilbereich umfasst die Qualitätssicherung bei erneuten Eingriffen (Revisionen) an Herzschrittmachern, bei ihrer Entfernung (Explantation) oder bei Systemwechsel.

Seit dem Erfassungsjahr 2015 werden Daten erhoben, durch die die Daten dieses Teilbereichs mit den vorausgegangenen Schrittmachereingriffen der Patientinnen und Patienten verknüpft werden können. Die Indikatoren, die sich auf die Ursachen für die Reparatur, den Wechsel oder das Entfernen des Herzschrittmachers beziehen, können nun als (längsschnittliche) Follow-up-Indikatoren ausgewertet werden und sind dem Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation zugeordnet.

Die Qualitätsindikatoren des Teilbereichs Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation beziehen sich auf Komplikationen im Umfeld der Operation und die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus. Die Ergebnisse der Reizschwellen- und Amplitudenmessungen der Sonden werden zusammen mit den Daten zu Erstimplantationen und Aggregatwechseln ausgewertet; die entsprechenden Indikatoren sind den Teilbereichen Herzschrittmacher-Implantation und Herzschrittmacher-Aggregatwechsel zugeordnet.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar. In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.740 8.688 52	8.675	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	743		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	765	762	100,39
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	692	687	100,73

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.816 8.769 47	8.709	101,23
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	764		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	782	775	100,90
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	709	703	100,85

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.576 7.533 43	7.540	100,48
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	731		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	750	746	100,54
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	683	677	100,89

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.525 7.525 -	7.533	99,89
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	731		

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	750	750	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	683	683	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.092 1.092 -	1.109	98,47
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	385		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	387	383	101,04
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	364	366	99,45

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.652 7.612 40	7.564	101,16
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	750		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	766	758	101,06
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	696	689	101,02

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.612 7.612 -	7.612	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	750		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	766	766	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	696	696	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.066 1.066 -	1.104	96,56
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	372		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	373	380	98,16
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	357	366	97,54

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	Nicht definiert	1,07 % O = 93 N = 8.688
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	Nicht definiert	0,74 % O = 46 N = 6.252
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,00 (95. Perzentil)	1,07 O/E = 199 / 186,16 N = 8.688

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	≤ 9,64 % (95. Perzentil)	2,79 % 156 / 5.585	2,02 % 14 / 693

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	100,48 % 7.576 / 7.540	0,94 % 7 / 746
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,75 % 8.740 / 8.675	1,44 % 11 / 762
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,75 % 8.740 / 8.675	0,13 % 1 / 762
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,60 % 52 / 8.675	2,23 % 17 / 762

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

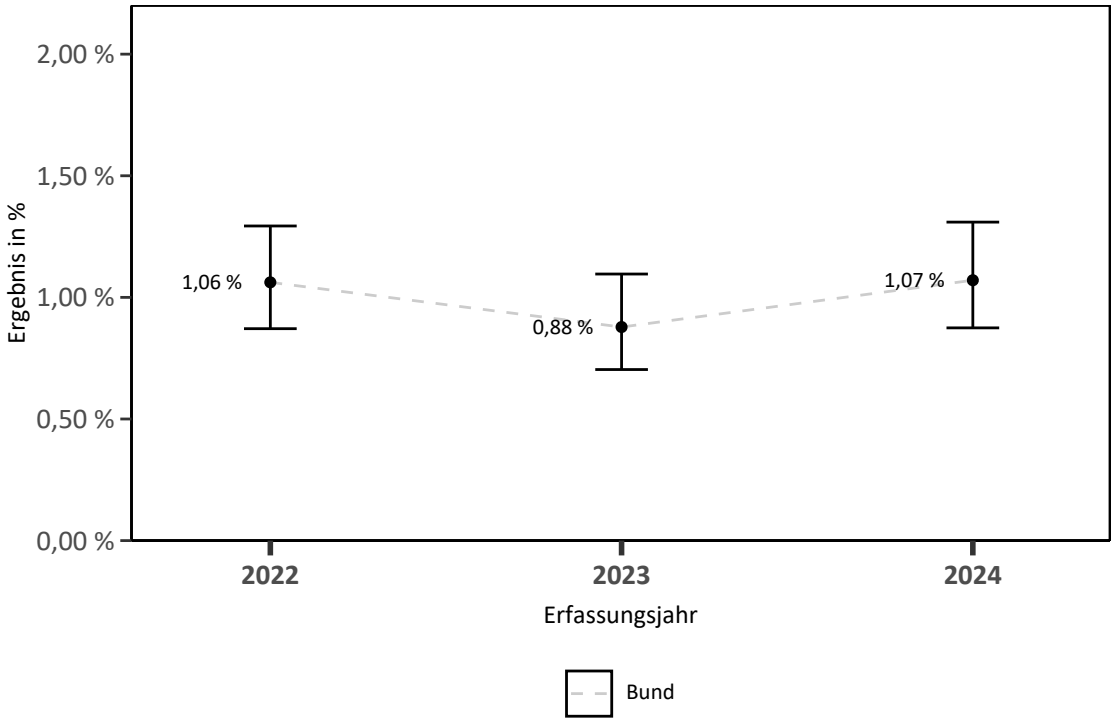
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion, interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

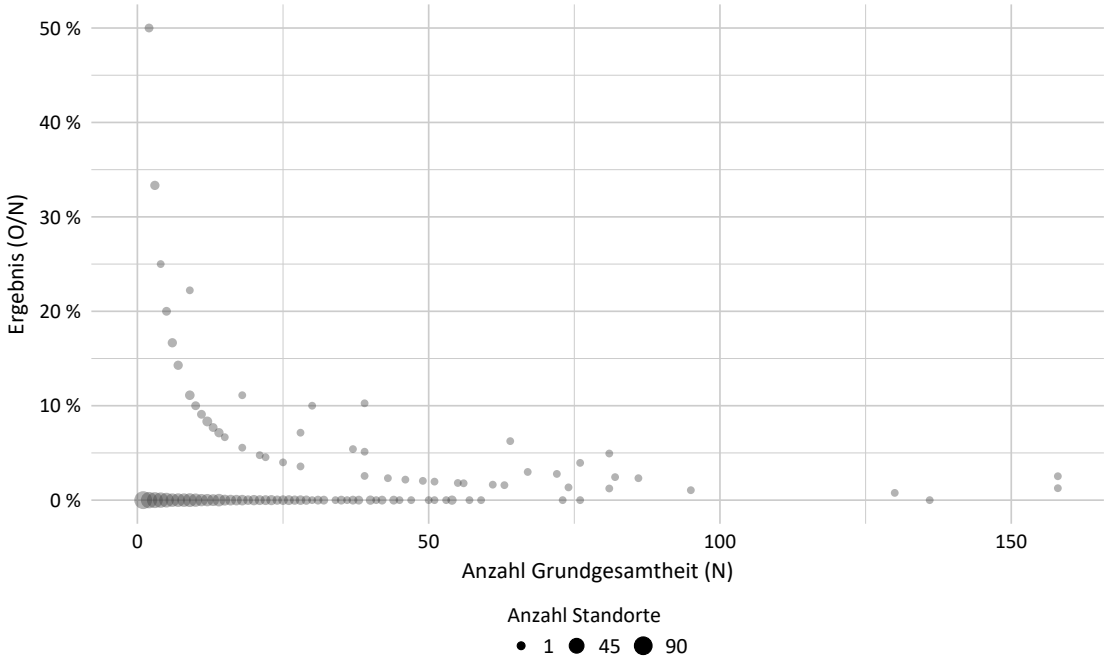
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	97 / 9.135	1,06	0,87 - 1,29
	2023	77 / 8.769	0,88	0,70 - 1,10
	2024	93 / 8.688	1,07	0,87 - 1,31

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	743	0	0,00	50,00	0,00

52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

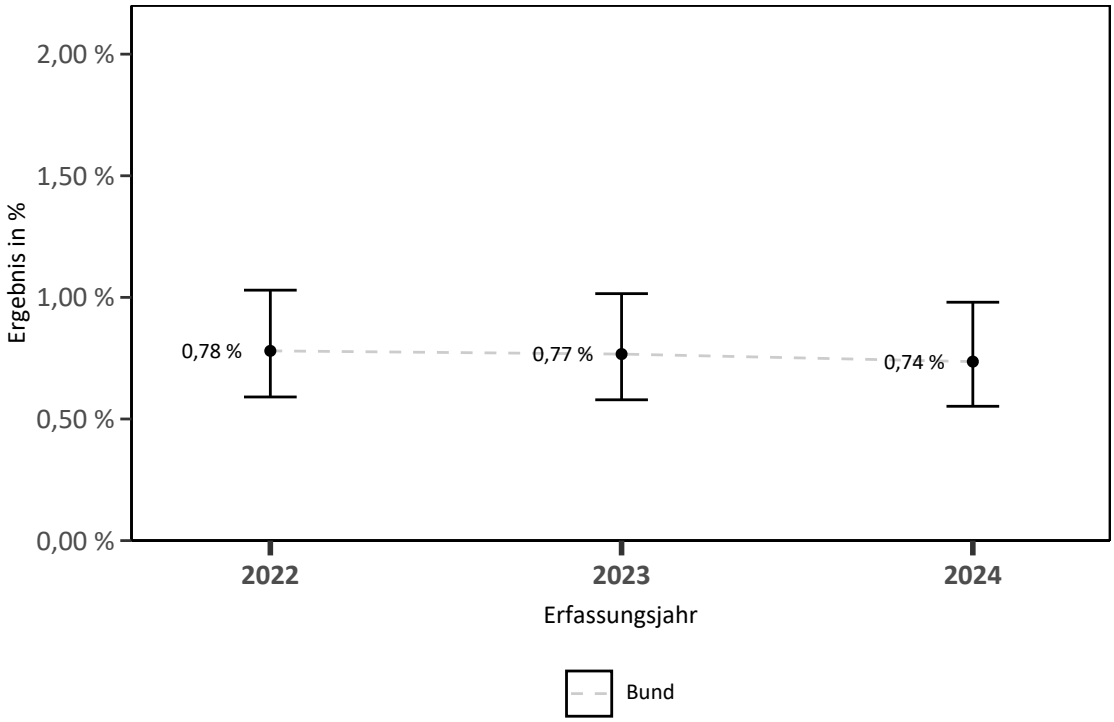
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

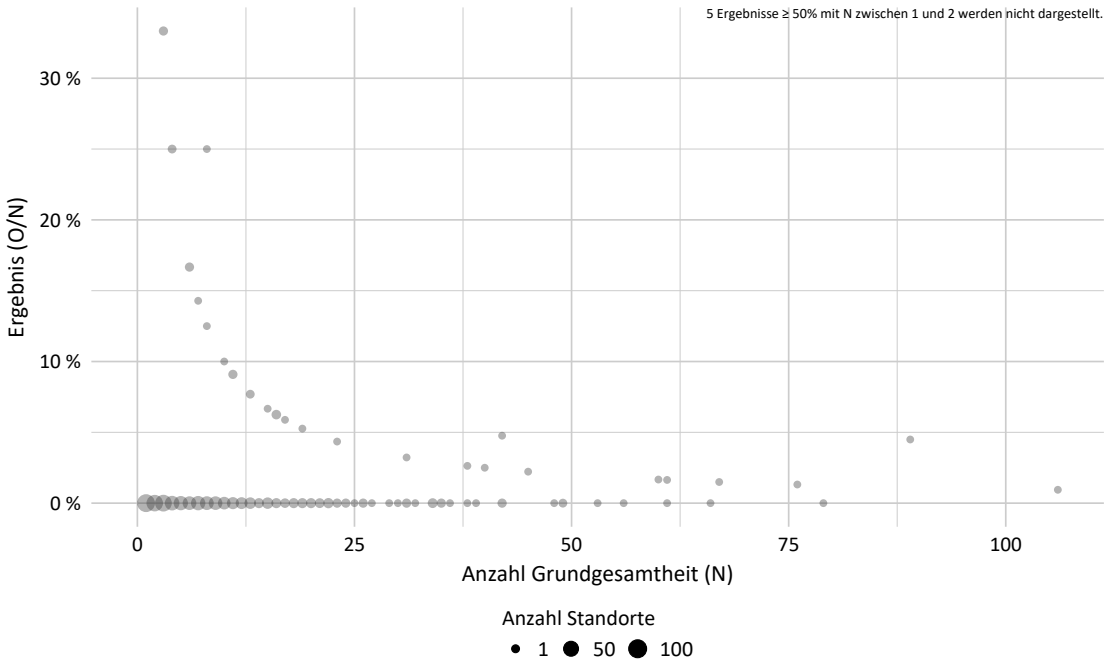
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	49 / 6.282	0,78	0,59 - 1,03
	2023	48 / 6.259	0,77	0,58 - 1,02
	2024	46 / 6.252	0,74	0,55 - 0,98

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	705	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 12_22021 Patientinnen und Patienten mit mind. einer peri- oder postoperativen Komplikation	1,66 % 144/8.688

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 121800** **Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)**	1,07 % 93/8.688
1.2.1	ID: 12_22025 Kardiopulmonale Reanimation	0,22 % 19/8.688
1.2.2	ID: 12_22026 Interventionspflichtiger Pneumothorax	0,30 % 26/8.688
1.2.3	ID: 12_22027 Interventionspflichtiger Perikarderguss	0,23 % 20/8.688
1.2.4	ID: 12_22028 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,17 % 15/8.688
1.2.5	ID: 12_22029 Interventionspflichtiger Hämatothorax	0,07 % 6/8.688
1.2.6	ID: 12_22030 Postoperative Wundinfektion	0,08 % 7/8.688
1.2.7	ID: 12_22034 Interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	x % ≤3/8.688
1.2.8	ID: 12_22035 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,16 % 14/8.688

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 52315** **Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden**	0,74 % 46/6.252
1.3.1	ID: 12_22036 Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	0,61 % 38/6.252
1.3.2	ID: 12_22037 Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	0,14 % 9/6.252

51404: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für ID 51404
Referenzbereich	≤ 4,00 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear bis 60 Jahre ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 ASA-Klassifikation 5
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

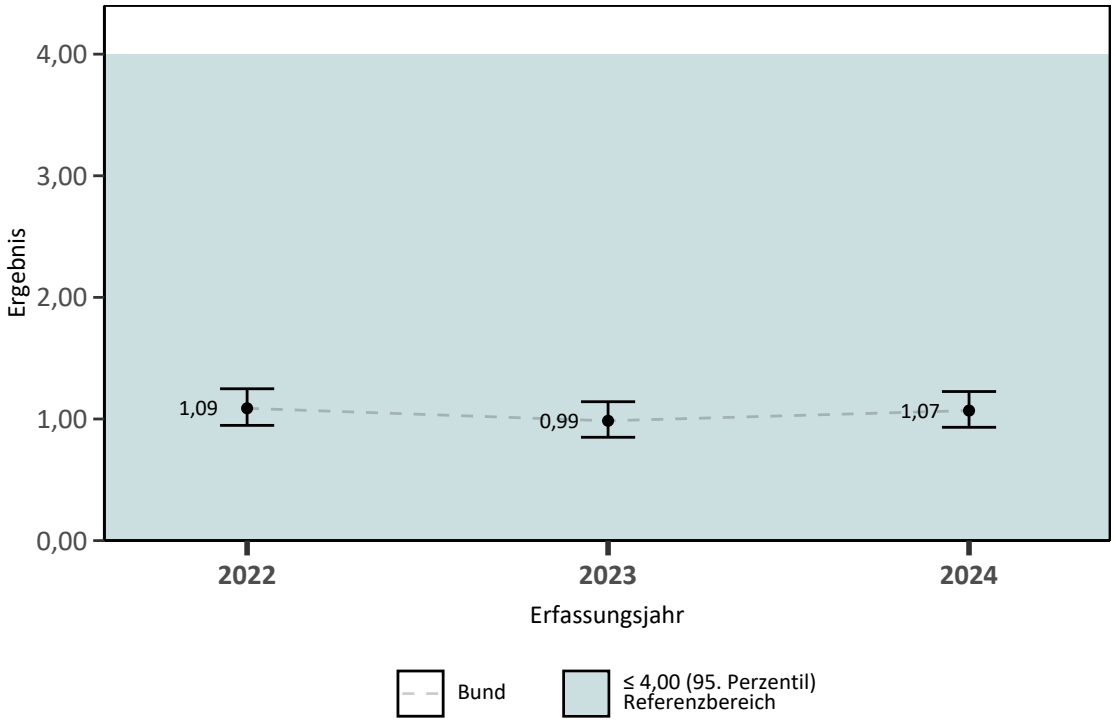
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	9.135	197 / 181,10	1,09	0,95 - 1,25
	2023	8.769	172 / 174,60	0,99	0,85 - 1,14
	2024	8.688	199 / 186,16	1,07	0,93 - 1,23

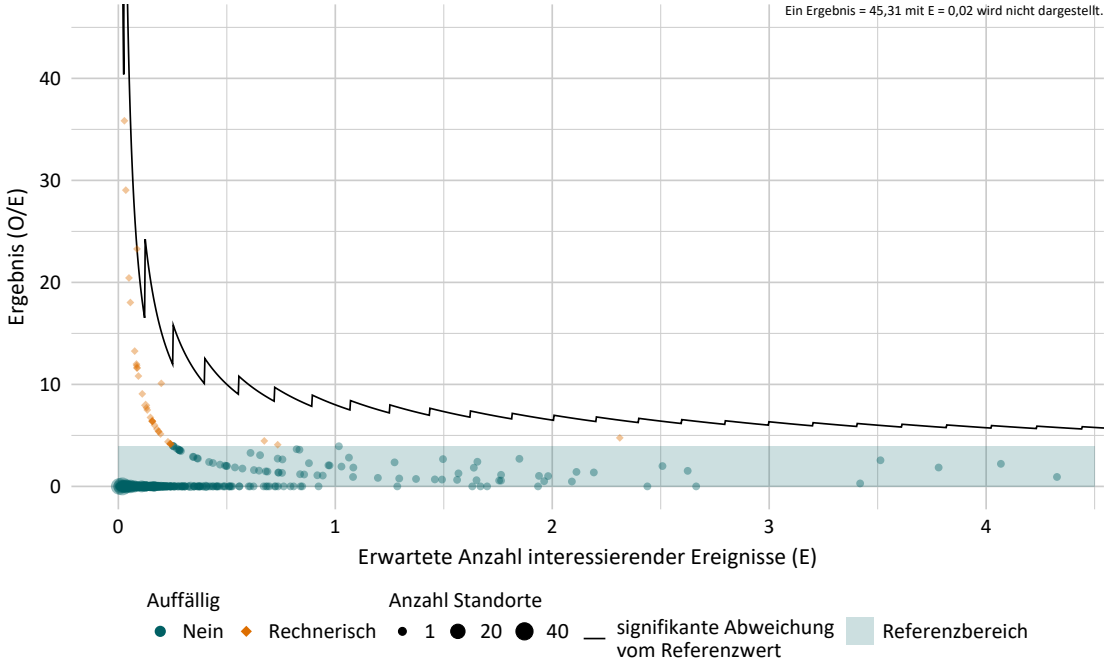
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



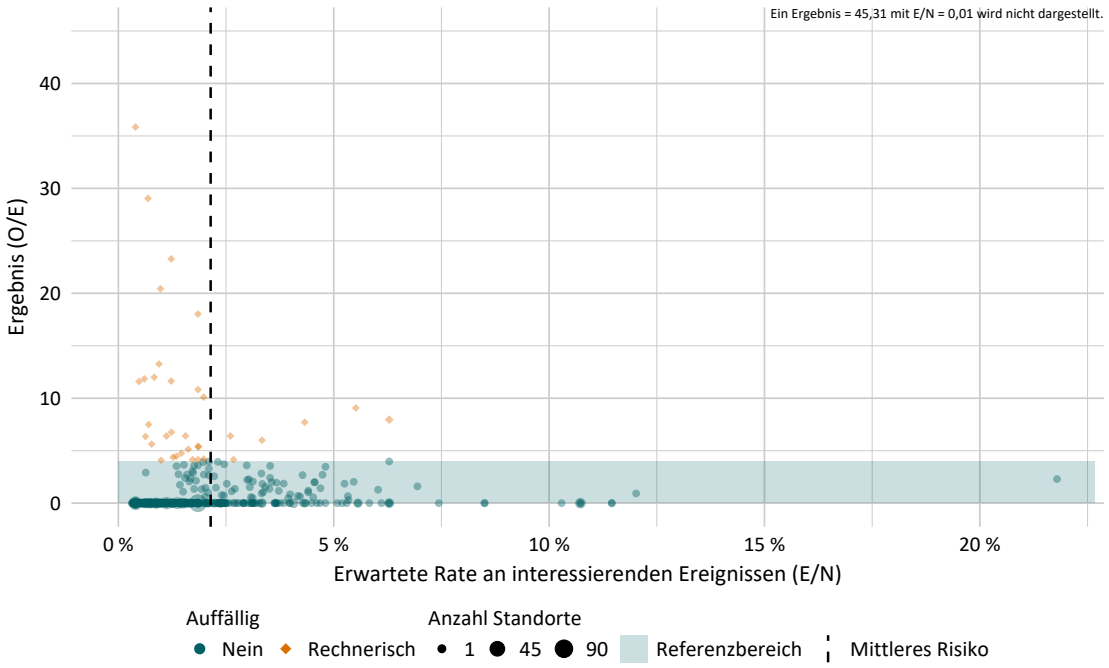
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	743	36	0,00	45,31	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 12_22040 Sterblichkeit im Krankenhaus	2,29 % 199/8.688
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
2.1.1.1	ID: O_51404 O/N (observed, beobachtet)	2,29 % 199/8.688
2.1.1.2	ID: E_51404 E/N (expected, erwartet)	2,14 % 186,16/8.688
2.1.1.3	**ID: 51404** **O/E**	1,07

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

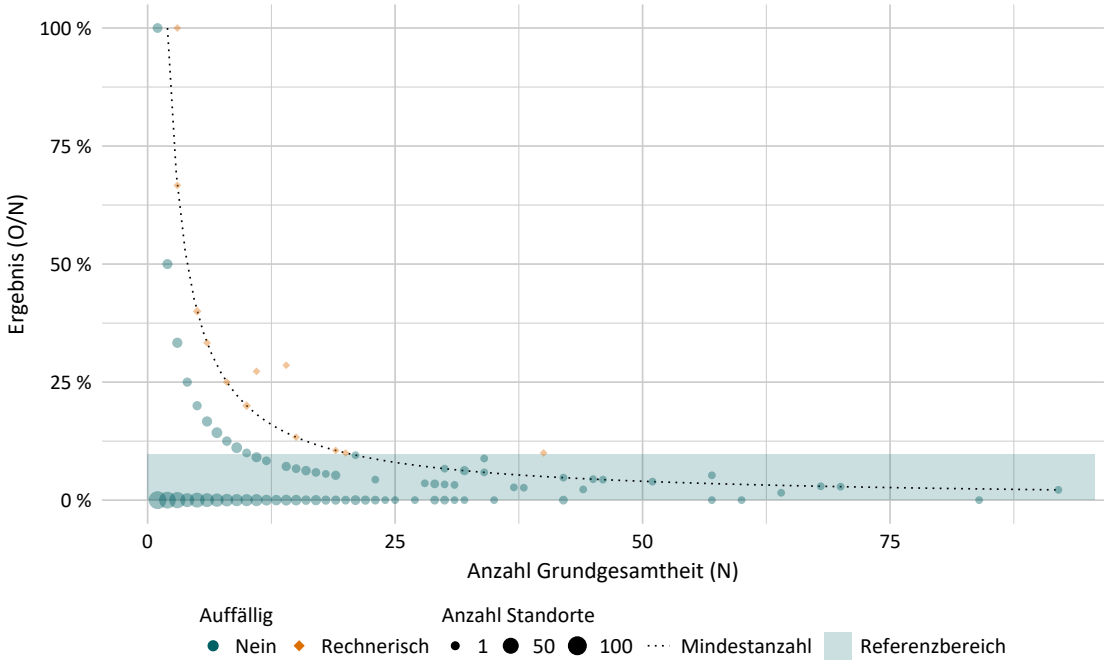
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850339: Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle für die „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde, werden aus dem Nenner der QI 52315 und QI 52305 ausgeschlossen, weshalb bei einem hohen Anteil an bestätigten Dokumentationsfehlern eine korrekte Berechnung der QI nicht möglich ist. **Hypothese** Fehl- bzw. Unterdokumentation. Tatsächlich liegen Angaben zur Art des Vorgehens vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit Sondenproblemen, bei denen die betroffene Sonde nicht explantiert oder stillgelegt wurde
Zähler	Fälle, bei denen 'kein Eingriff an der Sonde' dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 9,64 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	693	14	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

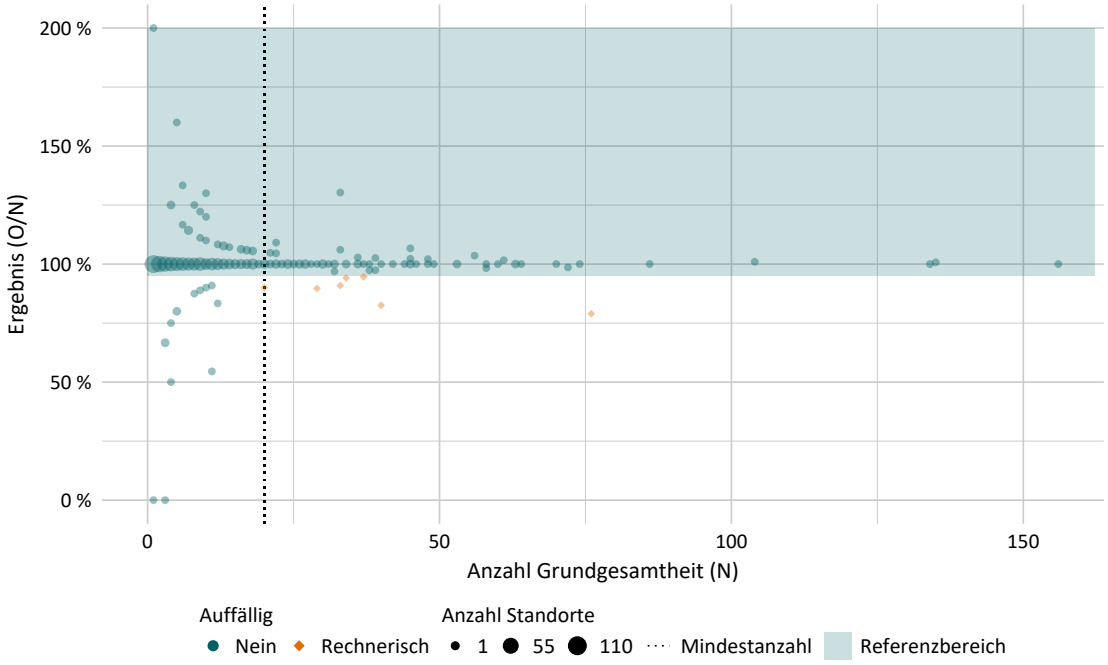
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	156 / 5.585	2,79	2,02 % 14 / 693

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. **Hypothese** Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichtertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichtertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	746	7	0,00	200,00	100,00

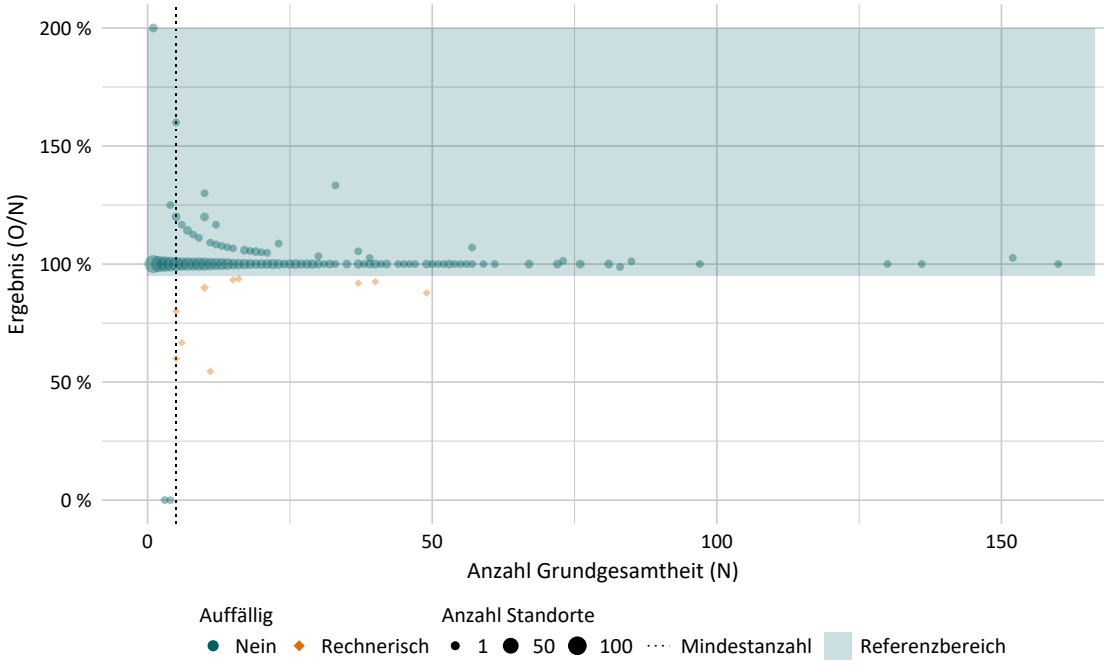
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	7.576 / 7.540	100,48	0,94 % 7 / 746

850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	762	11	0,00	200,00	100,00

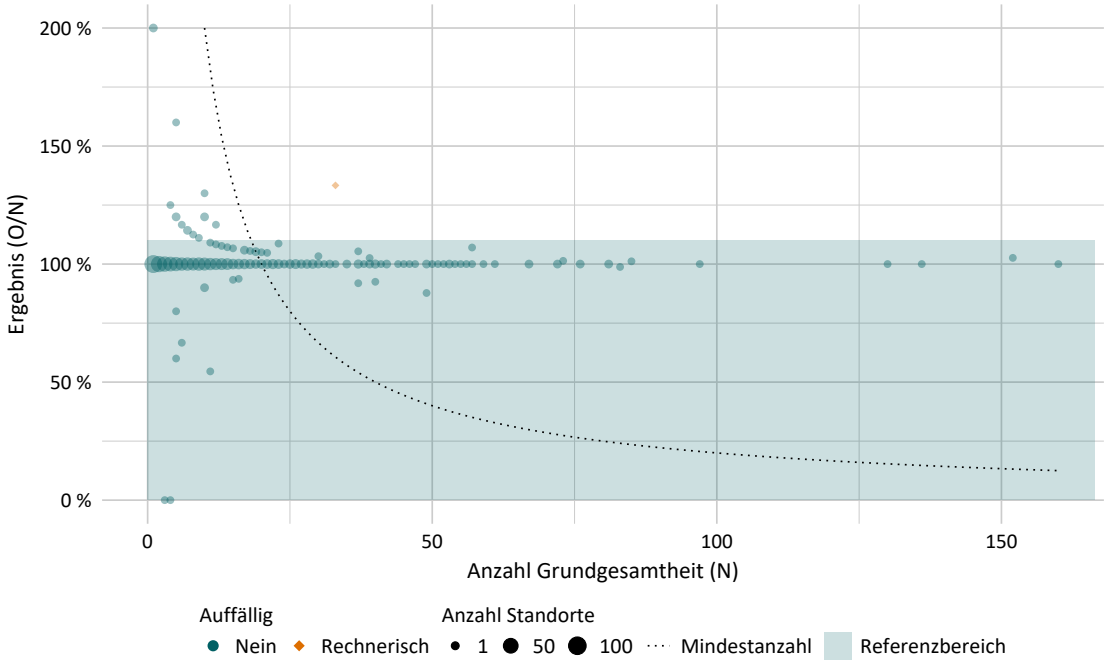
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	8.740 / 8.675	100,75	1,44 % 11 / 762

850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	762	1	0,00	200,00	100,00

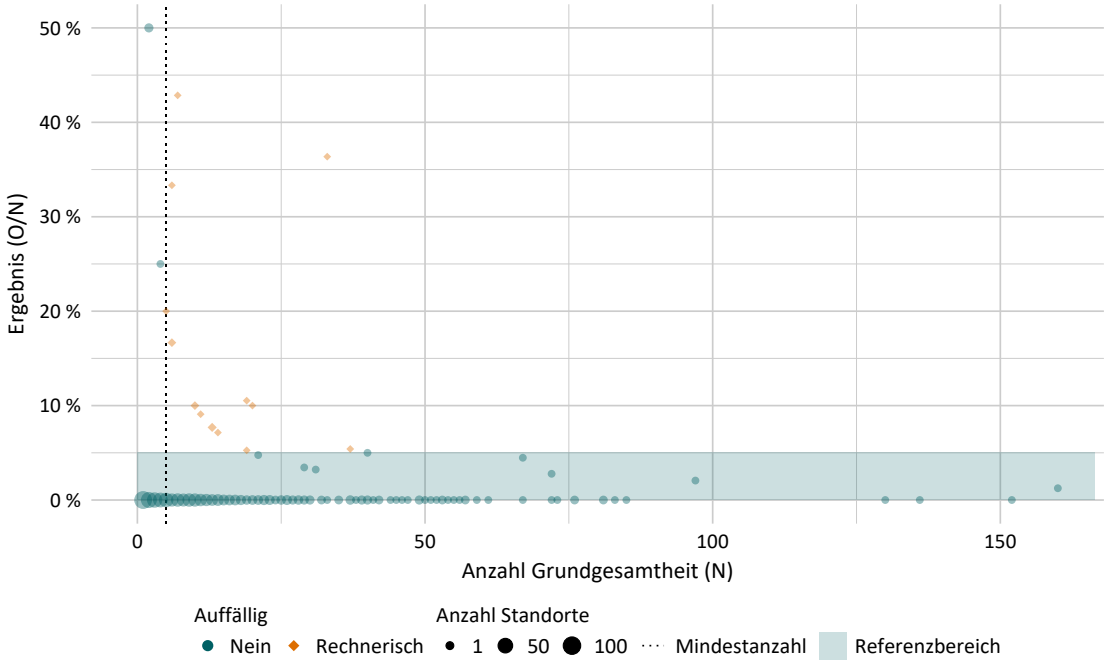
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	8.740 / 8.675	100,75	0,13 % 1 / 762

850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	762	17	0,00	50,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	52 / 8.675	0,60	2,23 % 17 / 762

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.688**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	133	1,53
1. Quartal	2.267	26,09
2. Quartal	2.214	25,48
3. Quartal	2.177	25,06
4. Quartal	1.897	21,83

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.688**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	328	3,78
50 - 59 Jahre	426	4,90
60 - 69 Jahre	1.148	13,21
70 - 79 Jahre	2.436	28,04
80 - 89 Jahre	3.770	43,39
≥ 90 Jahre	580	6,68
Geschlecht		
(1) männlich	4.945	56,92
(2) weiblich	3.743	43,08
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	312	3,59
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	2.989	34,40
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4.659	53,63
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	691	7,95
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	37	0,43

Indikation zur Revision/Explantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.688**	
Indikation zum Eingriff am Aggregat[2]		
(0) keine aggregatbezogene Indikation	5.390	62,04
(1) Batterieerschöpfung	1.780	20,49
(3) Fehlfunktion/Rückruf	177	2,04
(4) vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels	806	9,28
(9) sonstige aggregatbezogene Indikation	535	6,16
Taschenproblem		
(0) kein Taschenproblem	7.322	84,28
(1) Taschenhämatom	99	1,14
(2) Aggregatperforation	201	2,31
(3) Infektion	711	8,18
(9) sonstiges Taschenproblem	355	4,09
Sondenproblem[3]		
(0) nein	1.954	22,49
(1) ja	6.734	77,51

[2] inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker
[3] inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.688**	
Letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		
(1) stationär	8.271	95,20
(2) stationsersetzend/ambulant	417	4,80

Spezielle Indikation zur Revision / Explantation von Sonden

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondenproblem	**N = 6.734**	
Vorhofsonde		
(1) Dislokation	1.644	24,41
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	325	4,83
(3) fehlerhafte Konnektion	57	0,85
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	13	0,19
(5) Oversensing	66	0,98
(6) Undersensing	85	1,26
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	266	3,95
(8) Infektion	794	11,79
(9) Myokardperforation	74	1,10
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	≤3	x
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	186	2,76

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondenproblem	**N = 6.734**	
rechtsventrikuläre Sonde[4]		
(1) Dislokation	800	11,88
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	663	9,85
(3) fehlerhafte Konnektion	53	0,79
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	55	0,82
(5) Oversensing	148	2,20
(6) Undersensing	129	1,92
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	1.426	21,18
(8) Infektion	837	12,43
(9) Myokardperforation	229	3,40
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	≤3	x
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	190	2,82

[4] inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker bzw. an der HIS-Bündel-Sonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondenproblem	**N = 6.734**	
linksventrikuläre Sonde		
(1) Dislokation	98	1,46
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	34	0,50
(3) fehlerhafte Konnektion	≤3	x
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	26	0,39
(5) Oversensing	≤3	x
(6) Undersensing	≤3	x
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	76	1,13
(8) Infektion	140	2,08
(9) Myokardperforation	7	0,10
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(99) sonstige	38	0,56

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.688**	
Eingriffe (nach OPS)[5]		
(5-378.0*) Aggregatentfernung	451	5,19
(5-378.1*) Sondenentfernung	496	5,71
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung	1.167	13,43
(5-378.3*) Sondenkorrektur	2.270	26,13
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats	586	6,74
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel	1.621	18,66
(5-378.7*) Sondenwechsel	1.774	20,42
(5-378.8*) Kupplungskorrektur	49	0,56
(5-378.b*) Systemumstellung	750	8,63

[5] Mehrfachnennung möglich

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.688**	
Postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden		
(0) nein, da Explantation	1.315	15,14
(1) ja	7.373	84,86

Schrittmachersystem

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System	**N = 7.373**	
aktives System (nach dem Eingriff)		
(1) VVI	1.132	15,35
(2) AAI	34	0,46
(3) DDD	5.295	71,82
(4) VDD	9	0,12
(5) CRT-System mit einer Vorhofsonde	693	9,40
(6) CRT-System ohne Vorhofsonde	99	1,34
(7) Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI)	78	1,06
(9) sonstiges	33	0,45

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System	**N = 7.373**	
Sonde am HIS-Bündel implantiert		
(0) nein	7.188	97,49
(1) ja	185	2,51

Schrittmacher-Aggregat

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System	**N = 7.295**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff am Aggregat	3.720	50,99
(1) Neuimplantation	2.764	37,89
(2) Neuplatzierung	634	8,69
(9) sonstiges	177	2,43

Schrittmachersonden

Vorhofsonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	**N = 6.078**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	3.224	53,04
(1) Neuimplantation	1.541	25,35
(2) Neuplatzierung	1.162	19,12
(4) Reparatur	25	0,41
(9) sonstiges	92	1,51

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	5.137
Median	0,70
Mittelwert	0,79

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	**N = 6.069**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	760	12,52
(9) aus anderen Gründen	134	2,21

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (mit VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	5.605
Median	2,60
Mittelwert	2,97

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (mit VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	**N = 6.078**	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	216	3,55
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	95	1,56
(9) aus anderen Gründen	124	2,04

Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	**N = 7.339**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	3.094	42,16
(1) Neuimplantation	3.059	41,68
(2) Neuplatzierung	989	13,48
(4) Reparatur	27	0,37
(9) sonstiges	159	2,17

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	7.199
Median	0,70
Mittelwert	0,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	**N = 7.339**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	125	1,70

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	6.233
Median	10,60
Mittelwert	11,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	**N = 7.339**	
R-Amplitude nicht bestimmt		
(1) kein Eigenrhythmus	980	13,35
(9) aus anderen Gründen	111	1,51

Linksventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit linksventrikulärer Sonde	**N = 825**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	416	50,42
(1) Neuimplantation	303	36,73
(2) Neuplatzierung	33	4,00
(4) Reparatur	≤3	x
(9) sonstiges	16	1,94

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit linksventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	745
Median	1,00
Mittelwert	1,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit linksventrikulärer Sonde	**N = 825**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	20	2,42

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.688**	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen		
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation	144	1,66
kardiopulmonale Reanimation	19	0,22
interventionspflichtiger Pneumothorax	26	0,30
interventionspflichtiger Hämatothorax	6	0,07
interventionspflichtiger Perikarderguss	20	0,23
interventionspflichtiges Taschenhämatom	15	0,17
Sonden- bzw. Systemdislokation	46	0,53
Sonden- bzw. Systemdysfunktion	12	0,14
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	7	0,08
interventionspflichtige Komplikation/en an der Punktionsstelle	≤3	x
sonstige interventionspflichtige Komplikation	14	0,16

Sonden- bzw. Systemdislokation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sonden- bzw. Systemdislokation	**N = 46**	
Ort der Sonden- bzw. Systemdislokation[6]		
Vorhofsonde	30	65,22
rechter Ventrikel[7]	15	32,61
linker Ventrikel	≤3	x
beide Ventrikel	0	0,00

[6] Mehrfachnennung möglich
[7] inklusive HIS-Bündel

Sonden- bzw. Systemdysfunktion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sonden- bzw. Systemdysfunktion	**N = 12**	
Ort der Sonden- bzw. Systemdysfunktion[8]		
Vorhofsonde	5	41,67
rechter Ventrikel[9]	10	83,33
linker Ventrikel	0	0,00
beide Ventrikel	0	0,00

[8] Mehrfachnennung möglich

[9] inklusive HIS-Bündel

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	8.688
Median	1,00
Mittelwert	4,27
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	8.688
Median	2,00
Mittelwert	5,20
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	8.688
Median	5,00
Mittelwert	9,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.688**	
Entlassungsdiagnosen (nach ICD)[10]		
(I11.-) Hypertensive Herzkrankheit	882	10,15
(I25.-) Chronische ischämische Herzkrankheit	2.356	27,12
(I44.-) Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	2.848	32,78
(I48.-) Vorhofflattern oder Vorhofflimmern	3.366	38,74
(I49.-) Sonstige kardiale Arrhythmien	1.615	18,59
(T82.-) Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5.766	66,37
(Z45.-) Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	3.176	36,56
(Z95.-) Vorhandensein von kardialen oder vasuklären Implantaten oder Transplantaten	4.273	49,18

[10] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.688**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	7.117	81,92
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	398	4,58
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	14	0,16
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	45	0,52
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	635	7,31
(07) Tod	199	2,29
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[11]	12	0,14
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	136	1,57
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	123	1,42
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,06
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[12]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[13]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[14]		
(1) ja	≤3	x

[11] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[12] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[13] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[14] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HSMDEF-DEFI-IMPL: Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahre 2023 und 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 6

Datengrundlagen 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Übersicht über weitere Datengrundlagen 10

Ergebnisübersicht 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 14

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 16

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 17

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 19

50055: Leitlinienkonforme Indikation 19

Details zu den Ergebnissen 22

50005: Leitlinienkonforme Systemwahl 25

Details zu den Ergebnissen 28

52131: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln 29

Details zu den Ergebnissen 32

131801: Dosis-Flächen-Produkt 34

Details zu den Ergebnissen 38

52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen 39

Details zu den Ergebnissen 42

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts 43

131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 43

52325: Sondendislokation oder -dysfunktion 46

131803: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden 50

Details zu den Ergebnissen 53

51186: Sterblichkeit im Krankenhaus 55

Details zu den Ergebnissen 59

132000: Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren ... 60

132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres ... 61

Details zu den Ergebnissen ... 65

132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres ... 66

Details zu den Ergebnissen ... 70

132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation ... 71

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 74

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit' ... 74

850313: Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige' ... 74

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 76

851801: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten ... 76

850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 78

850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 80

850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 82

Basisauswertung ... 84

Basisdokumentation ... 84

Patientin und Patient ... 85

Body Mass Index (BMI) ... 86

Präoperative Anamnese/Klinik ... 87

ICD-Anteil ... 89

Grunderkrankungen ... 90

Weitere Merkmale ... 94

Schrittmacheranteil ... 96

Stimulationsbedürftigkeit ... 96

EKG-Befunde ... 97

Operation ... 99

Zugang des implantierten Systems ... 102

ICD ... 103

ICD-System ... 103

ICD-Aggregat ... 103
Sonden ... 103
Vorhof (atriale Pace/Sense-Sonde) ... 104
Rechtsventrikuläre Sonde ... 105
Linksventrikuläre Sonde ... 106
Komplikationen ... 107
Sondendislokation ... 107
Sondendysfunktion ... 108
Entlassung ... 109
Behandlungszeiten ... 109

Einleitung

Der plötzliche Herztod gehört zu den häufigsten Todesursachen in den westlichen Industrienationen. Bei den meisten Betroffenen sind dafür Erkrankungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit, KHK) oder des Herzmuskels (Kardiomyopathie) ursächlich. Diese können lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen (Arrhythmien) zur Folge haben. Bei einem zu langsamen Herzschlag aufgrund von Störungen der Reizbildung oder Reizleitung werden Herzschrittmacher implantiert. Hochfrequente und lebensbedrohliche Rhythmusstörungen der Herzkammern (Kammertachykardien, Kammerflattern, Kammerflimmern) können nicht mit einem Herzschrittmacher behandelt werden. In solchen Fällen kommt ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (implantable cardioverter-defibrillator, ICD) zum Einsatz, der i. d. R. zusätzlich auch alle Funktionen eines Herzschrittmachers bereitstellt.

Die Implantation eines Defibrillators ist dann angemessen, wenn durch spezielle kardiologische Untersuchungen ein hohes Risiko für gefährliche Rhythmusstörungen gesichert festgestellt wurde (Primärprävention). Wenn diese lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen bereits einmal aufgetreten sind und ihnen keine behandelbare (reversible) Ursache zugrunde liegt, erfolgt die ICD-Implantation zur Sekundärprävention. Das Aggregat kann diese lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen durch eine Schockabgabe oder eine schnelle Impulsabgabe (antitachykarde Stimulation) beenden und damit den plötzlichen Herztod verhindern.

Ein weiteres Anwendungsgebiet der ICD-Therapie ist die fortgeschrittene Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz), bei der beide Hauptkammern und/oder verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten. Diese Form der Herzschwäche kann mittels elektrischer Stimulation behandelt werden (kardiale Resynchronisationstherapie, CRT). Da die betroffenen Patientinnen und Patienten auch einem erhöhten Risiko für den plötzlichen Herztod ausgesetzt sind, werden meist Kombinationsgeräte implantiert, die eine Herzinsuffizienzbehandlung mittels Resynchronisationstherapie und die Prävention des plötzlichen Herztods durch lebensbedrohliche Rhythmusstörungen der Herzkammern verbinden (CRT-D-Aggregate).

Ein ICD wird i. d. R. unter die Haut bzw. unter den Brustmuskel im Bereich des linken Schlüsselbeins implantiert. Wie die Herzschrittmacher-Implantation ist die ICD-Implantation heutzutage ein Routineeingriff mit niedriger Komplikationsrate.

Qualitätsmerkmale einer ICD-Implantation, die in diesem Teilbereich mittels Indikatoren erfasst werden, sind:
- leitlinienkonforme Indikationsstellung
- leitlinienkonforme Auswahl des geeigneten Systems
- möglichst kurze Eingriffsdauer bei der Implantation
- möglichst geringe Strahlenbelastung der Patientinnen und Patienten
- Erreichung akzeptabler Werte bei notwendigen intraoperativen Messungen (Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung)
- möglichst seltenes Auftreten von Komplikationen im Umfeld des Eingriffs
- niedrige Sterblichkeit (im Krankenhaus)

Seit dem Erfassungsjahr 2018 werden Daten zu Defibrillatoreneingriffen erhoben, die eine

Verknüpfung der QS-Daten wiederholter stationärer Aufenthalte von Patientinnen bzw. Patienten ermöglichen. Durch dieses Follow-up können z. B. auch Komplikationen erfasst werden, die erst nach Verlassen des Krankenhauses auftreten. Die Follow-up-Indikatoren zur Defibrillatorenversorgung, für die Daten verschiedener Eingriffsarten ausgewertet werden, sind ebenfalls dem Teilbereich Implantierbare Defibrillatoren – Implantation zugeordnet. Die externe Qualitätssicherung für die Defibrillatortherapie umfasst weiterhin nur den stationären Bereich.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar. In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.964 20.931 33	20.867	100,46
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	690		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	711	708	100,42
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	647	643	100,62

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.796 20.780 16	20.658	100,67
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	700		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	727	720	100,97
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	653	647	100,93

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.247 18.219 28	18.191	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	684		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	704	700	100,57
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	644	640	100,63

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.219 18.219 -	18.219	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	684		

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	704	704	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	644	644	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	2.472 2.472 -	2.646	93,42
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	521		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	524	535	97,94
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	491	506	97,04

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.061 18.048 13	18.032	100,16
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	696		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	719	716	100,42
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	650	644	100,93

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.048 18.048 -	18.048	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	696		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	719	719	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	650	650	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	2.485 2.485 -	2.604	95,43
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	525		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	530	529	100,19
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	498	499	99,80

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
50055	Leitlinienkonforme Indikation	Nicht definiert	89,65 % O = 18.764 N = 20.931
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	Nicht definiert	93,94 % O = 19.598 N = 20.863
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	Nicht definiert	91,03 % O = 23.380 N = 25.684
131801	Dosis-Flächen-Produkt	≤ 3,12 (95. Perzentil)	0,97 O/E = 1.356 / 1.391,87 N = 19.412
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90,00 %	96,93 % O = 66.533 N = 68.640

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	Nicht definiert	0,65 % O = 137 N = 20.931
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 4,85 (95. Perzentil)	0,85 O/E = 137 / 161,09 N = 19.500
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	Transparenzkennzahl	46,54 % O = 9.076 N = 19.500
51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	0,85 O/E = 113 / 132,59 N = 20.931
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	Nicht definiert	95,64 % O = 7.067 N = 7.389

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2023.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	Nicht definiert	- O = - N = -
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 2,72 (95. Perzentil)	0,97 O/E = 661 / 681,92 N = 16.542
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 6,62 (95. Perzentil)	1,20 O/E = 140 / 116,65 N = 16.445

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit'				
850313	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	Nicht definiert	0,94 % 196 / 20.931	0,00 % 0 / 690

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	100,31 % 18.247 / 18.191	0,71 % 5 / 700
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,46 % 20.964 / 20.867	0,99 % 7 / 708
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,46 % 20.964 / 20.867	0,14 % 1 / 708
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,16 % 33 / 20.867	0,71 % 5 / 708

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

50055: Leitlinienkonforme Indikation

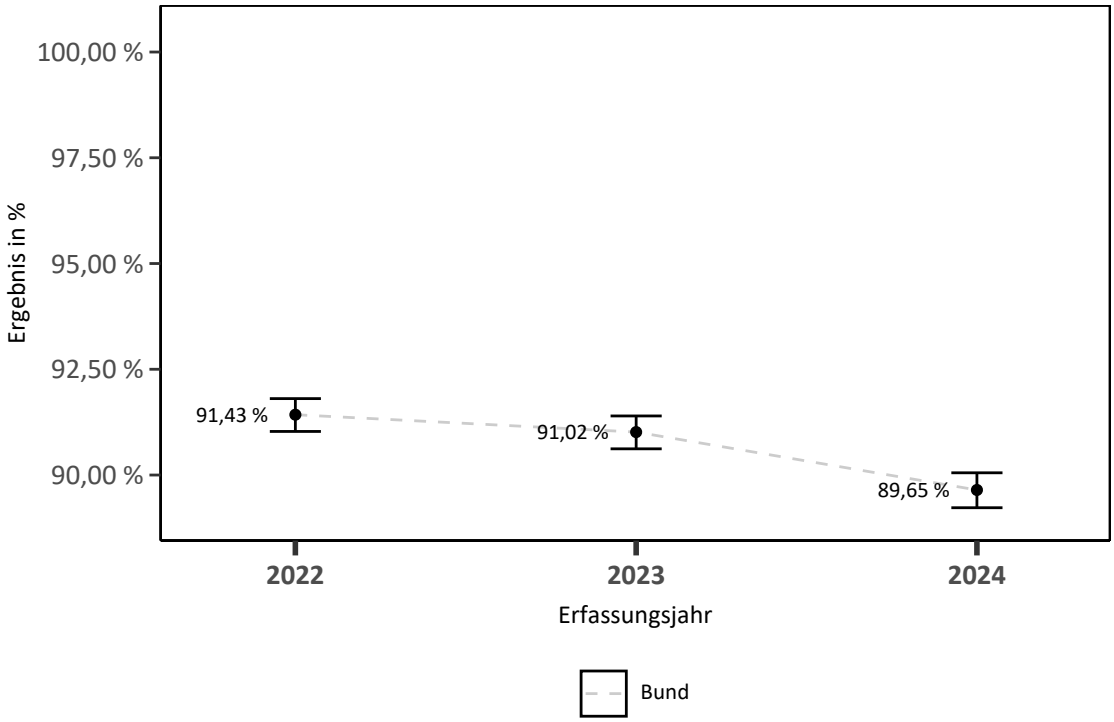
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

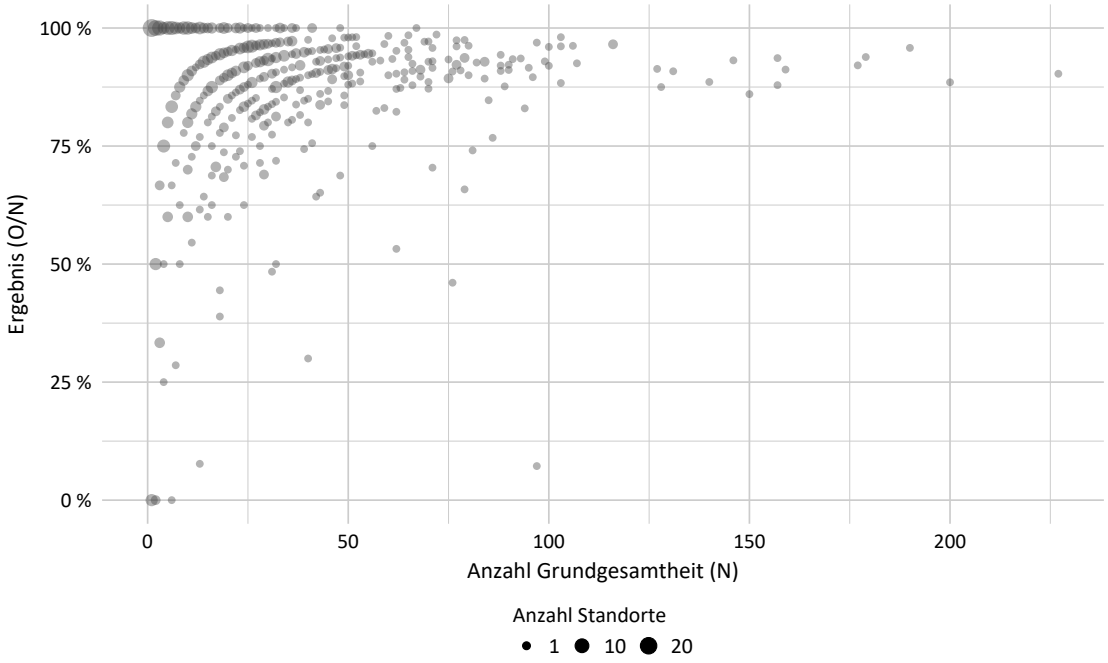
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	18.256 / 19.968	91,43	91,03 - 91,81
	2023	18.913 / 20.780	91,02	90,62 - 91,40
	2024	18.764 / 20.931	89,65	89,23 - 90,05

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	690	0	0,00	100,00	92,86

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 50055** **Alle Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation**	89,65 % 18.764/20.931

1.2 indikationsbegründende Ereignisse bzw. Herzerkrankungen Ergebnis Bund (gesamt)	**Sekundärprävention**	**Primärprävention**	**Gesamt[1]**
Leitlinienkonformität gesamt[2]	ID: 13_22011 92,24 % 7.319/7.935	ID: 13_22033 88,29 % 11.044/12.509	ID: 13_22045 89,82 % 18.363/20.444
Leitlinienkonformität nach Kammerflimmern oder Kammertachykardie	ID: 13_22012 93,45 % 6.973/7.462	ID: 13_22034 - -/-	ID: 13_22046 93,45 % 6.973/7.462
Leitlinienkonformität nach Synkope	ID: 13_22014 73,15 % 346/473	ID: 13_22036 - -/-	ID: 13_22048 73,15 % 346/473
Leitlinienkonformität bei ventrikulärer Dysfunktion (primärpräventiv)	ID: 13_22015 - -/-	ID: 13_22037 88,29 % 11.044/12.509	ID: 13_22049 88,29 % 11.044/12.509
Leitlinienkonformität bei dilatativer Kardiomyopathie (DCM)	ID: 13_22016 94,00 % 1.614/1.717	ID: 13_22038 89,64 % 4.300/4.797	ID: 13_22050 90,79 % 5.914/6.514
Leitlinienkonformität bei hypertropher Kardiomyopathie (HCM)	ID: 13_22017 92,09 % 198/215	ID: 13_22039 81,91 % 240/293	ID: 13_22051 86,22 % 438/508
Leitlinienkonformität bei langem QT-Syndrom (LQTS)	ID: 13_22018 91,33 % 137/150	ID: 13_22040 - -/-	ID: 13_22052 91,33 % 137/150
Leitlinienkonformität bei kurzem QT-Syndrom (SQTS)	ID: 13_22019 x % ≤3/4	ID: 13_22041 - -/-	ID: 13_22053 x % ≤3/4
Leitlinienkonformität bei Brugada-Syndrom	ID: 13_22020 82,35 % 56/68	ID: 13_22042 30,77 % 8/26	ID: 13_22054 68,09 % 64/94
Leitlinienkonformität bei katecholaminerger polymorpher ventrikulärer Tachykardie (CPVT)	ID: 13_22021 94,44 % 17/18	ID: 13_22043 - -/-	ID: 13_22055 94,44 % 17/18

1.2 indikationsbegründende Ereignisse bzw. Herzerkrankungen Ergebnis Bund (gesamt)	**Sekundärprävention**	**Primärprävention**	**Gesamt[1]**
Leitlinienkonformität bei Torsade-de-pointes-Tachykardie ("short-coupled")	ID: 13_22022 100,00 % 23/23	ID: 13_22044 - -/-	ID: 13_22056 100,00 % 23/23

[1] In diese Tabelle gehen nicht alle Fälle aus der Grundgesamtheit des Indikators ein. Ausgeschlossen sind Fälle mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis (Sekundärprävention), ohne leitlinienkonforme sekundärpräventive Indikation, jedoch mit leitlinienkonformer primärpräventiver Indikation sowie Fälle mit Angabe "sonstiges" als indikationsbegründendem klinischen Ereignis.

[2] Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Herzerkrankung können mehreren ICD-Indikationen (Zeilen) zugeordnet sein. Daher ergibt die Summe der Fallzahlen für die einzelnen ICD-Indikationen jeweils nicht die Anzahl der Fälle in der Zeile "Leitlinienkonformität gesamt".

Nummer	**Beschreibung**	**Ergebnis Bund (gesamt)**
1.3	ID: 13_22061 Alle Patientinnen und Patienten ohne leitlinienkonforme Indikation zur ICD-Implantation	10,35 % 2.167/20.931
1.3.1	ID: 13_22062 Kein ASA 1 – 4	0,78 % 17/2.167
1.3.2	ID: 13_22063 Keine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten	24,00 % 520/2.167
1.3.3	ID: 13_22064 ASA 1 – 4 und Lebenserwartung von mehr als einem Jahr	75,22 % 1.630/2.167
1.3.3.1	ID: 13_22065 Sekundärprävention	23,07 % 376/1.630
1.3.3.1.1	ID: 13_22066 indikationsbegründendes klinisches Ereignis: Kammerflimmern oder Kammertachykardie	68,88 % 259/376
1.3.3.1.2	ID: 13_22067 indikationsbegründendes klinisches Ereignis: Synkope (ohne EKG-Dokumentation)	31,12 % 117/376
1.3.3.2	ID: 13_22068 Primärprävention	72,58 % 1.183/1.630
1.3.3.2.1	ID: 13_22069 Keine hochgradige Herzinsuffizienz[3]	33,22 % 393/1.183
1.3.3.2.2	ID: 13_22070 Keine LVEF ≤ 35 %[4]	40,57 % 480/1.183
1.3.3.2.3	ID: 13_22071 Keine optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie seit mind. 3 Monaten[5]	48,10 % 569/1.183

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3.3.2.4	ID: 13_22072 Kein ausreichender Abstand zwischen Myokardinfarkt und ICD-Implantation[6]	3,47 % 41/1.183
1.3.3.3	ID: 13_22073 Sonstiges indikationsbegründendes klinisches Ereignis	4,36 % 71/1.630

[3] Die Bedingung „NYHA II bzw. III, NYHA IV (bei CRT-Indikation) oder NYHA I (bei koronarer Herzkrankheit oder ischämischer Kardiomyopathie)“ liegt nicht vor.

[4] bzw. LVEF unbekannt; bei NYHA I keine LVEF ≤ 30 %

[5] Und es liegt keine Schrittmacherindikation wegen AV-Block vor.

[6] Abstand zwischen Myokardinfarkt und ICD-Implantation beträgt ≤ 40 Tage (und es liegt keine Schrittmacherindikation wegen AV-Block vor).

50005: Leitlinienkonforme Systemwahl

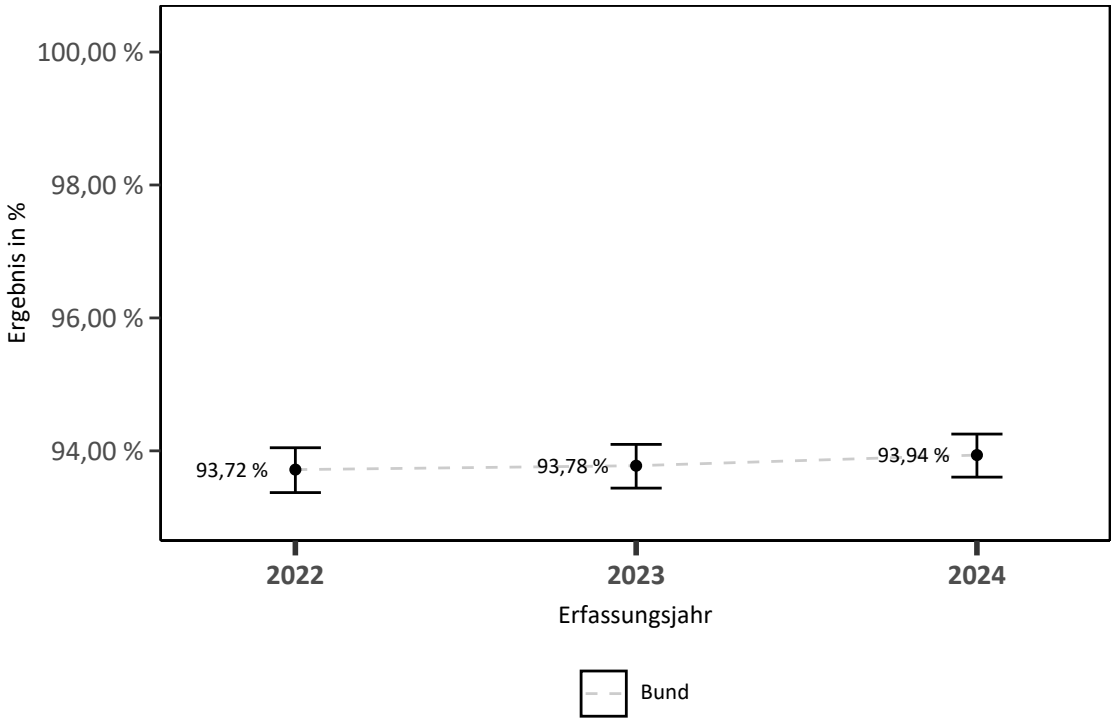
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD,DDD), CRT-System oder subkutanem ICD
Zähler	Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

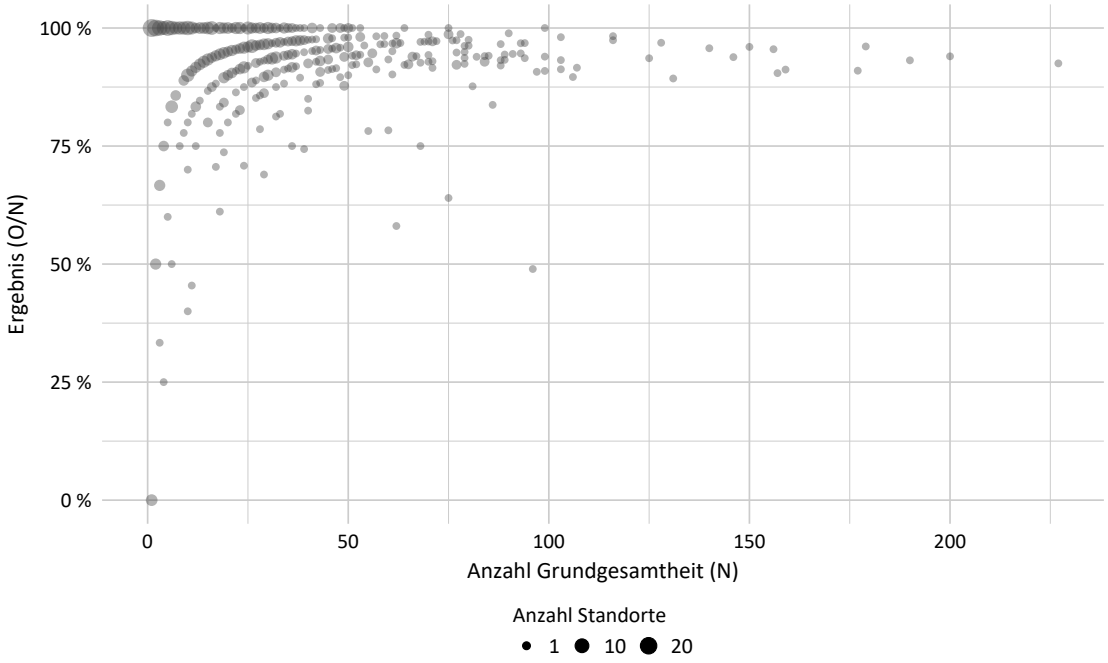
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	18.633 / 19.882	93,72	93,37 - 94,05
	2023	19.453 / 20.744	93,78	93,44 - 94,10
	2024	19.598 / 20.863	93,94	93,60 - 94,25

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	689	0	0,00	100,00	96,43

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 50005** **Alle Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl bei implantiertem Einkammer-, Zweikammer-, CRT-System oder subkutanem ICD**	93,94 % 19.598/20.863
2.1.1	ID: 13_22074 Patientinnen und Patienten mit implantiertem VVI-System	34,24 % 7.143/20.863
2.1.1.1	ID: 13_22075 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	97,96 % 6.997/7.143
2.1.2	ID: 13_22076 Patientinnen und Patienten mit implantiertem DDD-System	20,96 % 4.373/20.863
2.1.2.1	ID: 13_22077 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	92,23 % 4.033/4.373
2.1.3	ID: 13_22078 Patientinnen und Patienten mit implantiertem VDD-System	2,53 % 527/20.863
2.1.3.1	ID: 13_22079 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	95,26 % 502/527
2.1.4	ID: 13_22080 Patientinnen und Patienten mit implantiertem CRT-System mit einer Vorhofsonde	32,94 % 6.872/20.863
2.1.4.1	ID: 13_22081 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	93,06 % 6.395/6.872
2.1.5	ID: 13_22082 Patientinnen und Patienten mit implantiertem CRT-System ohne Vorhofsonde	2,48 % 517/20.863
2.1.5.1	ID: 13_22083 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	76,98 % 398/517
2.1.6	ID: 13_22084 Patientinnen und Patienten mit subkutanem ICD	6,86 % 1.431/20.863
2.1.6.1	ID: 13_22085 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	88,96 % 1.273/1.431

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 13_22086 Alle Patientinnen und Patienten ohne leitlinienkonforme Systemwahl bei implantiertem Einkammer-, Zweikammer-, CRT-System oder subkutanem ICD	6,06 % 1.265/20.863
2.2.1	ID: 13_22087 davon Patientinnen und Patienten mit unbekannter LVEF	9,88 % 125/1.265

52131: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

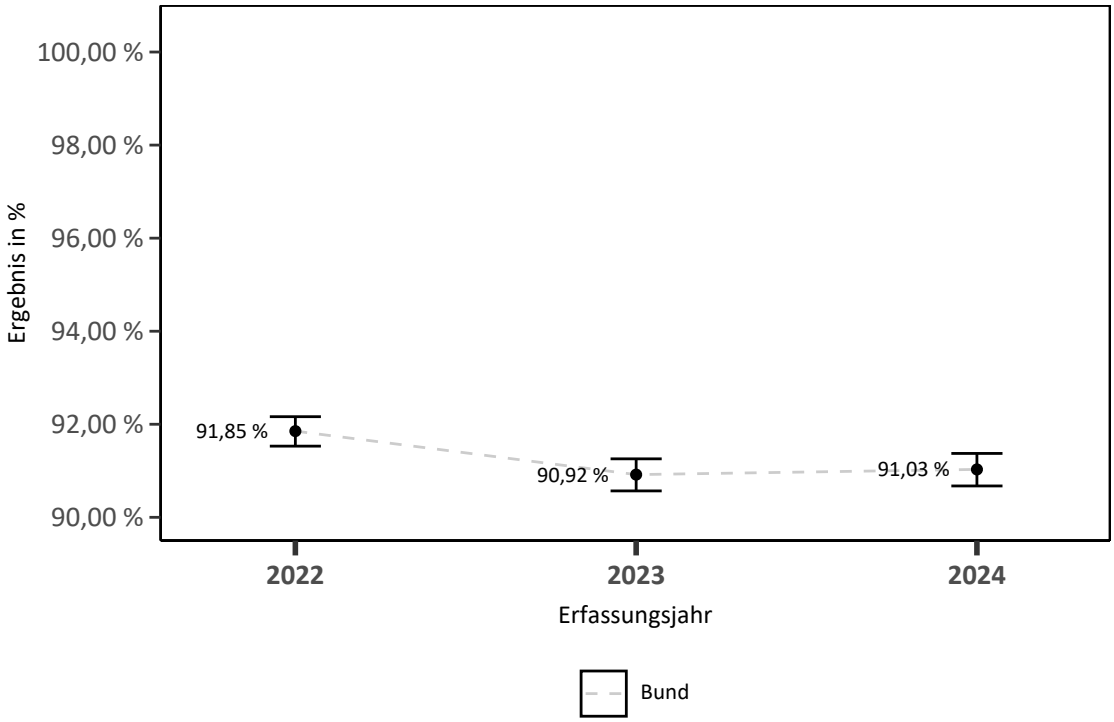
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) und implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System sowie alle Patienten mit Defibrillator-Aggregatwechsel (09/5)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer - bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI) - bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD) - bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems - bis 60 Minuten bei Aggregatwechsel
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

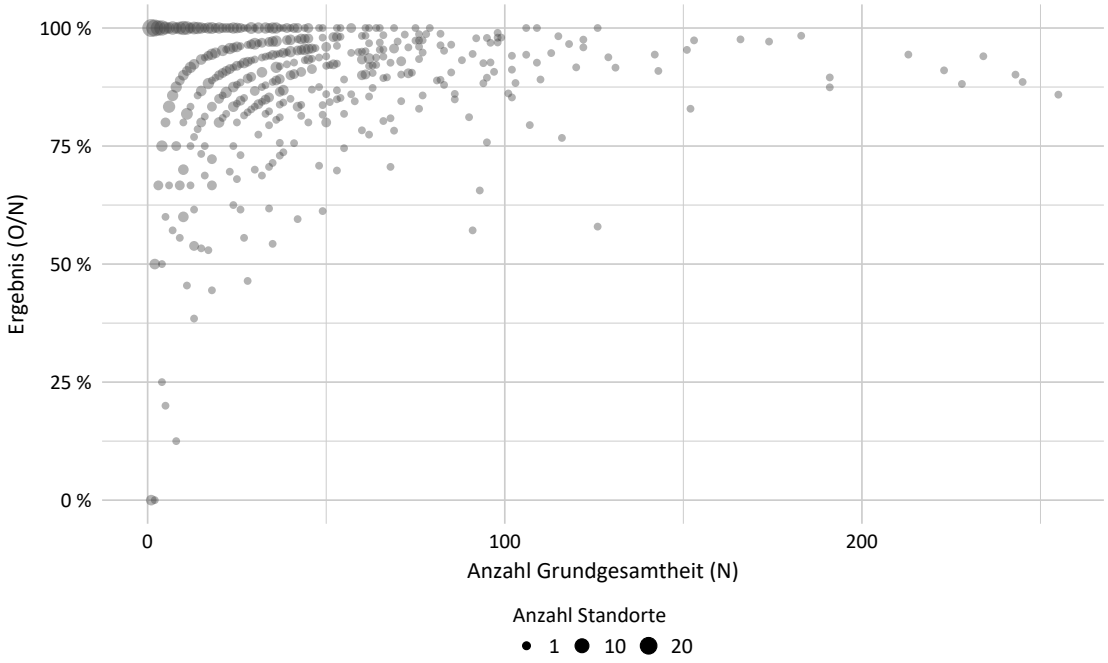
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	26.345 / 28.682	91,85	91,53 - 92,16
	2023	24.316 / 26.745	90,92	90,57 - 91,26
	2024	23.380 / 25.684	91,03	90,67 - 91,37

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	712	0	0,00	100,00	94,74

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 52131** **Eingriffsdauer bei Implantation eines Einkammer-, Zweikammer- oder CRT-Systems bzw. bei Aggregatwechsel**	91,03 % 23.380/25.684

3.2 Eingriffsdauer bei Implantationen Ergebnis Bund (gesamt)	Einkammersystem (VVI)	Zweikammersystem (DDD, VDD)	CRT-System
≤ 60 min	ID: 13_22088 85,48 % 6.106/7.143	ID: 13_22096 62,57 % 3.066/4.900	ID: 13_22112 12,87 % 951/7.389
61 - 90 min	ID: 13_22089 10,65 % 761/7.143	ID: 13_22097 26,92 % 1.319/4.900	ID: 13_22113 30,88 % 2.282/7.389
≤ 90 min	ID: 13_22090 96,14 % 6.867/7.143	ID: 13_22098 89,49 % 4.385/4.900	ID: 13_22114 43,75 % 3.233/7.389
91 - 120 min	ID: 13_22091 2,65 % 189/7.143	ID: 13_22099 6,82 % 334/4.900	ID: 13_22115 27,68 % 2.045/7.389
121 - 180 min	ID: 13_22092 1,04 % 74/7.143	ID: 13_22100 2,82 % 138/4.900	ID: 13_22116 23,20 % 1.714/7.389
≤ 180 min	ID: 13_22093 99,82 % 7.130/7.143	ID: 13_22101 99,12 % 4.857/4.900	ID: 13_22117 94,63 % 6.992/7.389
> 180 min	ID: 13_22094 0,18 % 13/7.143	ID: 13_22102 0,88 % 43/4.900	ID: 13_22118 5,37 % 397/7.389
Median (in min)	ID: 13_22095 41,00 41,00/7.143	ID: 13_22103 55,00 55,00/4.900	ID: 13_22119 98,00 98,00/7.389

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	Verteilung OP-Dauer bei Aggregatwechseln	
3.3.1	ID: 13_22120 ≤ 30 min	55,57 % 3.474/6.252
3.3.2	ID: 13_22121 31 - 60 min	38,76 % 2.423/6.252

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3.3	ID: 13_22122 ≤ 60 min	94,32 % 5.897/6.252
3.3.4	ID: 13_22123 > 60 min	5,68 % 355/6.252

131801: Dosis-Flächen-Produkt

Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 900 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 900 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 900 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für ID 131801
Referenzbereich	≤ 3,12 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung und logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	BMI (linear zwischen 12 und 50) BMI unbekannt oder unplausibel
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

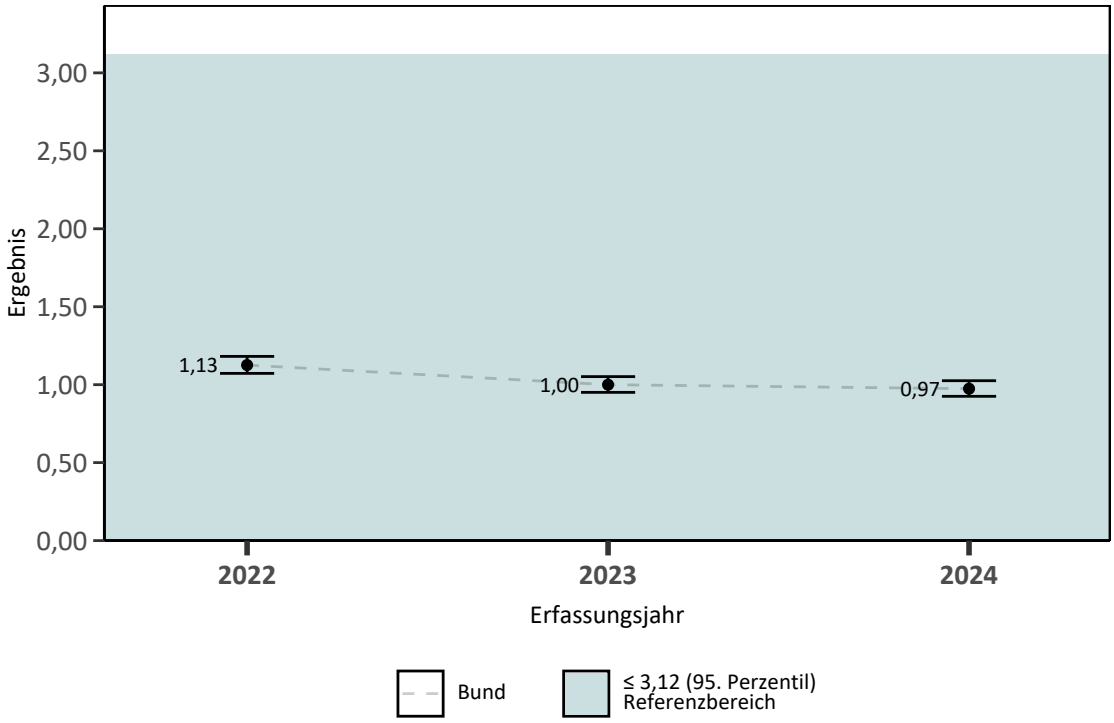
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	18.637	1.509 / 1.340,49	1,13	1,07 - 1,18
	2023	19.418	1.397 / 1.397,00	1,00	0,95 - 1,05
	2024	19.412	1.356 / 1.391,87	0,97	0,93 - 1,03

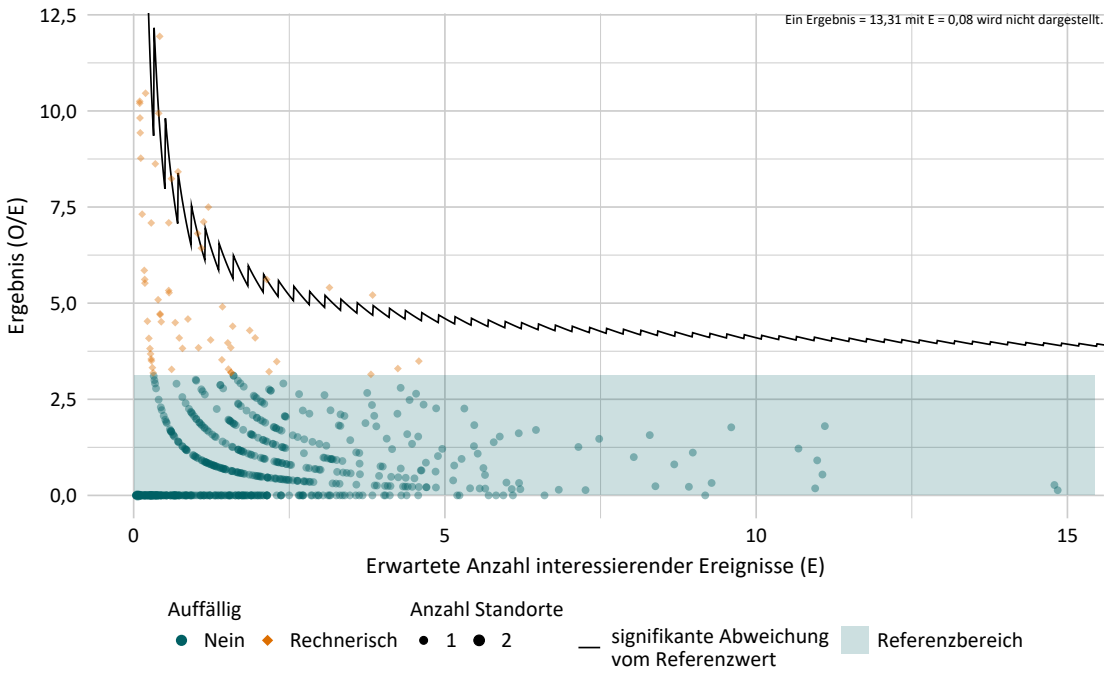
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



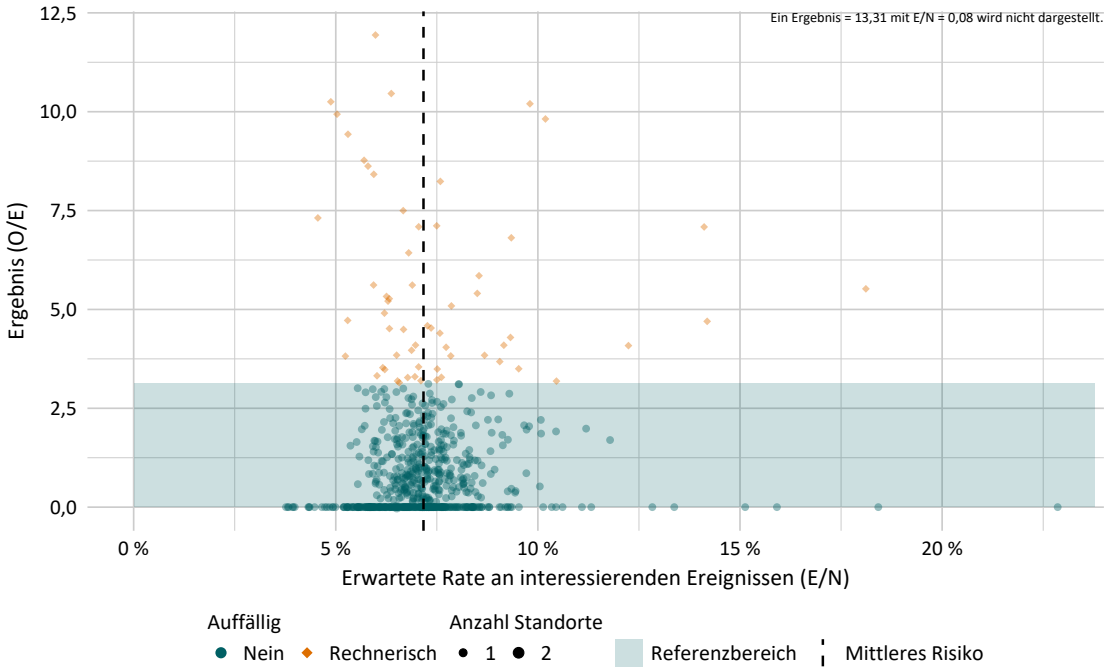
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	686	61	0,00	13,31	0,55

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[7]	
4.1.1	ID: O_131801 O/N (observed, beobachtet)	6,99 % 1.356/19.412
4.1.2	ID: E_131801 E/N (expected, erwartet)	7,17 % 1.391,87/19.412
4.1.3	**ID: 131801** **O/E**	0,97
4.1.3.1	ID: 13_22126 Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI) oder VDD-System	5,56 % 426/7.666
4.1.3.2	ID: 13_22127 Dosis-Flächen-Produkt über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD)	4,97 % 217/4.367
4.1.3.3	ID: 13_22128 Dosis-Flächen-Produkt über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System	7,09 % 523/7.379

[7] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 13_22129 Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	0,40 % 77/19.412

52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

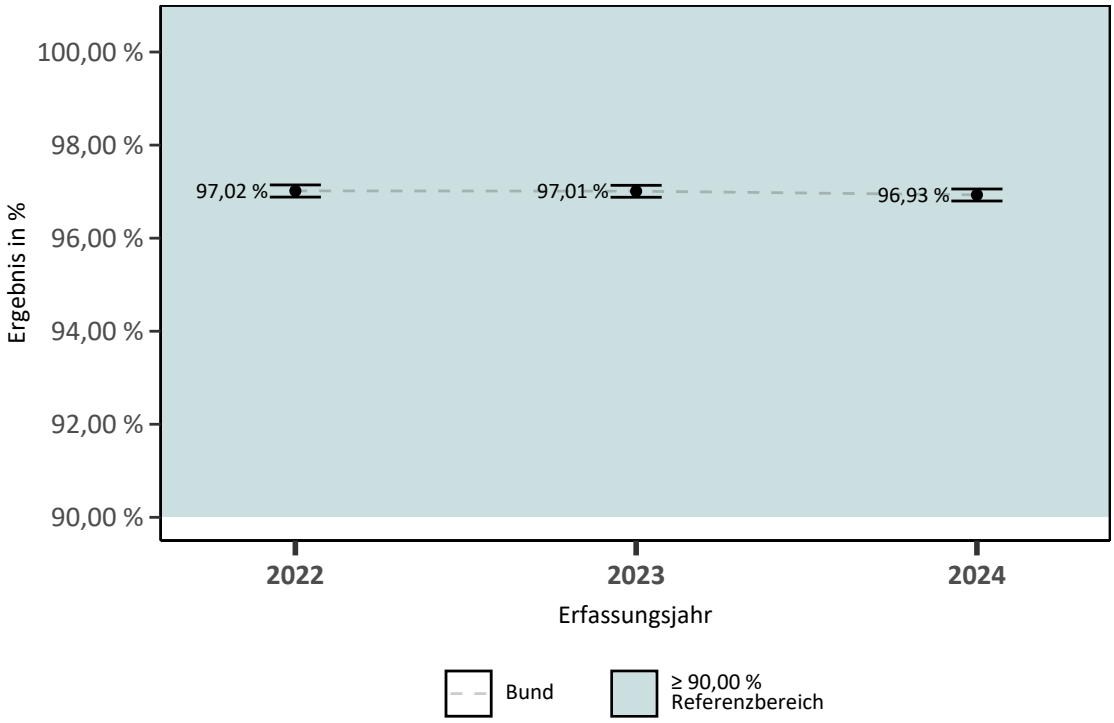
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss: - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus
Zähler	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: - Reizschwelle bei Vorhofsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - Reizschwelle bei Ventrikelsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden: ≥ 1,5 mV - R-Amplitude bei Ventrikelsonden: ≥ 4,0 mV
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

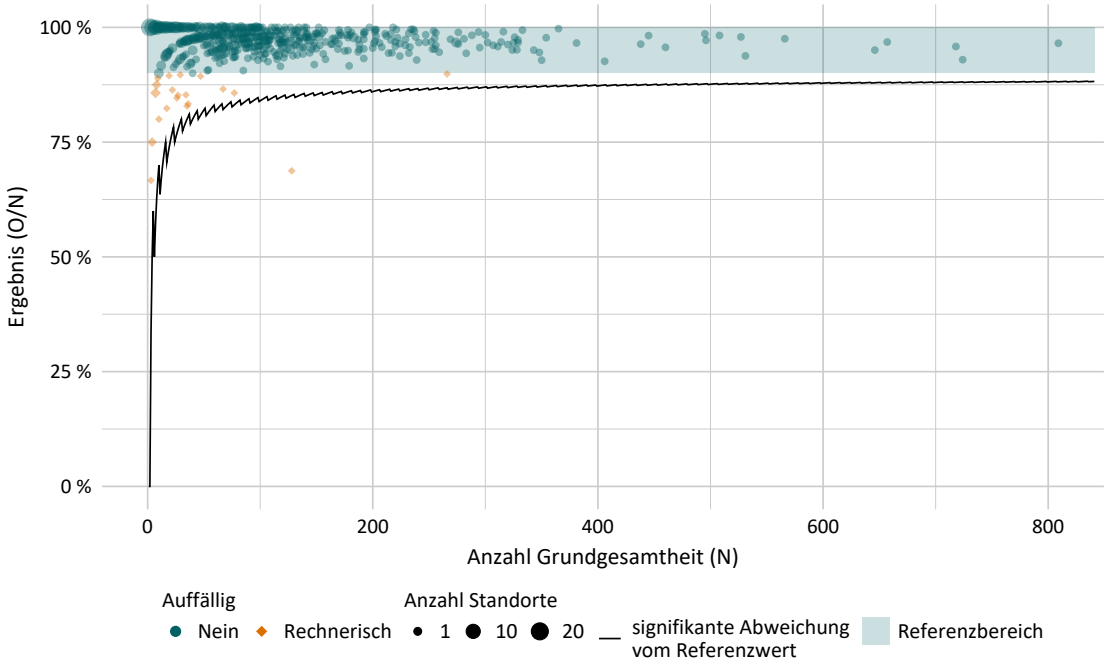
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	63.556 / 65.511	97,02	96,88 - 97,14
	2023	65.949 / 67.982	97,01	96,88 - 97,13
	2024	66.533 / 68.640	96,93	96,80 - 97,06

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	691	24	66,67	100,00	97,96

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 52316** **Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**	96,93 % 66.533/68.640
5.1.1	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden	
5.1.1.1	ID: 13_22212 Implantation	97,09 % 58.306/60.054
5.1.1.2	ID: 13_22211 Revision/Systemumstellung	95,82 % 8.227/8.586
5.1.1.3	ID: 13_22130 Alle Eingriffe	96,93 % 66.533/68.640

5.1.2 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhofsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Implantation	ID: 13_22220 97,54 % 9.777/10.024	ID: 13_22218 90,04 % 10.347/11.492
Revision/Systemumstellung	ID: 13_22219 96,09 % 1.550/1.613	ID: 13_22217 89,35 % 1.585/1.774
Alle Eingriffe	ID: 13_22131 97,34 % 11.327/11.637	ID: 13_22132 89,94 % 11.932/13.266

5.1.3 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Ventrikelsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Implantation	ID: 13_22216 99,27 % 19.358/19.500	ID: 13_22214 98,88 % 18.824/19.038
Revision/Systemumstellung	ID: 13_22215 97,94 % 2.616/2.671	ID: 13_22213 97,94 % 2.476/2.528
Alle Eingriffe	ID: 13_22133 99,11 % 21.974/22.171	ID: 13_22134 98,77 % 21.300/21.566

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

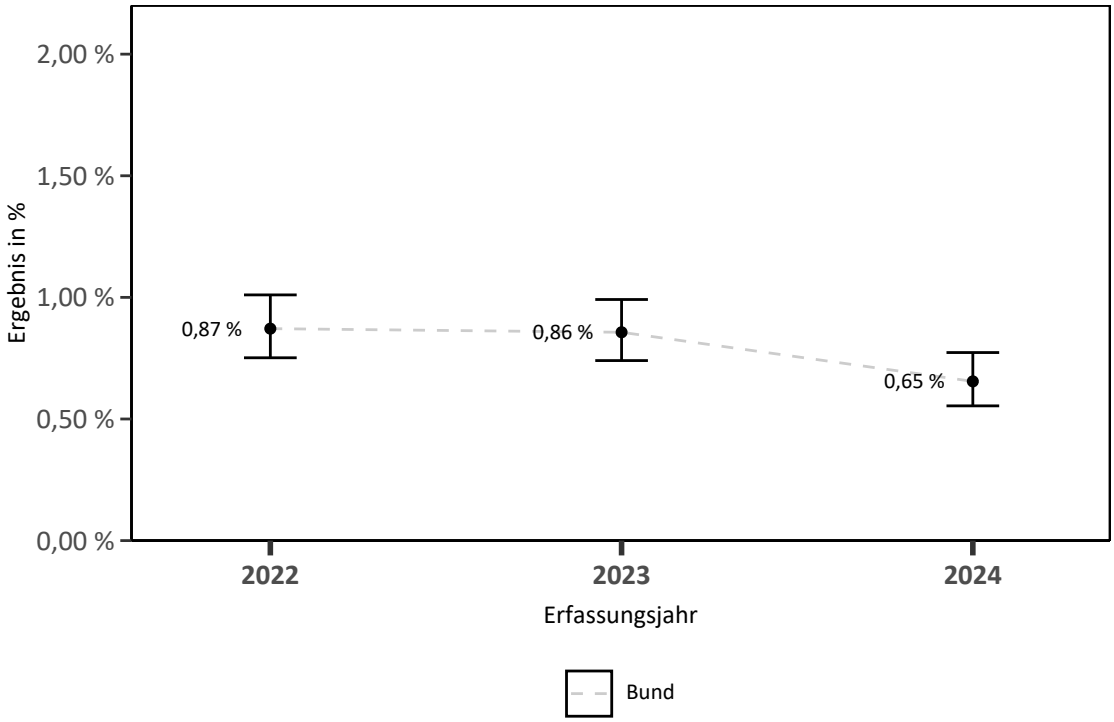
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

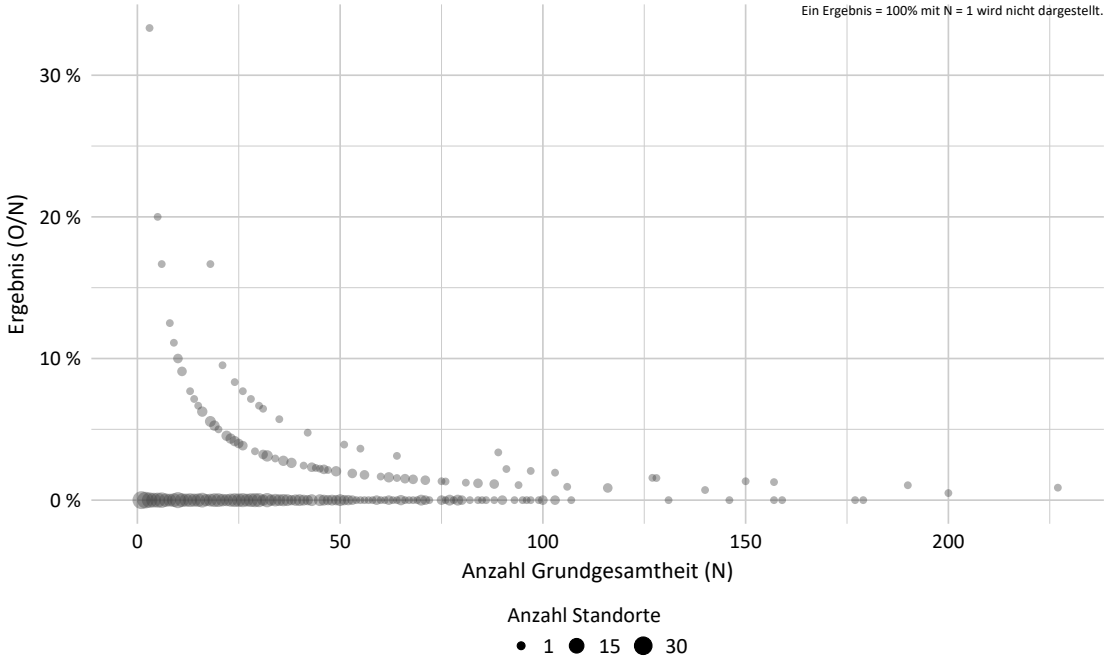
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	174 / 19.968	0,87	0,75 - 1,01
	2023	178 / 20.780	0,86	0,74 - 0,99
	2024	137 / 20.931	0,65	0,55 - 0,77

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	690	0	0,00	100,00	0,00

52325: Sondendislokation oder -dysfunktion

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ohne S-ICD-System
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für ID 52325
Referenzbereich	≤ 4,85 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear, in Jahren BMI linear bis 32 BMI unbekannt oder unplausibel Diabetes mellitus - ja, insulinpflichtig Vorhofflimmern System - Einkammer- oder VDD-System
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

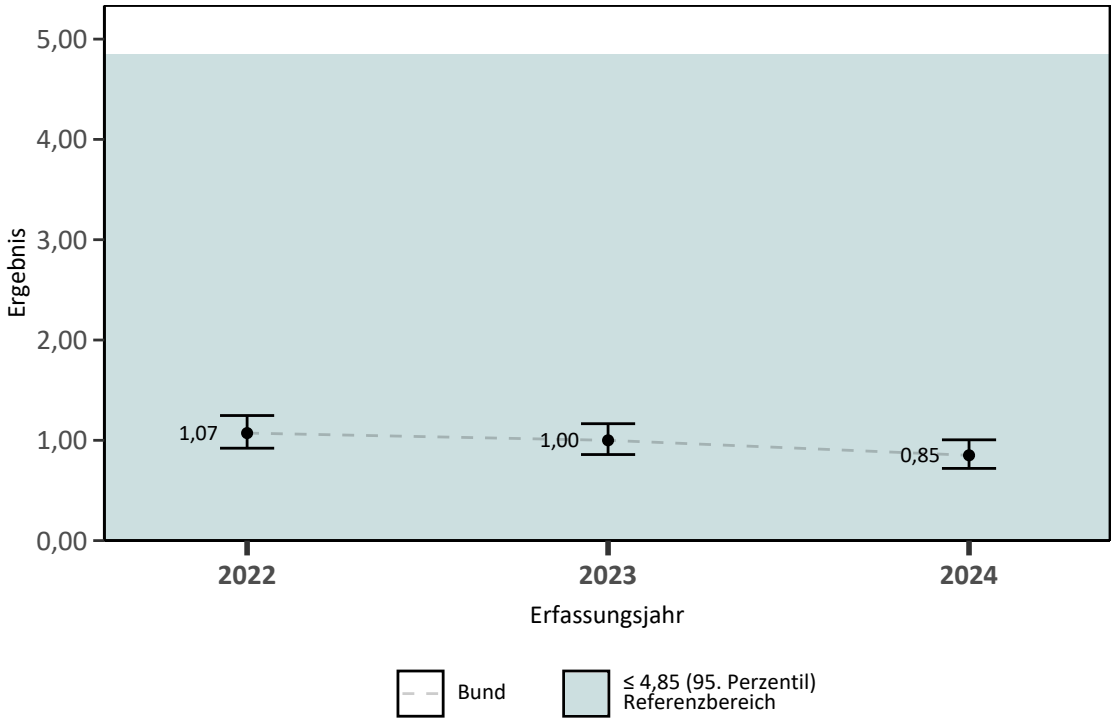
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	18.737	166 / 154,88	1,07	0,92 - 1,25
	2023	19.475	162 / 162,00	1,00	0,86 - 1,17
	2024	19.500	137 / 161,09	0,85	0,72 - 1,00

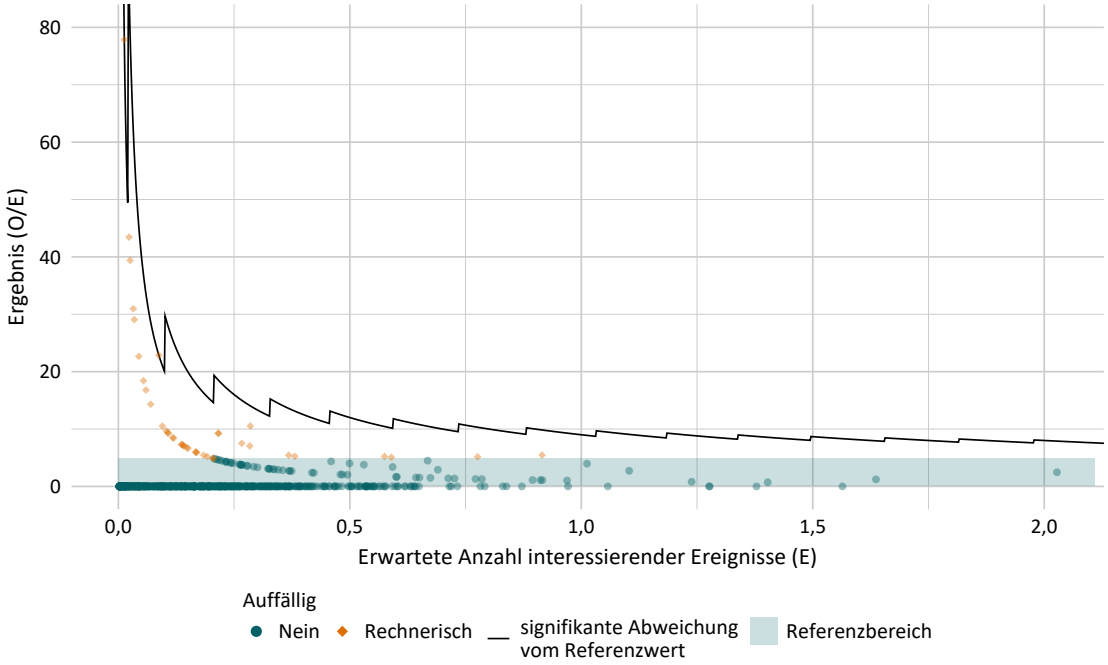
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



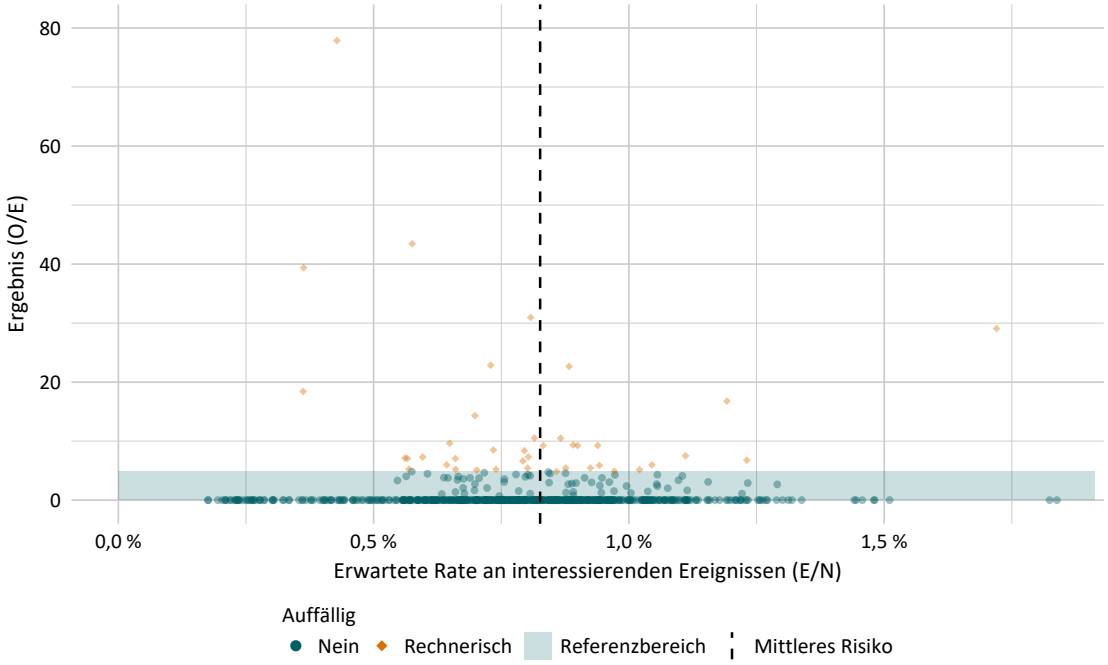
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	687	40	0,00	77,86	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



131803: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden

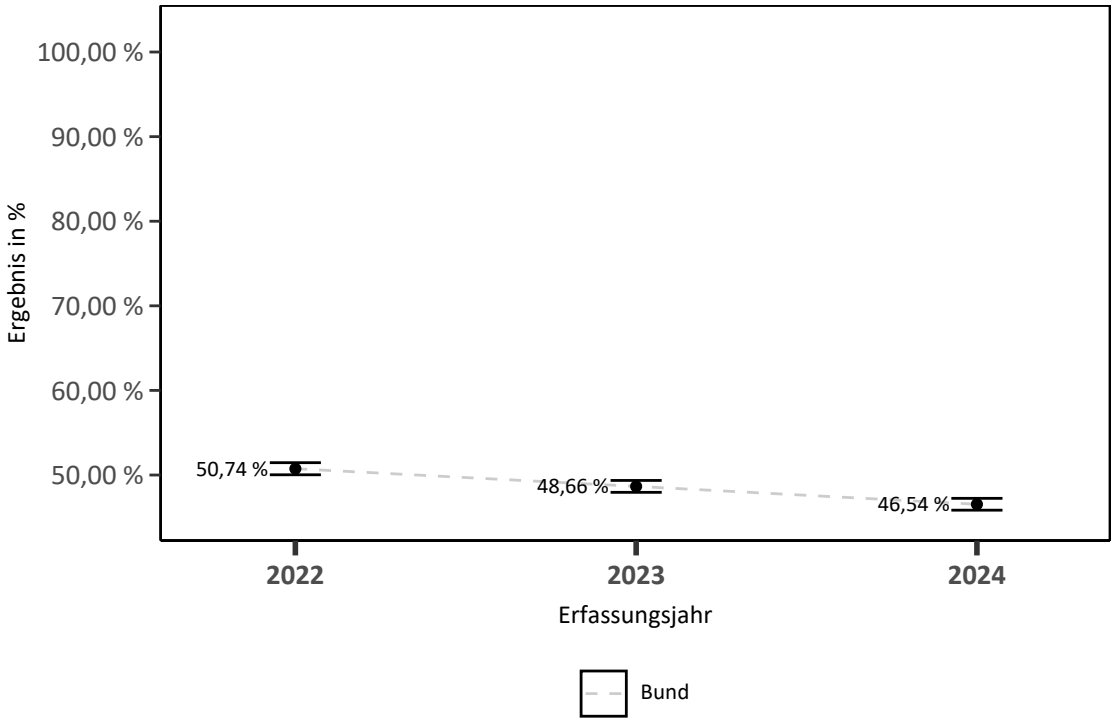
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten (außer Patientinnen und Patienten mit implantiertem S-ICD)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

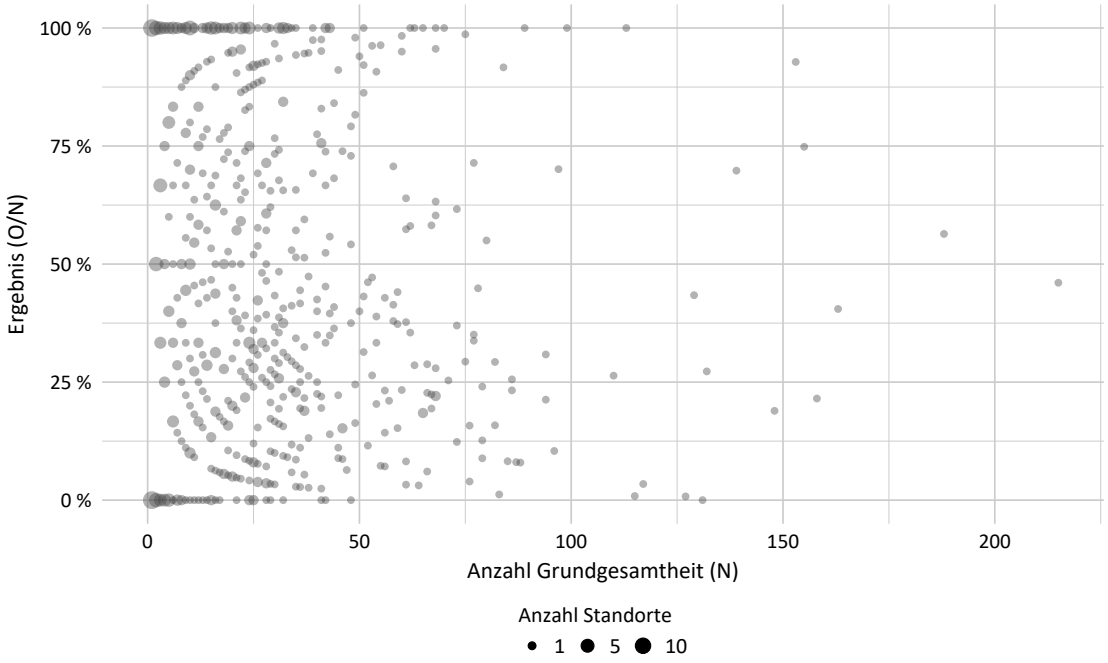
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	9.508 / 18.737	50,74	50,03 - 51,46
	2023	9.476 / 19.475	48,66	47,96 - 49,36
	2024	9.076 / 19.500	46,54	45,84 - 47,24

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	687	0	0,00	100,00	44,07

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 13_22135 Patientinnen und Patienten mit mind. einer perioperativen Komplikation	1,28 % 267/20.931

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	**ID: 131802** **Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)**	0,65 % 137/20.931
6.2.1	ID: 13_22136 Kardiopulmonale Reanimation	0,11 % 22/20.931
6.2.2	ID: 13_22137 Interventionspflichtiger Pneumothorax	0,32 % 68/20.931
6.2.2.1	ID: 13_22138 davon Zugang beim Vorschieben der Sonden ausschließlich über Vena subclavia	55,88 % 38/68
6.2.3	ID: 13_22139 Interventionspflichtiger Hämatothorax	x % ≤3/20.931
6.2.3.1	ID: 13_22140 davon Zugang beim Vorschieben der Sonden ausschließlich über Vena subclavia	x % ≤3
6.2.4	ID: 13_22141 Interventionspflichtiger Perikarderguss	0,09 % 18/20.931
6.2.5	ID: 13_22142 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,09 % 19/20.931
6.2.6	ID: 13_22143 Postoperative Wundinfektion	x % ≤3/20.931
6.2.7	ID: 13_22148 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,08 % 17/20.931

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	Sondendislokation oder -dysfunktion	
6.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
6.3.1.1	ID: O_52325 O/N (observed, beobachtet)	0,70 % 137/19.500

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3.1.2	ID: E_52325 E/N (expected, erwartet)	0,83 % 161,09/19.500
6.3.1.3	**ID: 52325** **O/E[8]**	0,85
6.3.1.3.1	ID: 13_22149 Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	0,52 % 101/19.500
6.3.1.3.1.1	ID: 13_22150 Dislokation der Vorhofsonde	0,30 % 58/19.500
6.3.1.3.1.2	ID: 13_22151 Dislokation der Ventrikelsonde(n)	0,24 % 47/19.500
6.3.1.3.2	ID: 13_22152 Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	0,18 % 36/19.500
6.3.1.3.2.1	ID: 13_22153 Dysfunktion der Vorhofsonde	0,04 % 7/19.500
6.3.1.3.2.2	ID: 13_22154 Dysfunktion der Ventrikelsonde(n)	0,15 % 29/19.500

[8] Ausschluss von Patienten mit S-ICD-System

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.4	**ID: 131803** **Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden**	46,54 % 9.076/19.500
6.4.1	ID: 13_22155 davon Patientinnen und Patienten mit interventionspflichtigem Pneumothorax	0,42 % 38/9.076
6.4.2	ID: 13_22156 davon Patientinnen und Patienten mit interventionspflichtigem Hämatothorax	0,00 % 0/9.076

51186: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für ID 51186
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Herzinsuffizienz NYHA III Herzinsuffizienz NYHA IV ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 Nierenfunktion: Kreatinin > 1,5 mg/dl bis ≤ 2,5 mg/dl Nierenfunktion: Kreatinin > 2,5 mg/dl, nicht dialysepflichtig Nierenfunktion: Kreatinin > 2,5 mg/dl, dialysepflichtig Führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) - Kardiogener Schock Führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) - Herz-Kreislaufstillstand AV-Block II. oder III. Grades Alter (linear zwischen 40 und 90 Jahren) Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) pro Prozentpunkt (linear bis 35 %)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

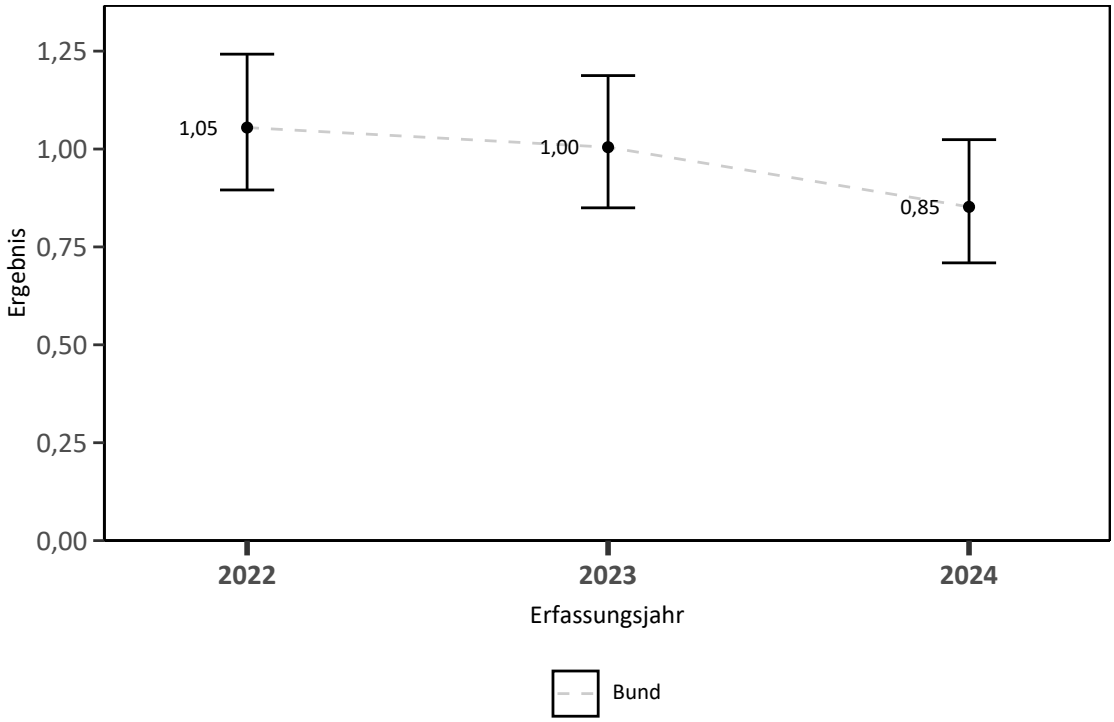
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	19.968	142 / 134,62	1,05	0,90 - 1,24
	2023	20.780	136 / 135,37	1,00	0,85 - 1,19
	2024	20.931	113 / 132,59	0,85	0,71 - 1,02

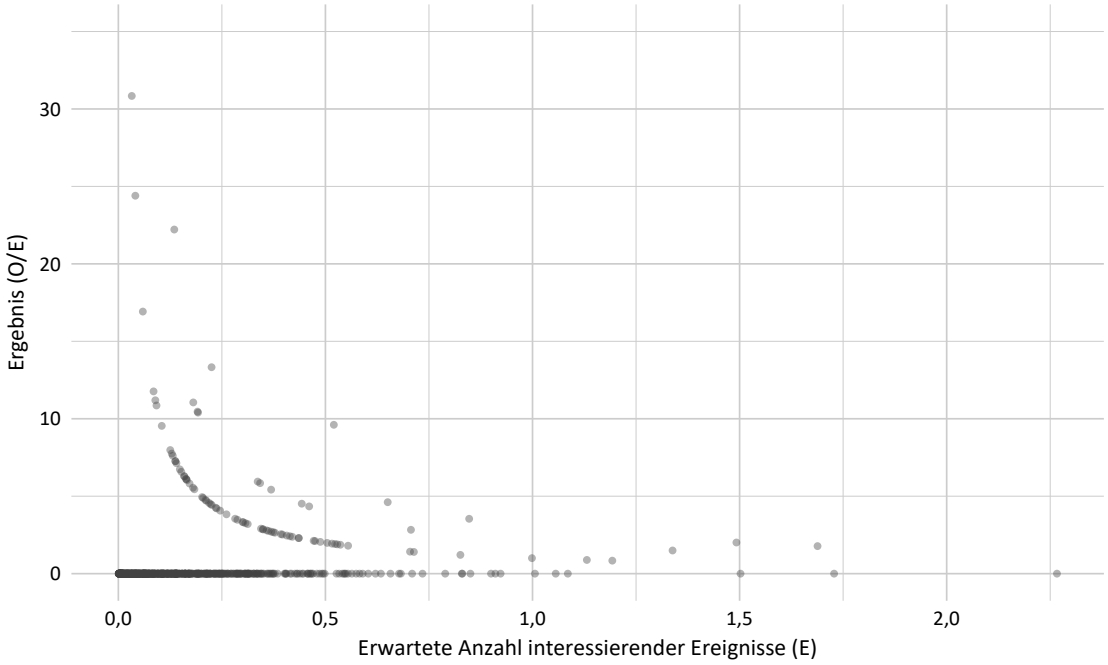
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



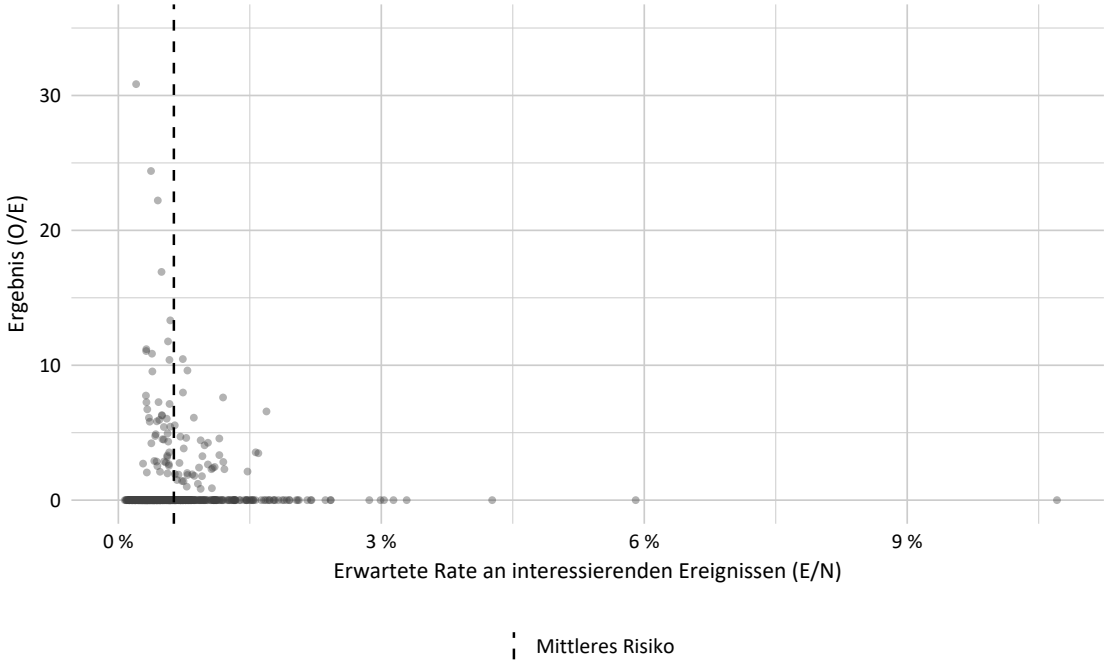
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	690	0	0,00	30,84	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 13_22157 Sterblichkeit im Krankenhaus	0,54 % 113/20.931
7.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[9]	
7.1.1.1	ID: O_51186 O/N (observed, beobachtet)	0,54 % 113/20.931
7.1.1.2	ID: E_51186 E/N (expected, erwartet)	0,63 % 132,59/20.931
7.1.1.3	**ID: 51186** **O/E**	0,85

[9] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

132000: Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren

Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde)
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation dokumentierten) ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von sechs Jahren beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind.
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel oder im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von Hardwareproblemen durchgeführten Eingriffe innerhalb von sechs Jahren nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-

132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation dokumentierten) ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2023), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 132001
Referenzbereich	≤ 2,72 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung der Art des Systems (Anzahl der Sonden) und des Geschlechts des Patienten
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

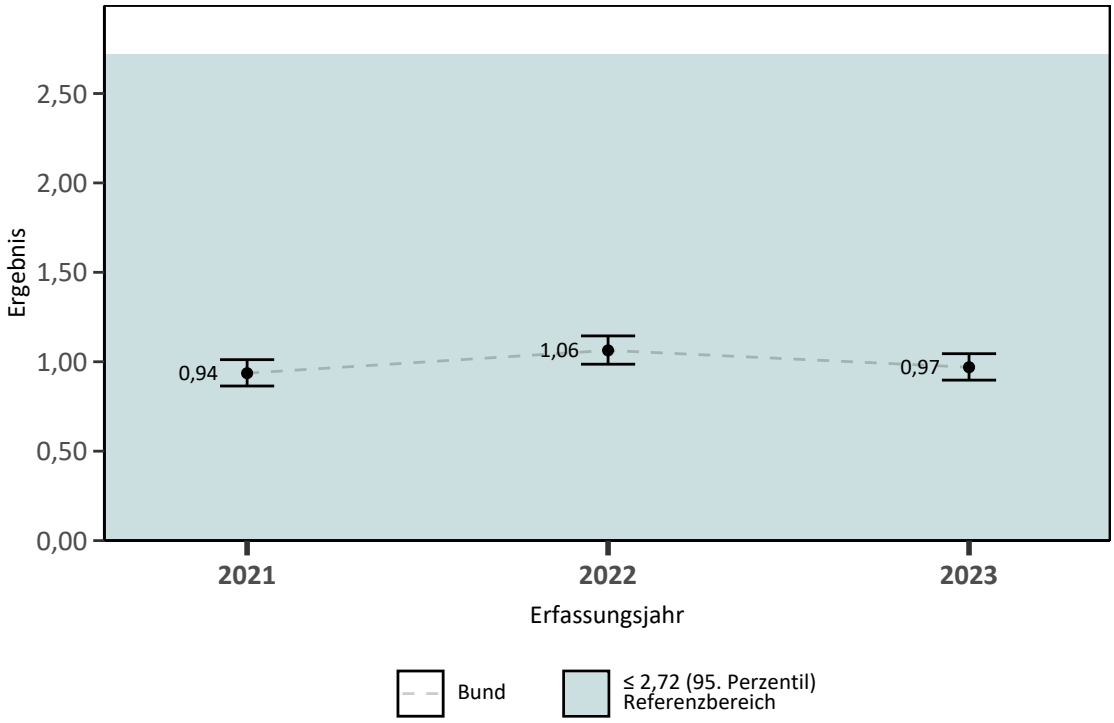
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	16.109	620 / 662,40	0,94	0,86 - 1,01
	2022	15.864	693 / 651,67	1,06	0,99 - 1,14
	2023	16.542	661 / 681,92	0,97	0,90 - 1,05

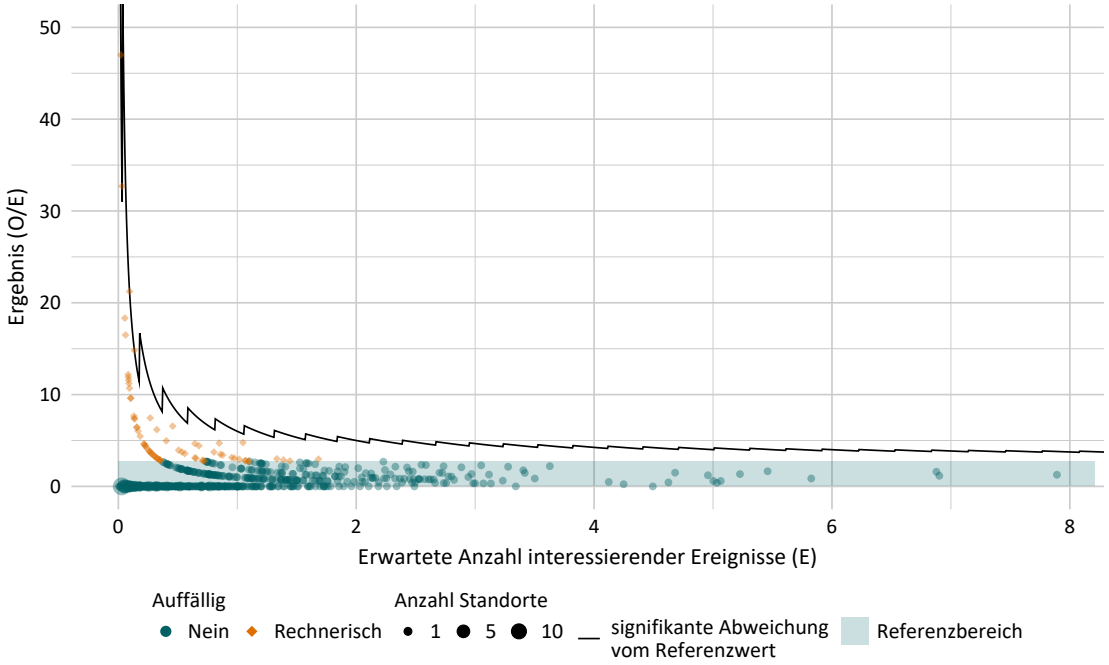
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



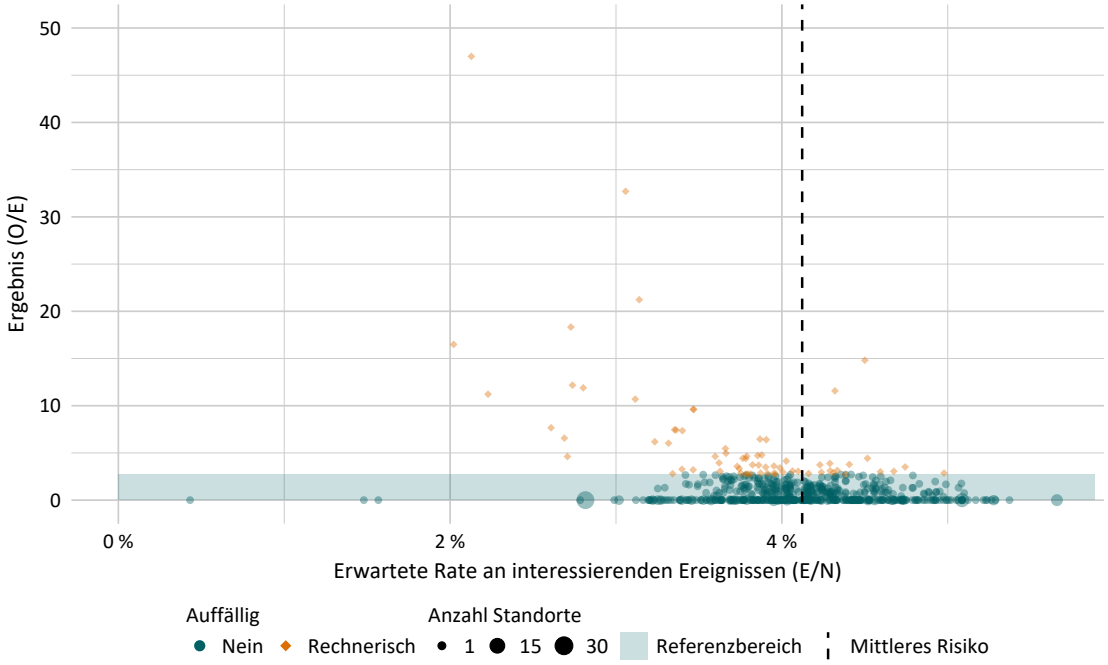
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	695	69	0,00	46,99	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell[10]	
9.1.1	ID: O_132001 O/N (observed, beobachtet)	4,00 % 661/16.542
9.1.2	ID: E_132001 E/N (expected, erwartet)	4,12 % 681,92/16.542
9.1.3	**ID: 132001** **O/E**	0,97

[10] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	Patientinnen und Patienten mit prozedurassoziiertem Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	
9.2.1	Prozedurassoziierte Probleme an der Aggregattasche	
9.2.1.1	ID: 13_22185 Taschenhämatom	0,14 % 23/16.542
9.2.1.2	ID: 13_22186 sonstiges Taschenproblem	0,22 % 35/16.542
9.2.2	Prozedurassoziierte Sondenprobleme	
9.2.2.1	ID: 13_22187 Dislokation	2,08 % 339/16.542
9.2.2.2	ID: 13_22188 Sondenbruch/Isolationsdefekt	0,39 % 63/16.542
9.2.2.3	ID: 13_22189 fehlerhafte Konnektion	0,06 % 10/16.542
9.2.2.4	ID: 13_22190 Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	0,09 % 15/16.542
9.2.2.5	ID: 13_22191 Oversensing	0,08 % 13/16.542
9.2.2.6	ID: 13_22192 Undersensing	0,23 % 37/16.542
9.2.2.7	ID: 13_22193 Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg	0,63 % 102/16.542
9.2.2.8	ID: 13_22194 Myokardperforation	0,22 % 35/16.542
9.2.2.9	ID: 13_22196 sonstiges Sondenproblem	0,21 % 34/16.542

132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation dokumentierten) ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2023), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von Infektion oder Aggregatperforation durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 132002
Referenzbereich	≤ 6,62 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung des Status zu Diabetes mellitus und Geschlecht des Patienten
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

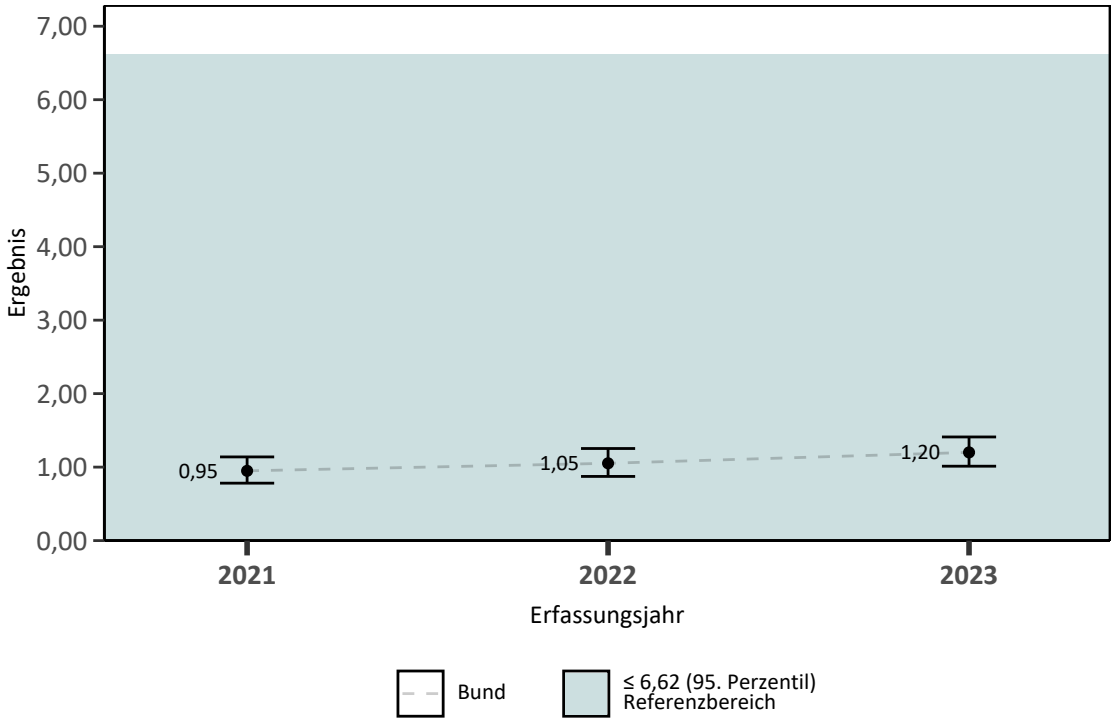
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2021**	16.007	109 / 114,84	0,95	0,78 - 1,14
	2022	15.758	118 / 112,19	1,05	0,87 - 1,25
	2023	16.445	140 / 116,65	1,20	1,01 - 1,41

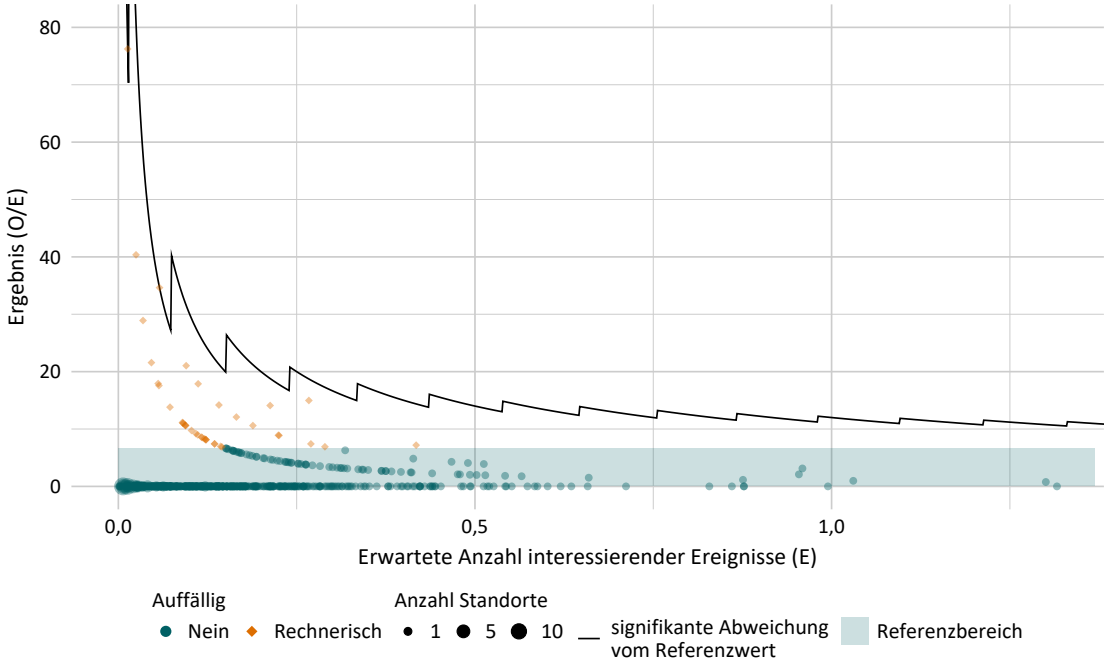
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



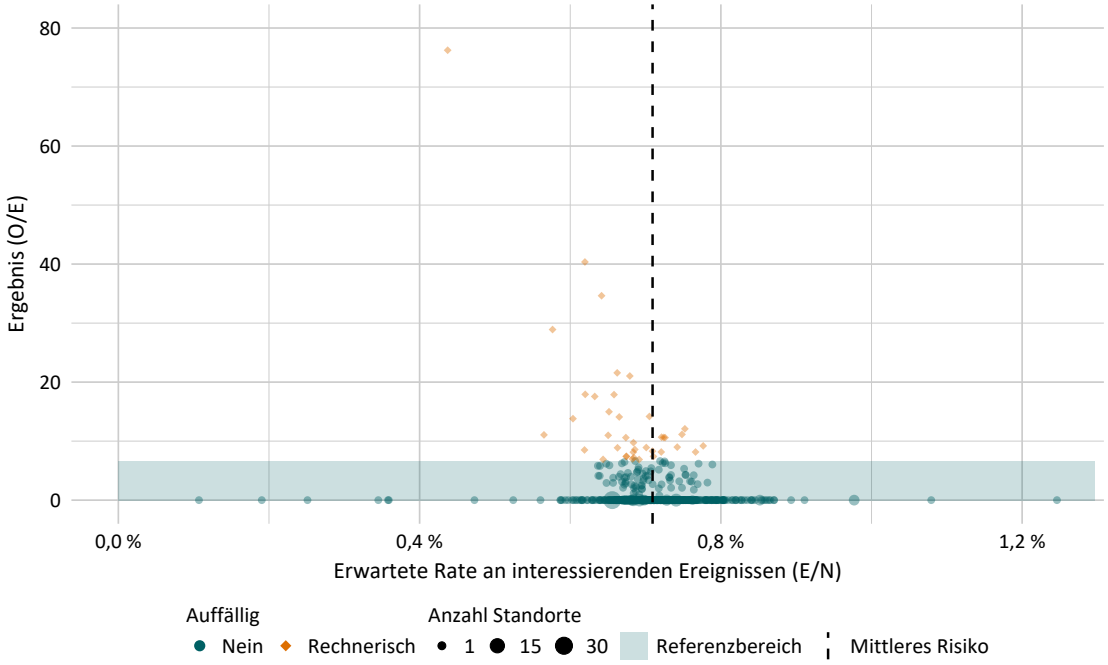
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2023	694	39	0,00	76,24	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell[11]	
10.1.1	ID: O_132002 O/N (observed, beobachtet)	0,85 % 140/16.445
10.1.2	ID: E_132002 E/N (expected, erwartet)	0,71 % 116,65/16.445
10.1.3	**ID: 132002** **O/E**	1,20

[11] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2	Patientinnen und Patienten mit Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff	
10.2.1	Infektion oder Aggregatperforation an der Aggregattasche	
10.2.1.1	ID: 13_22208 Infektion an Aggregattasche	0,60 % 96/16.445
10.2.1.2	ID: 13_22209 Aggregatperforation	0,05 % 8/16.445
10.2.2	ID: 13_22210 Sondeninfektion	0,76 % 122/16.445

132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

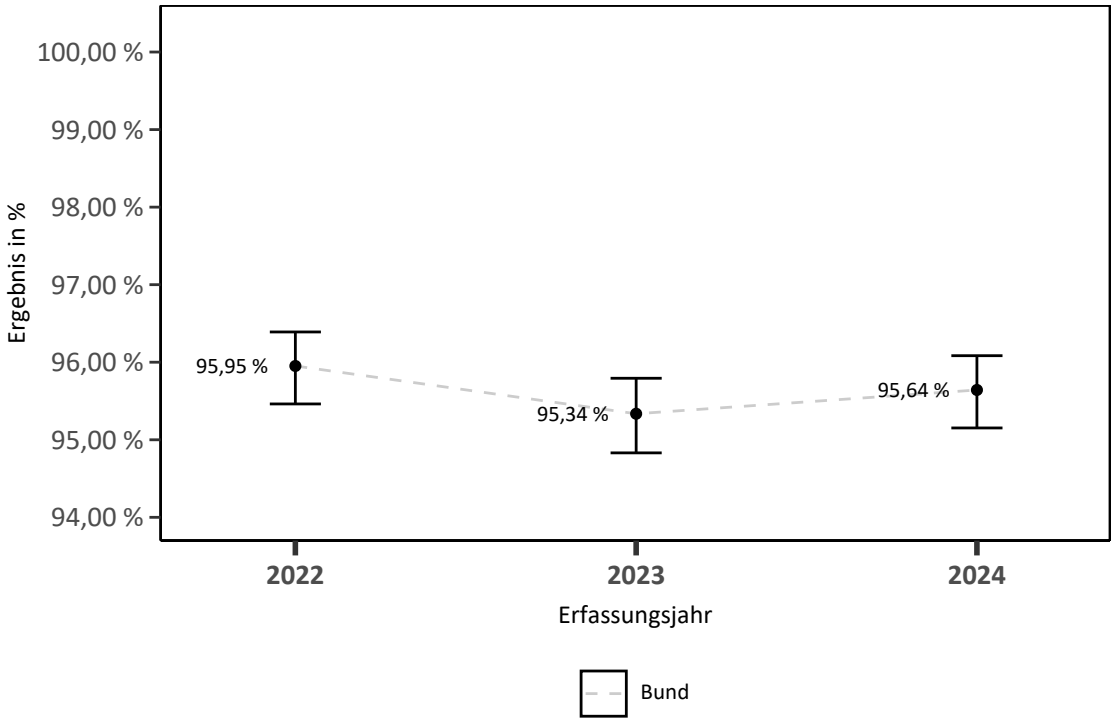
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem CRT-System
Zähler	Patientinnen und Patienten mit aktiver linksventrikulärer Sonde bei Entlassung
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

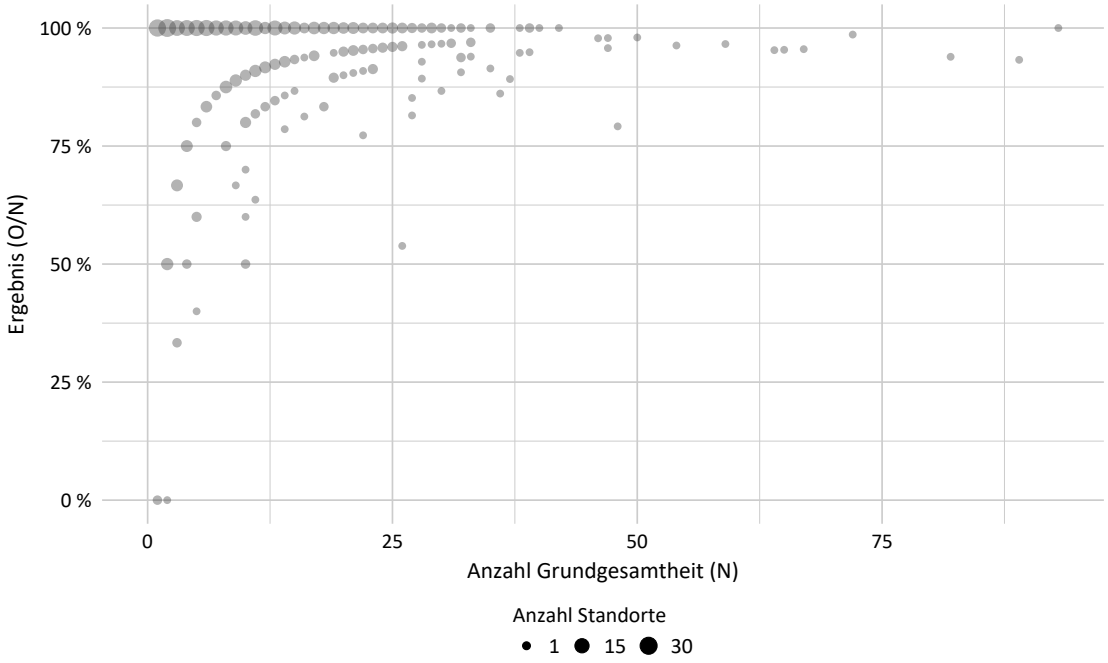
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	6.660 / 6.941	95,95	95,46 - 96,39
	2023	7.052 / 7.397	95,34	94,83 - 95,79
	2024	7.067 / 7.389	95,64	95,15 - 96,08

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	583	0	0,00	100,00	100,00

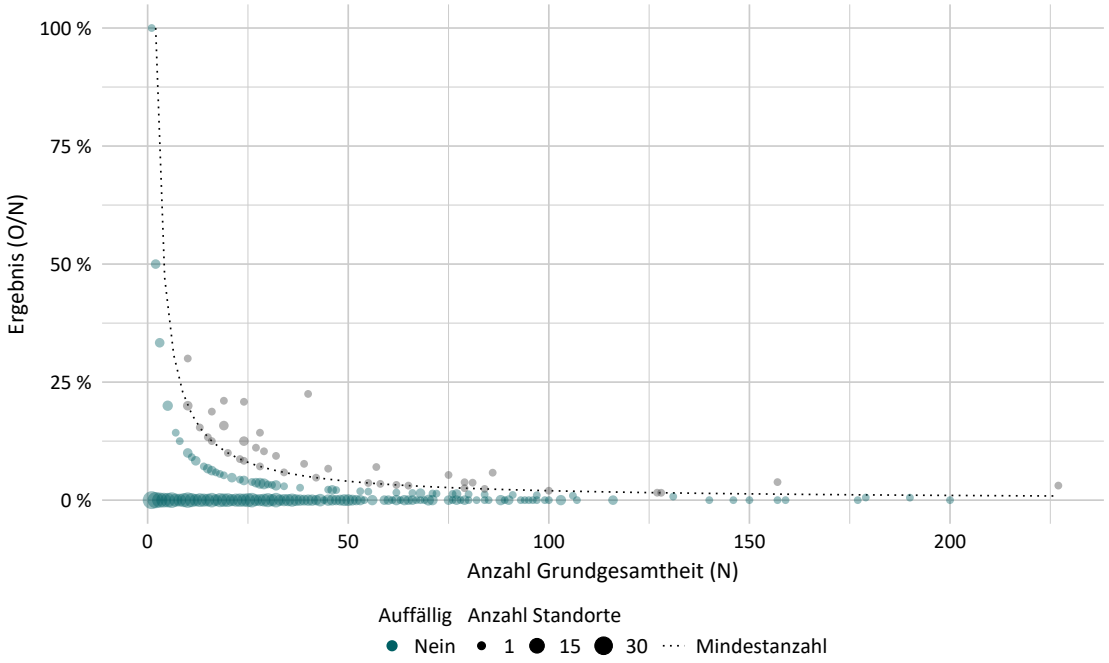
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit'

850313: Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das indikationsbegründende klinische Ereignis ist ein Datenfeld, das zur Berechnung des Qualitätsindikators der leitlinienkonformen Indikationsstellung von zentraler Bedeutung ist. Wird in vielen Fällen ein sonstiges indikationsbegründendes klinisches Ereignis dokumentiert, ist eine korrekte Berechnung dieses Indikators deshalb nicht mehr möglich. **Hypothese** Der Schlüsseleintrag „sonstige“ wird zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	50055: Leitlinienkonforme Indikation
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Fälle mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis 'sonstiges'
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	690	0	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

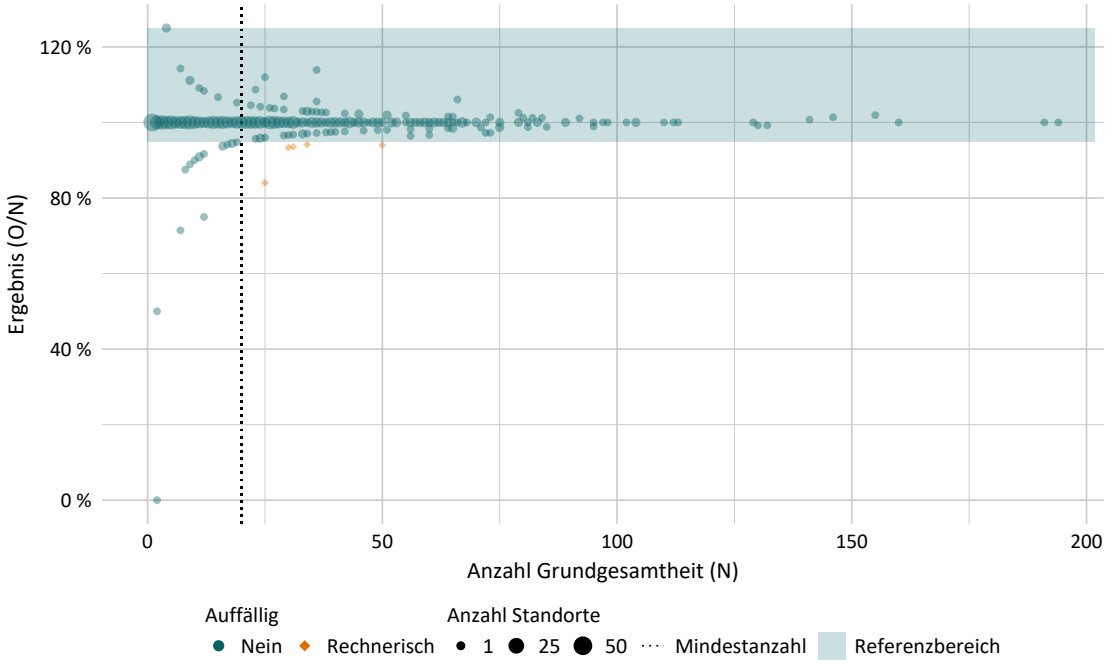
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	196 / 20.931	0,94	0,00 % 0 / 690

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

851801: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. **Hypothese** Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	700	5	0,00	125,00	100,00

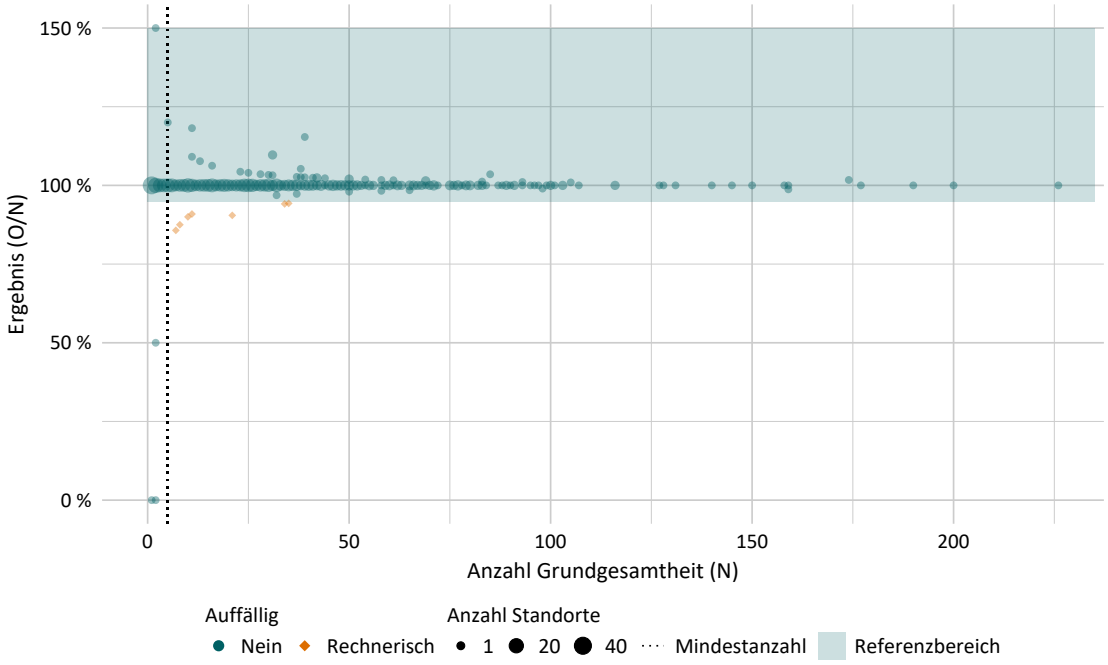
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	18.247 / 18.191	100,31	0,71 % 5 / 700

850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	708	7	0,00	150,00	100,00

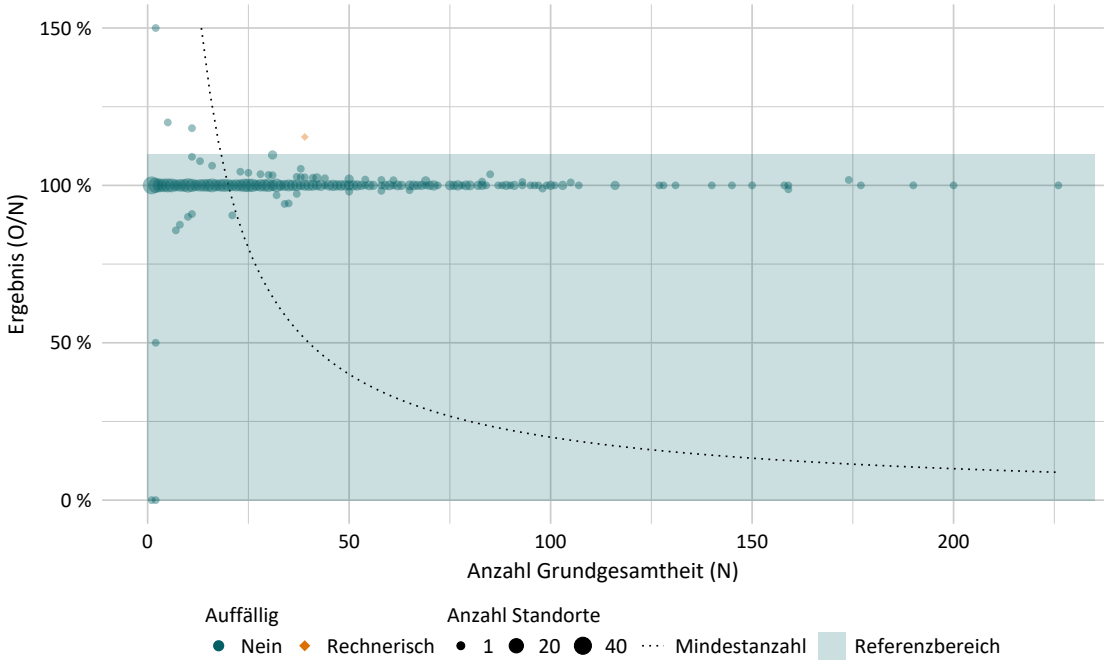
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	20.964 / 20.867	100,46	0,99 % 7 / 708

850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	708	1	0,00	150,00	100,00

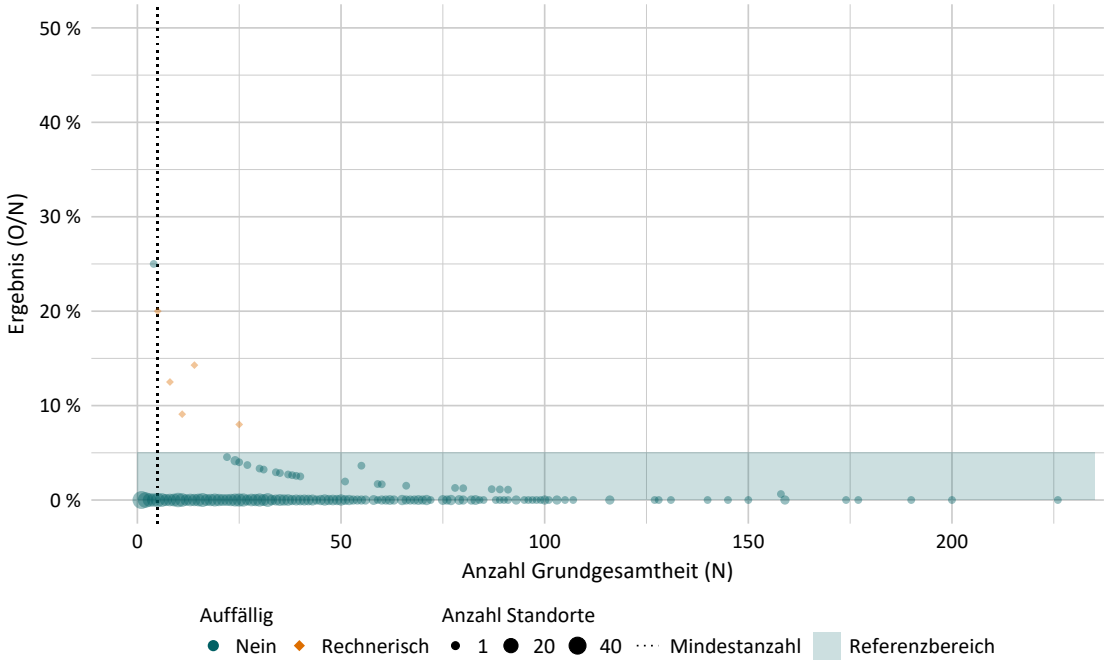
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	20.964 / 20.867	100,46	0,14 % 1 / 708

850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	708	5	0,00	25,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	33 / 20.867	0,16	0,71 % 5 / 708

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	357	1,71
1. Quartal	5.567	26,60
2. Quartal	5.282	25,24
3. Quartal	5.224	24,96
4. Quartal	4.501	21,50

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	1.946	9,30
50 - 59 Jahre	3.450	16,48
60 - 69 Jahre	6.562	31,35
70 - 79 Jahre	6.209	29,66
80 - 89 Jahre	2.728	13,03
≥ 90 Jahre	36	0,17
Geschlecht		
(1) männlich	16.460	78,64
(2) weiblich	4.469	21,35
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	287	1,37
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	5.324	25,44
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	12.630	60,34
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	2.673	12,77
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	17	0,08

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 20.259**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	280	1,38
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	6.353	31,36
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	7.828	38,64
Adipositas (≥ 30)	5.798	28,62

Präoperative Anamnese/Klinik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Herzinsuffizienz		
(0) nein	1.633	7,80
(1) NYHA I	1.558	7,44
(2) NYHA II	8.832	42,20
(3) NYHA III	8.476	40,49
(4) NYHA IV	432	2,06
Diabetes mellitus		
(0) nein	15.789	75,43
(1) ja, nicht insulinpflichtig	3.619	17,29
(2) ja, insulinpflichtig	1.523	7,28
Nierenfunktion/Serum Kreatinin		
(1) ≤ 1,5 mg/dl (≤ 133 µmol/l)	17.066	81,53
(2) > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) bis ≤ 2,5 mg/dl (≤ 221 µmol/l)	3.003	14,35
(3) > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig	453	2,16
(4) > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig	327	1,56
(8) unbekannt	82	0,39

	Bund (gesamt)
Ejektionsfraktion (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	20.798
5. Perzentil	20,00
25. Perzentil	25,00
Median	30,00
Mittelwert	33,33
75. Perzentil	37,00
95. Perzentil	60,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Linksventrikuläre Funktion nicht bekannt		
(1) ja	133	0,64

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Lebenserwartung > 1 Jahr bei gutem funktionellen Status		
(0) nein	520	2,48
(1) ja	20.411	97,52

ICD-Anteil

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Indikation		
(1) Kammerflimmern	3.156	15,08
(2) Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)	3.486	16,65
(3) Kammertachykardie, nicht anhaltend (≤ 30 sec, aber mind. 3 R-R-Zyklen und HF über 100)	1.058	5,05
(4) Synkope ohne EKG-Dokumentation	526	2,51
(5) kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention)	12.509	59,76
(9) sonstige	196	0,94

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit indikationsbegründetem klinischen Ereignis	**N = 8.422**	
führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)		
(0) keine	368	4,37
(1) Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)	3.636	43,17
(2) Kardiogener Schock	554	6,58
(3) Lungenödem	100	1,19
(4) Synkope	1.555	18,46
(5) Präsynkope	1.320	15,67
(6) sehr niedriger Blutdruck (z.B. unter 80 mmHg systolisch)	550	6,53
(7) Angina pectoris	106	1,26
(9) sonstige	233	2,77

Grunderkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
KHK		
(0) nein	8.919	42,61
(1) ja, ohne ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	8.174	39,05
(2) ja, mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	3.838	18,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	**N = 3.838**	
Abstand ST-Hebungsinfarkt (STEMI) zur Implantation ICD		
(1) ≤ 28 Tage	270	7,03
(2) > 28 Tage - ≤ 40 Tage	96	2,50
(3) > 40 Tage	3.472	90,46

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) und indikationsbegründendem klinischen Ereignis	**N = 1.276**	
indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn		
(0) nein	1.150	90,13
(1) ja	126	9,87

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Herzerkrankung		
(0) nein	748	3,57
(1) ischämische Kardiomyopathie	11.036	52,73
(2) Dilatative Kardiomyopathie DCM	6.641	31,73
(3) Hypertensive Herzerkrankung	287	1,37
(4) erworbener Klappenfehler	188	0,90
(5) angeborener Herzfehler	112	0,54
(6) Brugada-Syndrom	95	0,45
(7) Kurzes QT-Syndrom	4	0,02
(8) Langes QT-Syndrom	161	0,77
(9) Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)	586	2,80
(10) Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)	133	0,64
(11) Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)	19	0,09
(12) Torsade-de-pointes-Tachykardie („short-coupled“)	25	0,12
(99) sonstige Herzerkrankung	896	4,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Brugada Syndrom	**N = 95**	
spontanes Brugada-Typ-1-EKG		
(0) nein	26	27,37
(1) ja	66	69,47
(9) unbekannt	≤3	x

	Bund (gesamt)
Patientinnen und Patienten mit hypertropher Kardiomyopathie (HCM)	**N = 141**
Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (%)[12]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	119
5. Perzentil	2,10
25. Perzentil	4,50
Median	6,20
Mittelwert	7,77
75. Perzentil	8,00
95. Perzentil	17,00

[12] (Berechnung mit HCM-Risiko-SCD-Rechner)

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit hypertropher Kardiomyopathie (HCM)	**N = 141**	
Risiko für einen plötzlichen Herztod nicht berechnet[13]		
(1) da Leistungssportler	0	0,00
(2) wegen Assoziation mit Soffwechselerkrankung (z.B. Morbus Fabry, Noonan-Syndrom)	≤3	x
(3) da Sekundärprävention	14	9,93
(9) aus anderen Gründen	6	4,26

[13] (Berechnung mit HCM-Risiko-SCD-Rechner)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Kammerflimmern oder Kammertachykardie	**N = 7.700**	
WPW-Syndrom		
(0) nein	7.546	98,00
(1) ja	15	0,19
(9) unbekannt	139	1,81
reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie		
(0) nein	7.555	36,09
(1) ja	55	0,26
(9) unbekannt	90	0,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Kammerflimmern oder anhaltender Kammertachykardie (> 30 sec)	**N = 6.642**	
behandelbare idiopathische Kammertachykardie		
(0) nein	3.387	50,99
(1) ja	48	0,72
(9) unbekannt	51	0,77

Weitere Merkmale

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit nicht anhaltender Kammertachykardie oder Synkope ohne EKG-Dokumentation	**N = 1.584**	
Kammertachykardie induzierbar		
(1) nein	397	25,06
(2) ja	165	10,42
(3) programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt	1.022	64,52

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Brugada-Syndrom	**N = 95**	
Kammerflimmern induzierbar		
(1) nein	22	23,16
(2) ja	18	18,95
(3) programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt	55	57,89

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)		
(0) nein	1.876	8,96
(1) ja, seit weniger als 3 Monaten	2.211	10,56
(2) ja, seit 3 Monaten oder länger	16.844	80,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit medikamentöser Herzinsuffizienztherapie	**N = 19.055**	
Art der medikamentösen Herzinsuffizienztherapie[14]		
Betablocker und/oder Ivabradin	18.065	94,80
AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer/Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitoren (ARNI)	17.782	93,32
Diuretika (außer Aldosteronantagonisten)	14.739	77,35
Aldosteronantagonisten	14.932	78,36
SGLT2-Inhibitoren	14.983	78,63

[14] Mehrfachnennung möglich

Schrittmacheranteil

Stimulationsbedürftigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit		
(0) nein	16.932	80,89
(1) ja	3.999	19,11

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation		
(0) keine erwartete ventrikuläre Stimulation	8.851	42,29
(1) < 20 %	4.562	21,80
(2) ≥ 20 %	7.518	35,92

EKG-Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Vorhofrhythmus		
(1) normofrequenter Sinusrhythmus (permanent)	14.240	68,03
(2) Sinusbradykardie/SA-Blockierungen (persistierend oder intermittierend)	2.151	10,28
(3) paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern	2.578	12,32
(4) permanentes Vorhofflimmern	1.488	7,11
(5) Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS)	416	1,99
(9) sonstige	58	0,28
AV-Block		
(0) keiner	15.286	73,03
(1) AV-Block I. Grades, Überleitung ≤ 300 ms	2.072	9,90
(2) AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms	363	1,73
(3) AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach	150	0,72
(4) AV-Block II. Grades, Typ Mobitz (oder infranodal 2:1)	412	1,97
(5) AV-Block III. Grades (oder hochgradiger AV-Block)	1.551	7,41
(6) nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns	955	4,56
(7) AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	142	0,68

EKG-Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
intraventrikuläre Leitungsstörungen		
(0) keine	11.858	56,65
(1) Rechtsschenkelblock (RSB)	953	4,55
(2) Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB	600	2,87
(3) Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB	44	0,21
(4) Linksschenkelblock	6.535	31,22
(5) alternierender Schenkelblock	85	0,41
(6) kein Eigenrhythmus	522	2,49
(9) sonstige	334	1,60

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Eigenrhythmus	**N = 20.409**	
QRS-Komplex		
(1) < 120 ms	12.269	60,12
(2) 120 bis < 130 ms	898	4,40
(3) 130 bis < 140 ms	884	4,33
(4) 140 bis < 150 ms	1.313	6,43
(5) ≥ 150 ms	5.045	24,72

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Eingriffe (nach OPS)[15]		
(5-377.50) Implantation - Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion	6.940	33,16
(5-377.51) Implantation - Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Mit atrialer Detektion	840	4,01
(5-377.6) Implanatation - Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	4.176	19,95
(5-377.7*) Implantation - Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation	6.548	31,28
(5-377.j) Implantation - Defibrillator mit subkutaner Elektrode	1.401	6,69
(5-378.b8, 5-378.b9) Systemumstellung - Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation	42	0,20
(5-378.ba) Systemumstellung - Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	244	1,17
(5-378.bb, 5-378.bc) Systemumstellung - Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation	781	3,73
(5-378.bd) Systemumstellung - Herzschrittmacher auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode	≤3	x
(5-378.d4, 5-378.d5, 5-378.d6, 5-378.d7, 5-378.d8, 5-378.d9) Systemumstellung - Intrakardialer Impulsgenerator (Leadless Pacemaker) auf Defibrillator	34	0,16

[15] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs bei Einkammersystemen (VVI) (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	7.143
5. Perzentil	21,00
25. Perzentil	31,00
Median	41,00
Mittelwert	45,23
75. Perzentil	54,00
95. Perzentil	85,00
Dauer des Eingriffs bei Zweikammersystemen (VDD, DDD) (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	4.900
5. Perzentil	28,00
25. Perzentil	41,00
Median	55,00
Mittelwert	60,53
75. Perzentil	70,00
95. Perzentil	114,00
Dauer des Eingriffs bei CRT-Systemen (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	7.389
5. Perzentil	49,00
25. Perzentil	74,00
Median	98,00
Mittelwert	104,85
75. Perzentil	127,00
95. Perzentil	184,00

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs bei subkutanem ICD (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	1.431
5. Perzentil	27,00
25. Perzentil	41,00
Median	53,00
Mittelwert	56,91
75. Perzentil	69,00
95. Perzentil	105,00
Dauer des Eingriffs bei allen Patientinnen und Patienten (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	20.931
5. Perzentil	25,00
25. Perzentil	40,00
Median	59,00
Mittelwert	70,74
75. Perzentil	90,00
95. Perzentil	155,00

	Bund (gesamt)
Dosis-Flächen-Produkt (cGy x cm²)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0	20.515
5. Perzentil	18,00
25. Perzentil	109,00
Median	320,00
Mittelwert	912,01
75. Perzentil	895,00
95. Perzentil	3.592,20

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt		
(1) ja	99	0,47
keine Durchleuchtung durchgeführt		
(1) ja	212	1,01

Zugang des implantierten Systems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Zugang		
Vena cephalica	8.137	38,88
Vena subclavia	10.891	52,03
andere	2.555	12,21

ICD

ICD-System

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
System		
(1) VVI	7.143	34,13
(2) DDD	4.373	20,89
(3) VDD	527	2,52
(4) CRT-System mit einer Vorhofsonde	6.872	32,83
(5) CRT-System ohne Vorhofsonde	517	2,47
(6) subkutaner ICD	1.431	6,84
(9) sonstiges	68	0,32

ICD-Aggregat

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Aggregatposition		
(1) infraclaviculär subcutan	4.413	21,08
(2) infraclaviculär subfaszial	10.237	48,91
(3) infraclaviculär submuskulär	5.047	24,11
(4) abdominal	59	0,28
(9) andere	1.175	5,61

Sonden

Vorhof (atriale Pace/Sense-Sonde)

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) und Angabe von Werten	9.989
Median	0,70
Mittelwert	0,80

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System)	**N = 11.313**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	1.238	10,94
(9) aus anderen Gründen	35	0,31

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System) und Angabe von Werten	11.467
Median	2,80
Mittelwert	3,15

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System)	**N = 11.840**	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	249	2,10
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	47	0,40
(9) aus anderen Gründen	25	0,21

Rechtsventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	19.465
Median	0,60
Mittelwert	0,64

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde	**N = 19.500**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	35	0,18

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	19.006
Median	12,00
Mittelwert	12,79

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde	**N = 19.500**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	462	2,37
(9) aus anderen Gründen	32	0,16

Linksventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem System mit linksventrikulärer Sonde oder sonstigem System	**N = 7.415**	
Linksventrikuläre Sonde aktiv?		
(0) nein	342	4,61
(1) ja	7.073	95,39

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit aktiver linksventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	7.059
Median	1,00
Mittelwert	1,06

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit aktiver linksventrikulärer Sonde	**N = 7.073**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	14	0,20

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Peri- bzw. postoperative Komplikation(en)operative Komplikationen		
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation	267	1,28
kardiopulmonale Reanimation	22	0,11
interventionspflichtiger Pneumothorax	68	0,32
interventionspflichtiger Hämatothorax	≤3	x
interventionspflichtiger Perikarderguss	18	0,09
interventionspflichtiges Taschenhämatom	19	0,09
revisionsbedürftige Sondendislokation	101	0,48
revisionsbedürftige Sondendysfunktion	36	0,17
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	≤3	x
sonstige interventionspflichtige Komplikation	17	0,08

Sondendislokation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	**N = 101**	
Ort der Sondendislokation[16]		
Vorhofsonde	58	57,43
rechtsventrikuläre Sonde	32	31,68
linksventrikuläre Sonde	18	17,82
weitere Ventrikelsonde	≤3	x
andere Defibrillationssonde	0	0,00

[16] Mehrfachnennung möglich

Sondendysfunktion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	**N = 36**	
Ort der Sondendysfunktion[17]		
Vorhofsonde	7	19,44
rechtsventrikuläre Sonde	23	63,89
linksventrikuläre Sonde	6	16,67
weitere Ventrikelsonde	0	0,00
andere Defibrillationssonde	0	0,00

[17] Mehrfachnennung möglich

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	20.931
Median	2,00
Mittelwert	5,66
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	20.931
Median	1,00
Mittelwert	3,38
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	20.931
Median	5,00
Mittelwert	9,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Entlassungsdiagnosen (nach ICD)[18]		
(I42.-) Kardiomyopathie	6.827	32,62
(I44.-) Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	5.174	24,72
(I45.-) Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	767	3,66
(I46.-) Herzstillstand	2.238	10,69
(I47.-) Paroxysmale Tachykardie	4.752	22,70
(I48.-) Vorhofflattern oder Vorhofflimmern	5.959	28,47
(I49.-) Sonstige kardiale Arrhythmien	4.031	19,26
(I50.-) Herzinsuffizienz	13.304	63,56

[18] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.931**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	18.493	88,35
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.196	5,71
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	23	0,11
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	125	0,60
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	534	2,55
(07) Tod	113	0,54
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[19]	10	0,05
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	299	1,43
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	120	0,57
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[20]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[21]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	6	0,03
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[22]		
(1) ja	≤3	x

[19] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[20] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[21] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[22] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HSMDEF-DEFI-AGGW: Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

Datengrundlagen 5

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 5

Übersicht über weitere Datengrundlagen 7

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 11

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 12

52321: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden 12

Details zu den Ergebnissen 15

141800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 17

Details zu den Ergebnissen 20

Basisauswertung 21

Basisdokumentation 21

Patientin und Patient 22

Indikation zum Aggregatwechsel 23

Operation 24

ICD 25

Implantiertes ICD-System 25

Belassene Sonden 25

Vorhofsonde (atriale Pace/Sense-Sonde) 25

Rechtsventrikuläre Sonde 26

Linksventrikuläre Sonde 27

Komplikationen 29

Entlassung 30

Behandlungszeiten 30

Einleitung

Ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (implantable cardioverter-defibrillator, ICD) wird zur Behandlung von hochfrequenten, lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen der Herzkammern (Kammertachykardien, Kammerflattern, Kammerflimmern) eingesetzt. Er kann ggf. auftretende lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen durch eine Schockabgabe oder eine schnelle Impulsabgabe (antitachykarde Stimulation) beenden und damit den plötzlichen Herztod verhindern. In der Regel verfügt jeder ICD zusätzlich über alle Funktionen eines Herzschrittmachers. Ein ICD besteht ähnlich einem Herzschrittmacher aus einem Aggregat, das Elektronik (Mikrocomputer) und Batterie in einem Gehäuse vereint. Über Elektroden ist das Aggregat mit dem Herzen verbunden. Der ICD wird i. d. R. unter die Haut bzw. unter den Brustmuskel, meist unterhalb des linken Schlüsselbeins, implantiert. Wenn nach einer Laufzeit von mehreren Jahren die Batterie erschöpft ist, wird ein Aggregatwechsel durch einen Eingriff erforderlich. Hierbei können i. d. R. die vorhandenen Sonden am Herzen belassen werden.

Die Qualität von Eingriffen zum Wechsel des ICD-Aggregats wird anhand von Indikatoren gemessen, die sich auf die Durchführung notwendiger Funktionsmessungen des neuen Aggregats während der Operation sowie auf Komplikationen im Zusammenhang mit dem Eingriff beziehen. Die Dauer des Eingriffs bei Aggregatwechseln wird in einem Indikator bewertet, der auch Implantationen von Defibrillatoren umfasst und im Teilbereich Implantierbare Defibrillatoren – Implantation berichtet wird.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar. In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.255 6.252 3	6.166	101,44
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	612		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	614	610	100,66
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	580	576	100,69

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.310 7.306 4	7.199	101,54
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	654		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	658	652	100,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	618	613	100,82

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	5.516 5.513 3	5.434	101,51
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	601		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	603	599	100,67
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	569	565	100,71

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	5.513 5.513 -	5.513	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	601		

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	602	602	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	569	569	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	704 704 -	718	98,05
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	294		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	293	285	102,81
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	281	273	102,93

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.449 6.445 4	6.379	101,10
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	646		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	649	641	101,25
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	613	606	101,16

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.445 6.445 -	6.445	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	646		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	648	648	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	612	612	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	806 806 -	805	100,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	333		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	334	329	101,52
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	320	316	101,27

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	Nicht definiert	98,71 % O = 41.285 N = 41.826
141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	Nicht definiert	0,22 % O = 14 N = 6.252

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

52321: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

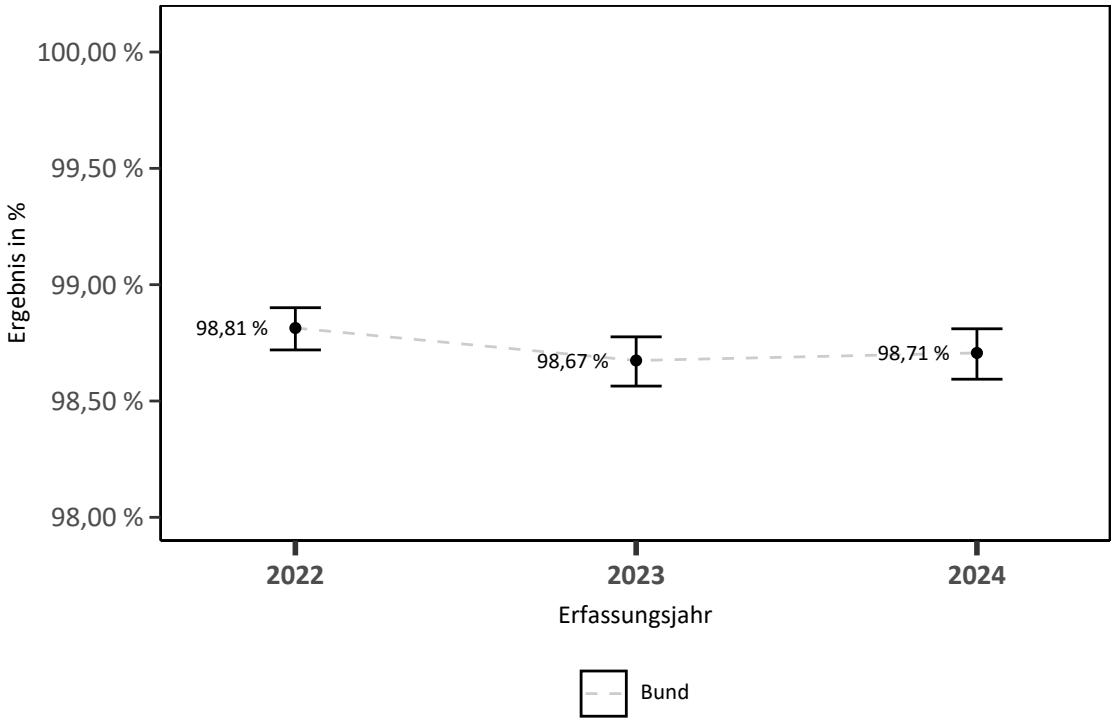
Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus den Modulen Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5) und Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6) und bei linksventrikulären Sonden aus den Modulen Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4), Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5) und Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6): - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/4) - Reizschwelle der Ventrikelsonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde (in 09/4 ausschließlich linksventrikuläre Sonden) - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/4) - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/4)
Zähler	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

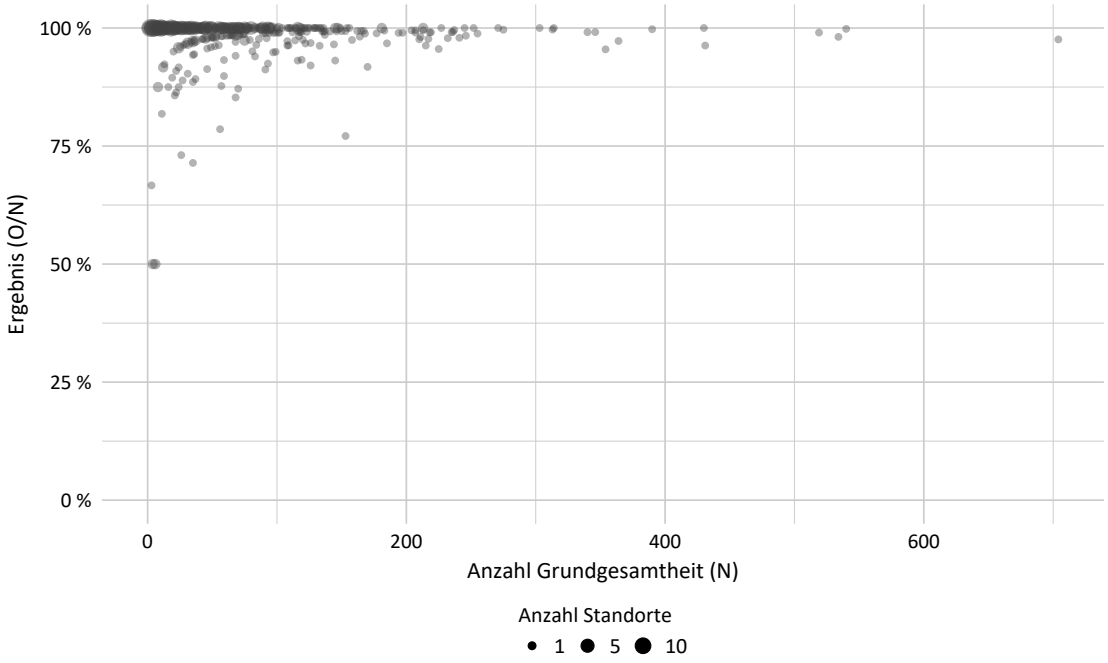
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	54.143 / 54.793	98,81	98,72 - 98,90
	2023	44.355 / 44.951	98,67	98,56 - 98,78
	2024	41.285 / 41.826	98,71	98,59 - 98,81

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	669	0	50,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 52321** **Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden**	98,71 % 41.285/41.826
1.1.1	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden	
1.1.1.1	ID: 14_22029 Implantation	99,80 % 7.059/7.073
1.1.1.2	ID: 14_22028 Aggregatwechsel	99,20 % 20.499/20.665
1.1.1.3	ID: 14_22027 Revision/Systemumstellung	97,44 % 13.727/14.088
1.1.1.4	ID: 14_22012 Alle Eingriffe	98,71 % 41.285/41.826

1.1.2 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhofsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Aggregatwechsel	ID: 14_22038 98,80 % 3.047/3.084	ID: 14_22036 99,13 % 3.770/3.803
Revision/Systemumstellung	ID: 14_22037 96,56 % 2.080/2.154	ID: 14_22035 97,31 % 2.392/2.458
Alle Eingriffe	ID: 14_22013 97,88 % 5.127/5.238	ID: 14_22014 98,42 % 6.162/6.261

1.1.3 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Ventrikelsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Implantation	ID: 14_22034 99,80 % 7.059/7.073	- -/-
Aggregatwechsel	ID: 14_22033 99,25 % 8.621/8.686	ID: 14_22031 99,39 % 5.061/5.092

1.1.3 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Ventrikelsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Revision/Systemumstellung	ID: 14_22032 97,64 % 6.494/6.651	ID: 14_22030 97,73 % 2.761/2.825
Alle Eingriffe	ID: 14_22015 98,95 % 22.174/22.410	ID: 14_22016 98,80 % 7.822/7.917

141800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

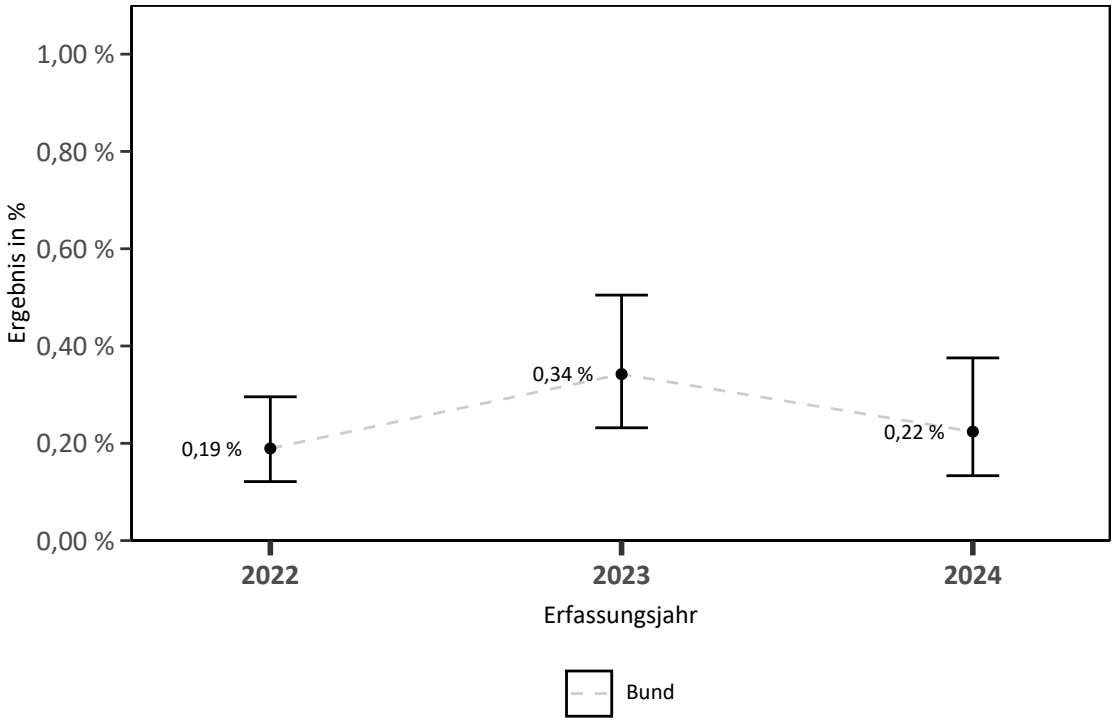
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

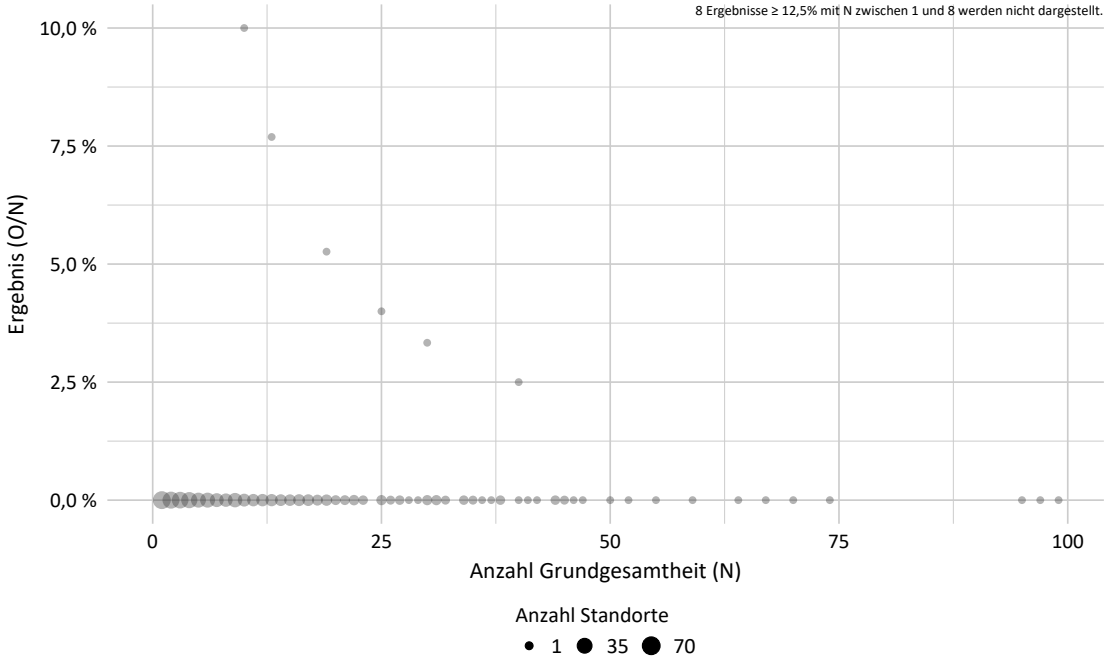
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	19 / 10.031	0,19	0,12 - 0,30
	2023	25 / 7.306	0,34	0,23 - 0,50
	2024	14 / 6.252	0,22	0,13 - 0,38

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	612	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 14_22017 Patientinnen und Patienten mit mind. einer perioperativen Komplikation	0,22 % 14/6.252

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	**ID: 141800** **Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)**	0,22 % 14/6.252
2.2.1	ID: 14_22018 Kardiopulmonale Reanimation	x % ≤3/6.252
2.2.2	ID: 14_22019 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,13 % 8/6.252
2.2.3	ID: 14_22020 Postoperative Wundinfektion	0,00 % 0/6.252
2.2.4	ID: 14_22024 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	x % ≤3/6.252

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.252**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	17	0,27
1. Quartal	1.658	26,52
2. Quartal	1.566	25,05
3. Quartal	1.552	24,82
4. Quartal	1.459	23,34

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.252**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	341	5,45
50 - 59 Jahre	597	9,55
60 - 69 Jahre	1.463	23,40
70 - 79 Jahre	1.790	28,63
80 - 89 Jahre	1.866	29,85
≥ 90 Jahre	195	3,12
Geschlecht		
(1) männlich	4.601	73,59
(2) weiblich	1.651	26,41
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Indikation zum Aggregatwechsel

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.252**	
Indikation zum Aggregatwechsel		
(1) Batterieerschöpfung	6.137	98,16
(2) Fehlfunktion/Rückruf	66	1,06
(9) sonstige aggregatbezogene Indikation	49	0,78

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.252**	
Letzte ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		
(1) stationär	6.106	97,66
(2) stationsersetzend/ambulant	146	2,34

Operation

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	6.252
5. Perzentil	14,00
25. Perzentil	21,00
Median	30,00
Mittelwert	33,26
75. Perzentil	40,00
95. Perzentil	63,00

ICD

Implantiertes ICD-System

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.252**	
System		
(1) VVI	1.600	25,59
(2) DDD	1.321	21,13
(3) VDD	77	1,23
(4) CRT-System mit einer Vorhofsonde	2.702	43,22
(5) CRT-System ohne Vorhofsonde	137	2,19
(6) subkutaner ICD	405	6,48
(9) sonstiges	10	0,16

Belassene Sonden

Vorhofsonde (atriale Pace/Sense-Sonde)

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) und Angabe von Werten	3.047
Median	0,70
Mittelwert	0,79

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System)	**N = 4.033**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	940	23,31
(9) aus anderen Gründen	37	0,92

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System) und Angabe von Werten	3.770
Median	2,30
Mittelwert	2,60

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System)	**N = 4.110**	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	250	6,08
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	48	1,17
(9) aus anderen Gründen	33	0,80

Rechtsventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	5.817
Median	0,80
Mittelwert	0,90

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde	**N = 5.847**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	30	0,51

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	5.061
Median	11,40
Mittelwert	11,87

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde	**N = 5.847**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	755	12,91
(9) aus anderen Gründen	31	0,53

Linksventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit linksventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	2.804
Median	1,20
Mittelwert	1,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit linksventrikulärer Sonde	**N = 2.849**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	35	1,23

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.252**	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen		
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation	14	0,22
kardiopulmonale Reanimation	≤3	x
interventionspflichtiges Taschenhämatom	8	0,13
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	0	0,00
sonstige interventionspflichtige Komplikation	≤3	x

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	6.252
Median	0,00
Mittelwert	1,37
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	6.252
Median	1,00
Mittelwert	1,71
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	6.252
Median	1,00
Mittelwert	3,07

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.252**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	5.793	92,66
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	277	4,43
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	4	0,06
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	40	0,64
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	44	0,70
(07) Tod	14	0,22
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[1]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	11	0,18
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	62	0,99
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[2]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[3]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[4]		
(1) ja	0	0,00

[1] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[2] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[3] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[4] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HSMDEF-DEFI-REV: Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Übersicht über weitere Datengrundlagen 8

Ergebnisübersicht 11

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 12

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 13

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 15

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts 15

151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 15

52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden 18

Details zu den Ergebnissen 21

51196: Sterblichkeit im Krankenhaus 22

Details zu den Ergebnissen 26

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 27

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 27

851904: Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem 27

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 29

851803: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten 29

850197: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 31

850198: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 33

850222: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 35

Basisauswertung 37

Basisdokumentation 37

Patientin und Patient 38

Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation 39

Operation 40

ICD 41

ICD-System ... 41
ICD-Aggregat ... 42
Sonden ... 43
Vorhofsonde ... 43
Ventrikel ... 45
1. Ventrikelsonde/Defibrillationssonde ... 46
2. Ventrikelsonde ... 49
3. Ventrikelsonde ... 52
Andere Defibrillationssonde(n) ... 55
Komplikationen ... 56
Sondendislokation ... 56
Sondendysfunktion ... 57
Entlassung ... 58
Behandlungszeiten ... 58

Einleitung

Ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (implantable cardioverter-defibrillator, ICD) wird zur Behandlung von hochfrequenten, lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen der Herzkammern (Kammertachykardien, Kammerflattern, Kammerflimmern) eingesetzt. Er besteht ähnlich einem Herzschrittmacher aus einem Aggregat, das Elektronik (Mikrocomputer) und Batterie in einem Gehäuse vereint. Über Sonden ist das Aggregat mit dem Herzen verbunden.

Der vorliegende Teilbereich betrifft die Qualitätssicherung bei erneuten Eingriffen (Revisionen) an ICDs, bei ihrer Entfernung (Explantation) oder bei Systemwechseln.

Seit dem Erfassungsjahr 2018 werden Daten erhoben, durch die die Daten dieses Teilbereichs mit den vorausgegangenen Defibrillatoreingriffen der Patientinnen und Patienten verknüpft werden können. Die Indikatoren, die sich auf die Ursachen für die Reparatur, den Wechsel oder das Entfernen des implantierbaren Defibrillators beziehen, können nun als (längsschnittliche) Follow-up-Indikatoren ausgewertet werden und sind dem Teilbereich Implantierbare Defibrillatoren – Implantation zugeordnet.

Die Qualitätsindikatoren des Teilbereichs Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation beziehen sich auf Komplikationen im Umfeld der Operation und die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus. Die Ergebnisse der Reizschwellen- und Amplitudenmessungen der Sonden werden zusammen mit den Daten zu Erstimplantationen und Aggregatwechseln ausgewertet; die entsprechenden Indikatoren sind den Teilbereichen Implantierbare Defibrillatoren – Implantation und Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel zugeordnet.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar. In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.089 7.058 31	7.053	100,51
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	567		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	572	571	100,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	543	540	100,56

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.816 6.798 18	6.763	100,78
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	580		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	586	584	100,34
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	553	550	100,55

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.259 6.234 25	6.260	99,98
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	554		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	558	558	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	531	529	100,38

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.234 6.234 -	6.234	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	554		

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	558	558	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	531	531	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	774 774 -	-	-
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	271		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	272	-	-
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	263	-	-

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	5.932 5.915 17	5.910	100,37
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	562		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	567	566	100,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	537	535	100,37

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	5.915 5.915 -	5.915	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	562		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	565	565	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	535	535	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	824 824 -	-	-
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	287		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	287	-	-
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	274	-	-

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,90 %	1,33 % O = 94 N = 7.058
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	Nicht definiert	0,68 % O = 36 N = 5.325
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,62 (95. Perzentil)	0,76 O/E = 124 / 163,85 N = 7.058

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	≤ 16,10 % (95. Perzentil)	6,53 % 461 / 7.058	3,35 % 19 / 567

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	99,98 % 6.259 / 6.260	0,54 % 3 / 558
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,51 % 7.089 / 7.053	0,70 % 4 / 571
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,51 % 7.089 / 7.053	0,18 % 1 / 571
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,44 % 31 / 7.053	1,23 % 7 / 571

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

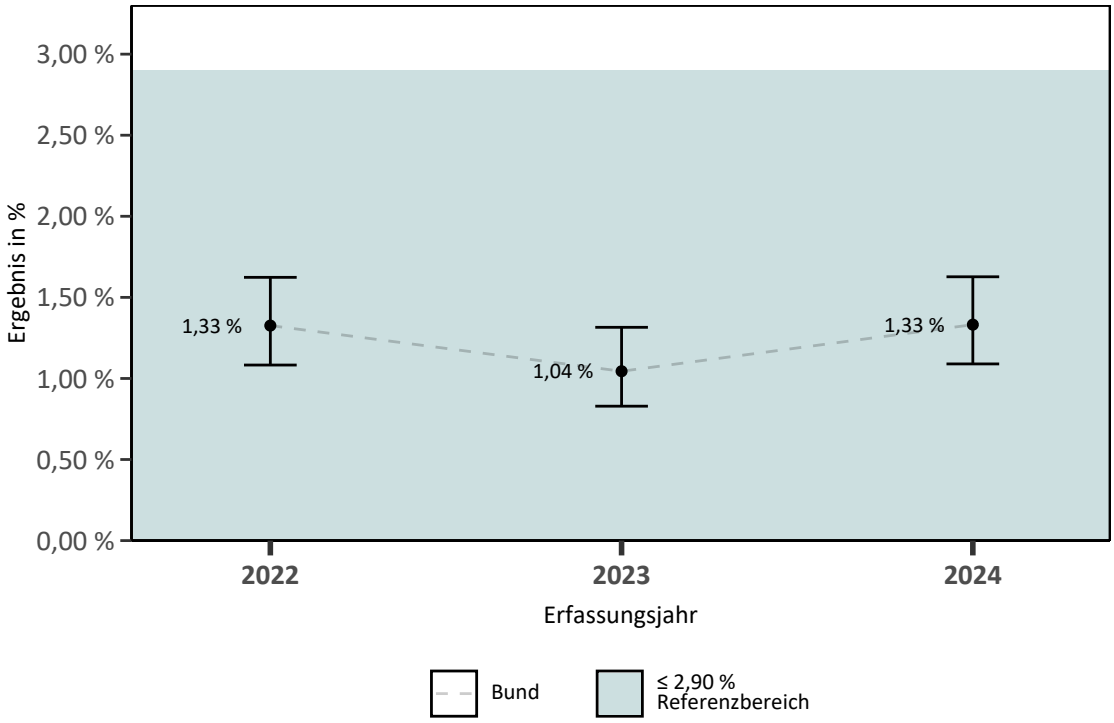
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	≤ 2,90 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

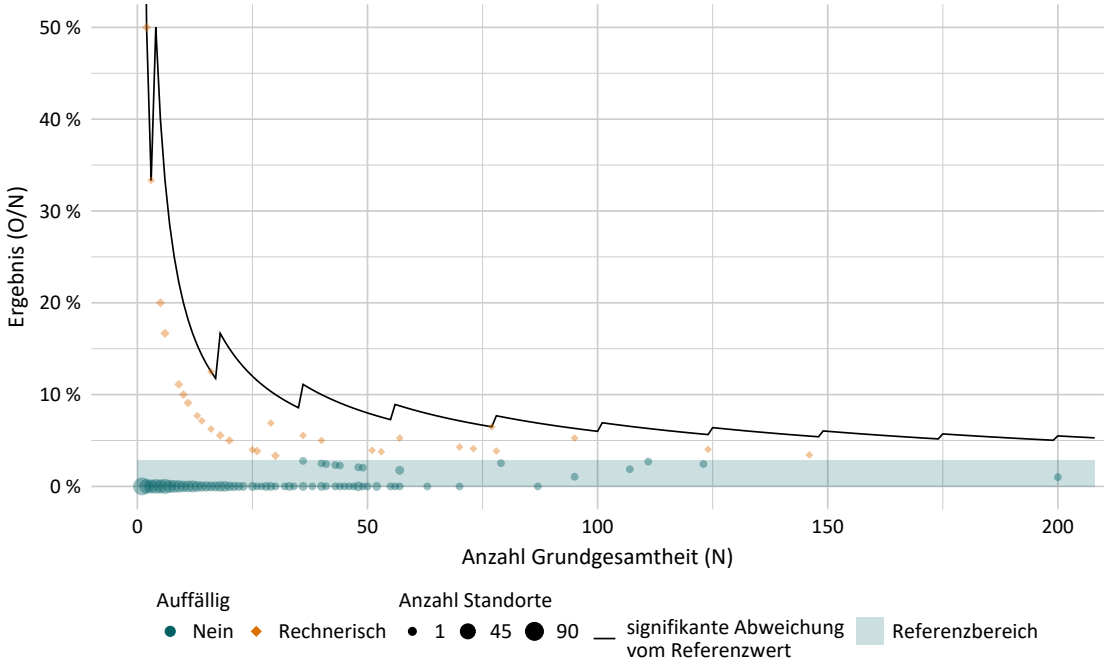
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	92 / 6.938	1,33	1,08 - 1,62
	2023	71 / 6.798	1,04	0,83 - 1,32
	2024	94 / 7.058	1,33	1,09 - 1,63

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	567	42	0,00	50,00	0,00

52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

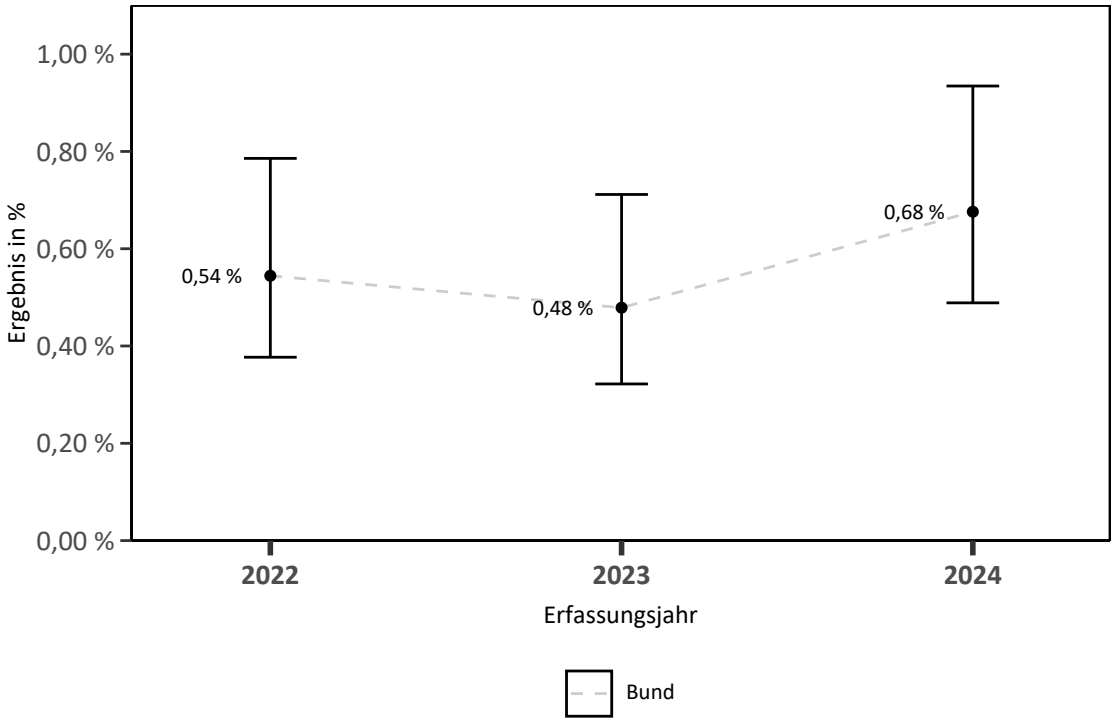
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

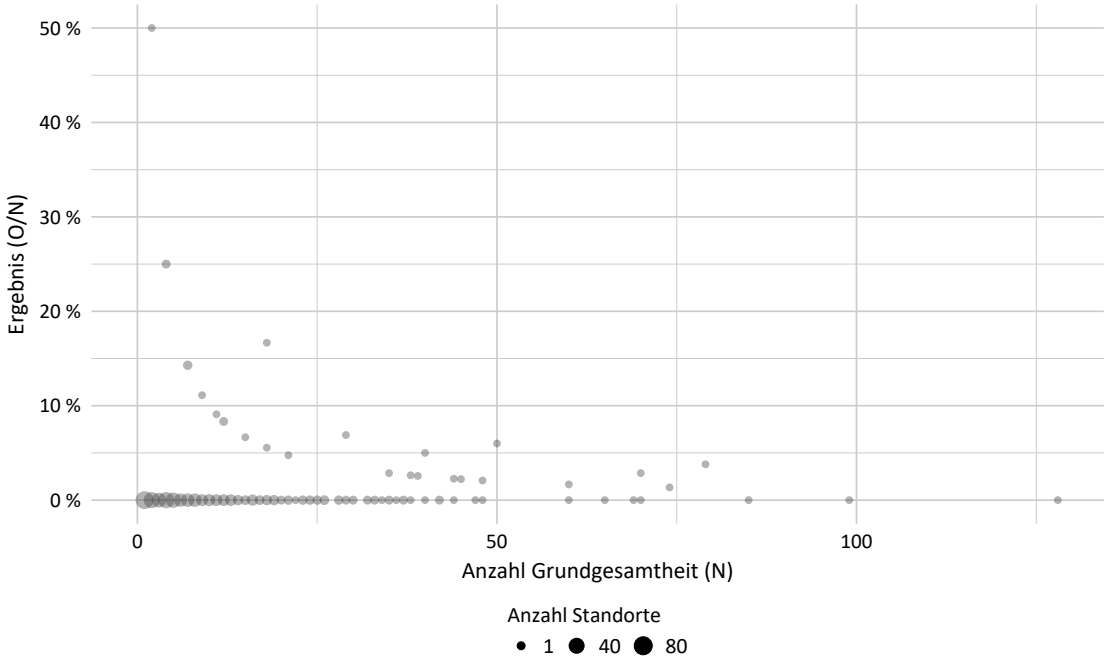
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	28 / 5.143	0,54	0,38 - 0,79
	2023	24 / 5.012	0,48	0,32 - 0,71
	2024	36 / 5.325	0,68	0,49 - 0,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	535	0	0,00	50,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 15_22020 Patientinnen und Patienten mit mind. einer perioperativen Komplikation	1,87 % 132/7.058

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 151800** **Patientinnen und Patienten mit nichtsondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)**	1,33 % 94/7.058
1.2.1	ID: 15_22021 Kardiopulmonale Reanimation	0,31 % 22/7.058
1.2.2	ID: 15_22022 Interventionspflichtiger Pneumothorax	0,33 % 23/7.058
1.2.3	ID: 15_22023 Interventionspflichtiger Hämatothorax	0,13 % 9/7.058
1.2.4	ID: 15_22024 Interventionspflichtiger Perikarderguss	0,24 % 17/7.058
1.2.5	ID: 15_22025 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,27 % 19/7.058
1.2.6	ID: 15_22026 Postoperative Wundinfektion	x % ≤3/7.058
1.2.7	ID: 15_22030 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,26 % 18/7.058

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 52324** **Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden**	0,68 % 36/5.325
1.3.1	ID: 15_22032 Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	0,53 % 28/5.325
1.3.2	ID: 15_22033 Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	0,15 % 8/5.325

51196: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-REV-Score für ID 51196
Referenzbereich	≤ 4,62 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear bis 75 ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 ASA-Klassifikation - 5
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

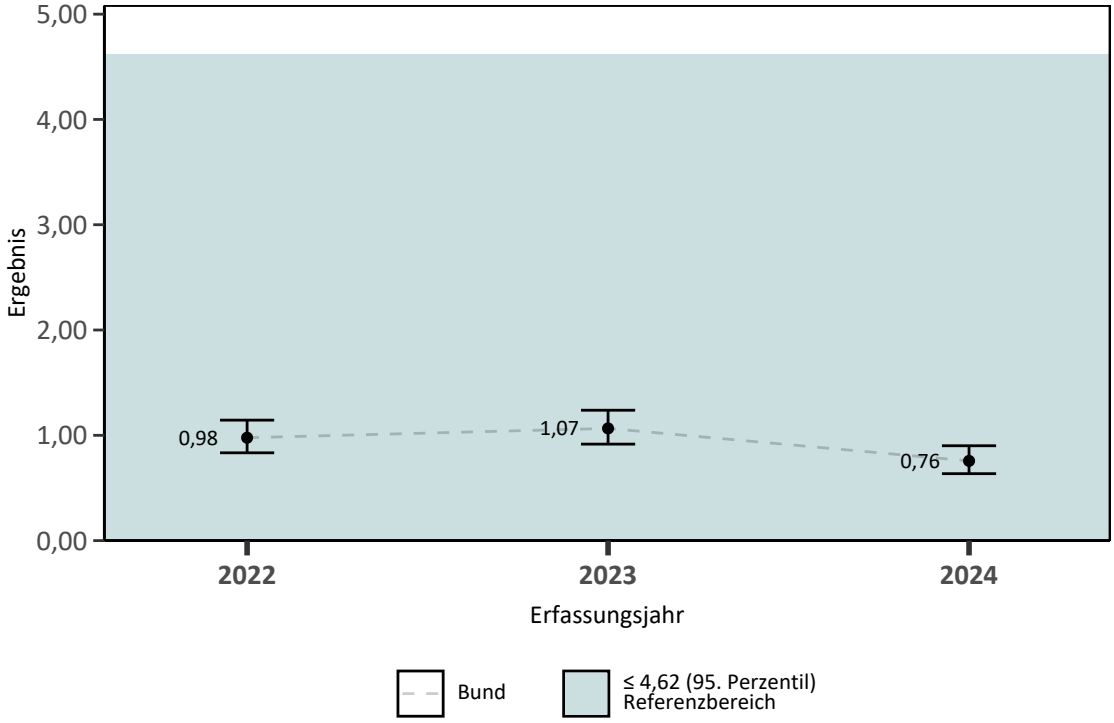
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	6.938	150 / 153,53	0,98	0,83 - 1,14
	2023	6.798	165 / 154,87	1,07	0,92 - 1,24
	2024	7.058	124 / 163,85	0,76	0,64 - 0,90

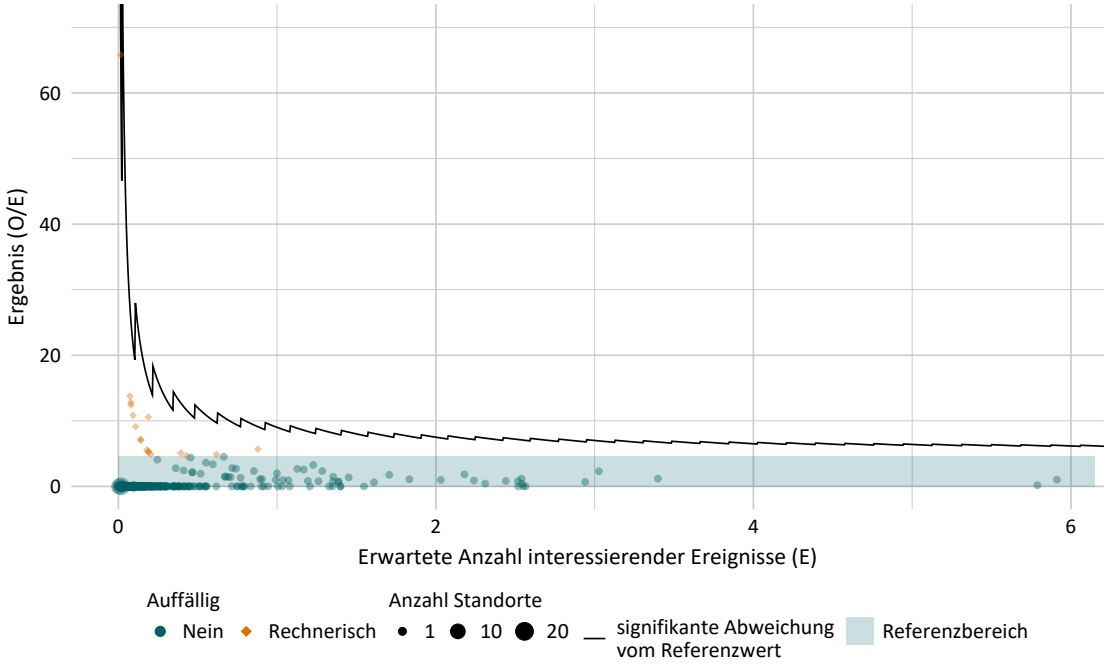
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



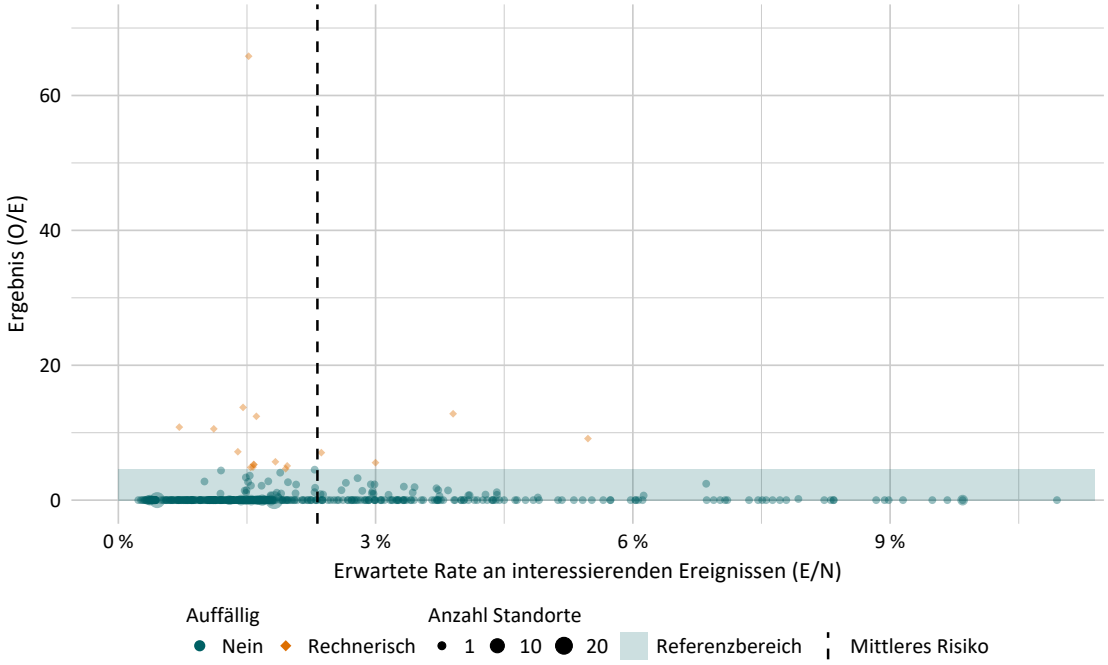
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	567	17	0,00	65,82	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 15_22035 Sterblichkeit im Krankenhaus	1,76 % 124/7.058
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
2.1.1.1	ID: O_51196 O/N (observed, beobachtet)	1,76 % 124/7.058
2.1.1.2	ID: E_51196 E/N (expected, erwartet)	2,32 % 163,85/7.058
2.1.1.3	**ID: 51196** **O/E**	0,76

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

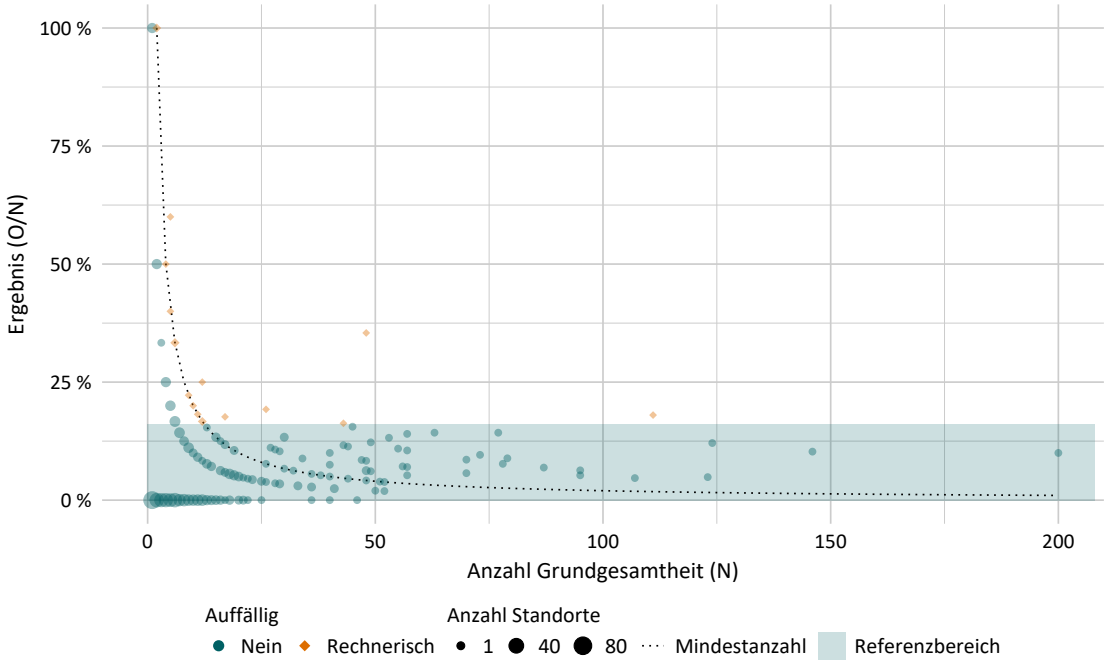
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

851904: Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angaben zur Indikation des Folgeeingriffs sind von zentraler Bedeutung zur Berechnung der Follow-up-Indikatoren. Wird in zu vielen Fällen ein sonstiges Problem dokumentiert, kann dies ggf. zu einer verfälschten Berechnung der Follow-up-Indikatoren führen. Auch sollte geprüft werden, ob die entsprechenden Schlüssel genügend Antwortoptionen enthalten. **Hypothese** Ein sonstiges Problem wird zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Alle Fälle mit sonstigem Taschenproblem oder sonstigem Sondenproblem
Referenzbereich	≤ 16,10 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	567	19	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

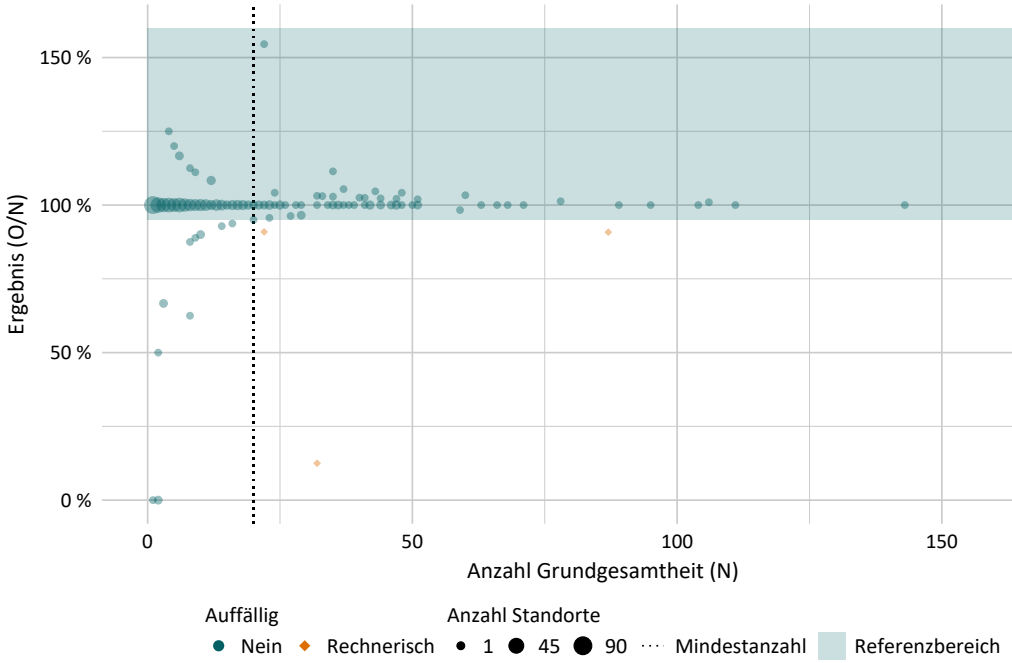
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	461 / 7.058	6,53	3,35 % 19 / 567

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

851803: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. **Hypothese** Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	558	3	0,00	154,55	100,00

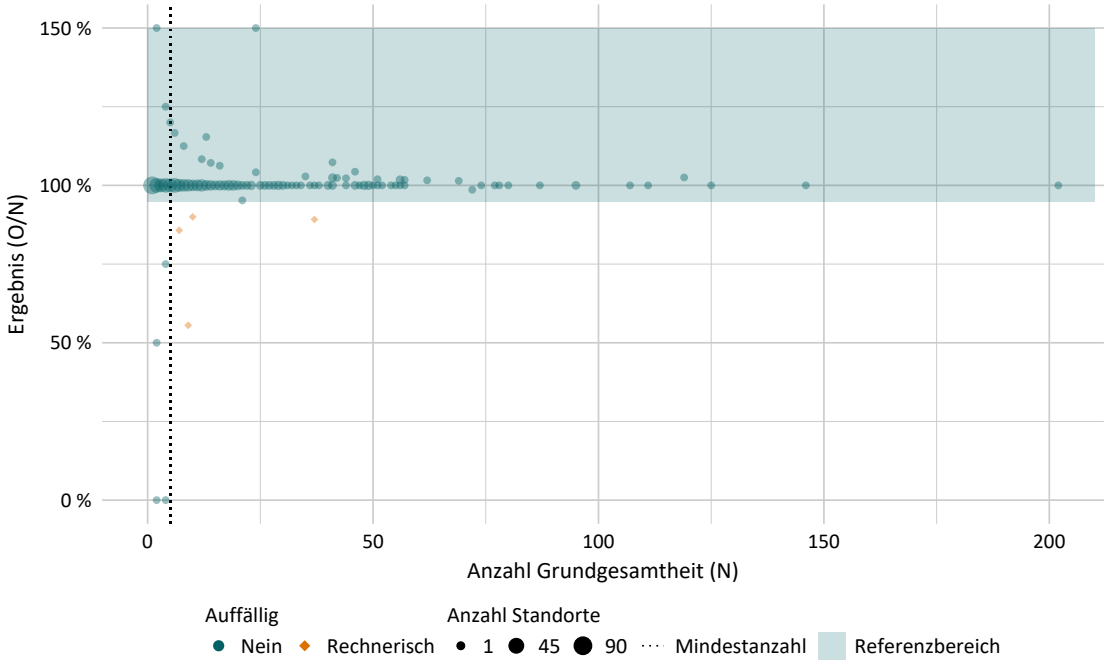
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	6.259 / 6.260	99,98	0,54 % 3 / 558

850197: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	571	4	0,00	150,00	100,00

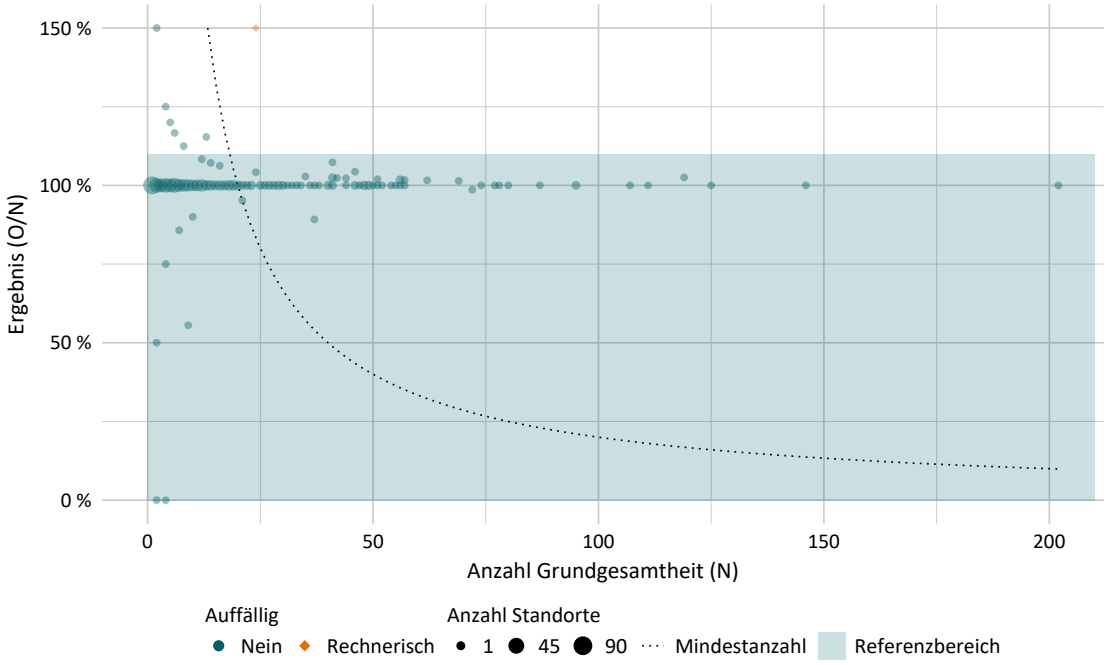
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	7.089 / 7.053	100,51	0,70 % 4 / 571

850198: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	571	1	0,00	150,00	100,00

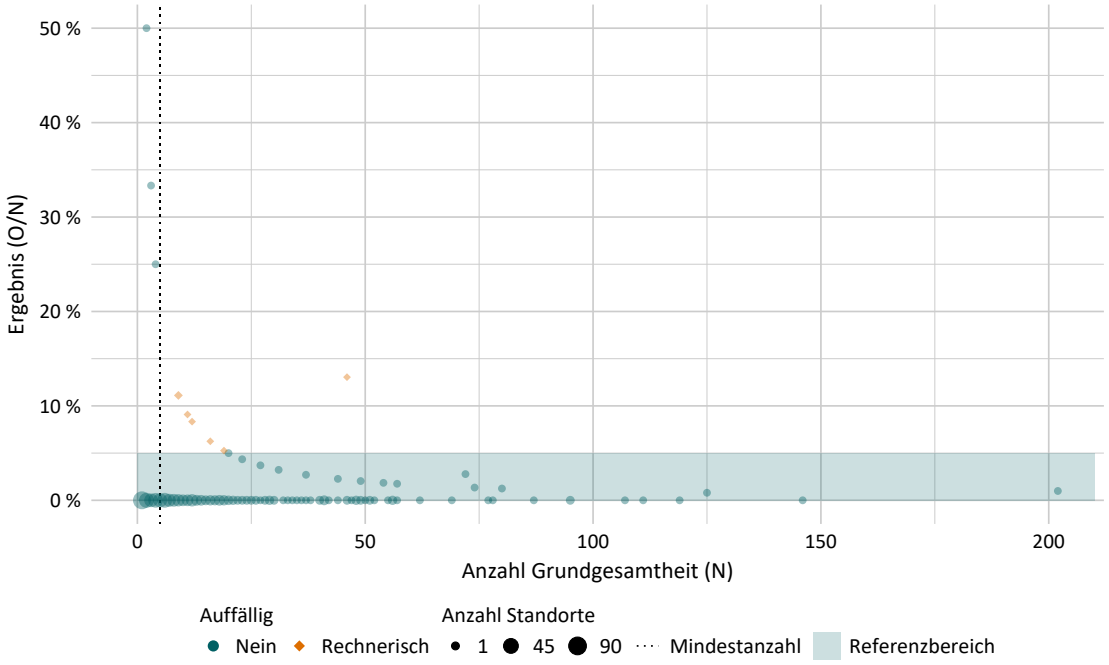
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	7.089 / 7.053	100,51	0,18 % 1 / 571

850222: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze unter Ausschluss der Datensätze mit einer dokumentierten Herztransplantation (OPS-Kodes 5-375.*)
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	571	7	0,00	50,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	31 / 7.053	0,44	1,23 % 7 / 571

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	104	1,47
1. Quartal	1.902	26,95
2. Quartal	1.806	25,59
3. Quartal	1.701	24,10
4. Quartal	1.545	21,89

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	554	7,85
50 - 59 Jahre	984	13,94
60 - 69 Jahre	2.140	30,32
70 - 79 Jahre	2.168	30,72
80 - 89 Jahre	1.177	16,68
≥ 90 Jahre	35	0,50
Geschlecht		
(1) männlich	5.429	76,92
(2) weiblich	1.628	23,07
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	≤3	x
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	115	1,63
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	1.504	21,31
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4.516	63,98
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	899	12,74
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	24	0,34

Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Indikation zum Eingriff am Aggregat		
(0) keine aggregatbezogene Indikation	3.174	44,97
(1) Batterieerschöpfung	1.382	19,58
(3) Fehlfunktion/Rückruf	120	1,70
(4) vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels	2.003	28,38
(9) sonstige aggregatbezogene Indikation	379	5,37
Taschenproblem		
(0) kein Taschenproblem	6.157	87,23
(1) Taschenhämatom	50	0,71
(2) Aggregatperforation	146	2,07
(3) Infektion	479	6,79
(9) sonstiges Taschenproblem	226	3,20
Sondenproblem		
(0) nein	2.631	37,28
(1) ja	4.427	62,72

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Letzte ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		
(1) stationär	6.846	97,00
(2) stationsersetzend/ambulant	212	3,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Eingriffe nach OPS[2]		
(5-378.0*) Aggregatentfernung	298	4,22
(5-378.19) Sondenentfernung	224	3,17
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung	992	14,05
(5-378.3*) Sondenkorrektur	562	7,96
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats	412	5,84
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel	1.563	22,15
(5-378.7*) Sondenwechsel	1.119	15,85
(5-378.8*) Kupplungskorrektur	27	0,38
(5-378.c*) Systemumstellung	2.243	31,78

[2] Mehrfachnennung möglich

ICD

ICD-System

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
aktives System (nach dem Eingriff)		
(0) keines (Explantation oder Stilllegung)	1.031	14,61
(1) VVI	1.147	16,25
(2) DDD	1.181	16,73
(3) VDD	68	0,96
(4) CRT-System mit einer Vorhofsonde	3.146	44,57
(5) CRT-System ohne Vorhofsonde	305	4,32
(6) subkutaner ICD	153	2,17
(9) sonstiges	27	0,38

ICD-Aggregat

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Art des Vorgehens		
(0) Aggregat nicht vorhanden	87	1,23
(1) kein Eingriff am Aggregat	1.676	23,75
(2) Wechsel	3.448	48,85
(3) Aggregat-Explantation und Implantation eines neuen Aggregats kontralateral	231	3,27
(4) Aggregatverlagerung	292	4,14
(5) Explantation	1.134	16,07
(9) sonstiges	190	2,69

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit vorhandenem Aggregat und ohne Explantation	**N = 5.837**	
Aggregatposition		
(1) infraclaviculär subcutan	1.176	20,15
(2) infraclaviculär subfaszial	2.261	38,74
(3) infraclaviculär submuskulär	2.265	38,80
(4) abdominal	16	0,27
(9) andere	119	2,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel oder Explantation des Aggregats	**N = 4.813**	
Explantiertes System		
(1) VVI	1.911	39,70
(2) DDD	1.327	27,57
(3) VDD	71	1,48
(4) CRT-System mit einer Vorhofsonde	1.156	24,02
(5) CRT-System ohne Vorhofsonde	81	1,68
(6) subkutaner ICD	233	4,84
(9) sonstiges	34	0,71

Sonden

Vorhofsonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	2.582	36,58
(1) Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	221	3,13
(2) Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	344	4,87
(3) Neuimplantation zusätzlich	1.094	15,50
(4) Neuplatzierung	162	2,30
(5) Reparatur	13	0,18
(6) Explantation	611	8,66
(7) Stilllegung	121	1,71
(99) sonstiges	28	0,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff an der Sonde	**N = 2.594**	
Problem		
(0) Systemumstellung	1.210	46,65
(1) Dislokation	293	11,30
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	245	9,44
(3) fehlerhafte Konnektion	14	0,54
(4) Zwerchfellzucken	≤3	x
(5) Oversensing	56	2,16
(6) Undersensing	41	1,58
(7) Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg	97	3,74
(8) Infektion	524	20,20
(9) Myokardperforation	4	0,15
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	106	4,09

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) und Angabe von Werten	3.687
Median	0,80
Mittelwert	0,82

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System)	**N = 4.381**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	614	14,02
(9) aus anderen Gründen	80	1,83

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System) und Angabe von Werten	4.160
Median	2,60
Mittelwert	2,95

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System)	**N = 4.444**	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	171	3,85
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	41	0,92
(9) aus anderen Gründen	72	1,62

Ventrikel

1. Ventrikelsonde/Defibrillationssonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	3.165	44,84
(1) Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	1.204	17,06
(2) Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	970	13,74
(3) Neuimplantation zusätzlich	148	2,10
(4) Neuplatzierung	208	2,95
(5) Reparatur	19	0,27
(6) Explantation	918	13,01
(7) Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde	48	0,68
(8) Stilllegung des Defibrillationsanteils der Sonde	≤3	x
(9) Stilllegung der gesamten Sonde	140	1,98
(99) sonstiges	30	0,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff an der Sonde	**N = 3.687**	
Problem		
(0) Systemumstellung	252	6,83
(1) Dislokation	258	7,00
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	1.165	31,60
(3) fehlerhafte Konnektion	32	0,87
(4) Zwerchfellzucken	13	0,35
(5) Oversensing	352	9,55
(6) Undersensing	163	4,42
(7) Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg	475	12,88
(8) Infektion	761	20,64
(9) Myokardperforation	46	1,25
(10) ineffektive Defibrillation	28	0,76
(11) Rückruf/Sicherheitswarnung	≤3	x
(12) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	138	3,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten ohne Explantation der Sonde	**N = 5.934**	
Position		
(1) rechtsventrikulärer Apex	4.390	73,98
(2) rechtsventrikuläres Septum	1.365	23,00
(9) andere	179	3,02

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit erster Ventrikelsonde/Defibrillationssonde ohne Explantation/Stilllegung der gesamten Sonde oder Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde und mit Angabe von Werten	5.626
Median	0,70
Mittelwert	0,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit erster Ventrikelsonde/Defibrillationssonde ohne Explantation/Stilllegung der gesamten Sonde oder Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde	**N = 5.746**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) separate Pace/Sense-Sonde	28	0,49
(9) aus anderen Gründen	92	1,60

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit erster rechtsventrikulärer Sonde/Defibrillationssonde ohne Explantation/Stilllegung der gesamten Sonde oder Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde und mit Angabe von Werten	5.007
Median	11,40
Mittelwert	12,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit erster rechtsventrikulärer Sonde/Defibrillationssonde ohne Explantation / Stilllegung der gesamten Sonde oder Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde	**N = 5.578**	
R-Amplitude nicht bestimmt		
(1) separate Pace/Sense-Sonde	56	1,00
(2) kein Eigenrhythmus	457	8,19
(9) aus anderen Gründen	58	1,04

2. Ventrikelsonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	1.087	15,40
(1) Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	193	2,73
(2) Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	279	3,95
(3) Neuimplantation zusätzlich	1.836	26,01
(4) Neuplatzierung	67	0,95
(5) Reparatur	13	0,18
(6) Explantation	436	6,18
(7) Stilllegung	97	1,37
(99) sonstiges	30	0,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff an der Sonde	**N = 2.951**	
Problem		
(0) Systemumstellung	1.853	62,79
(1) Dislokation	198	6,71
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	184	6,24
(3) fehlerhafte Konnektion	7	0,24
(4) Zwerchfellzucken	51	1,73
(5) Oversensing	34	1,15
(6) Undersensing	10	0,34
(7) Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg	176	5,96
(8) Infektion	357	12,10
(9) Myokardperforation	≤3	x
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	≤3	x
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(99) sonstige	77	2,61

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten ohne Explantation der Sonde	**N = 3.602**	
Position		
(1) rechtsventrikulärer Apex	105	2,92
(2) rechtsventrikuläres Septum	225	6,25
(3) Koronarvene, anterior	65	1,80
(4) Koronarvene, lateral, posterolateral	2.678	74,35
(5) Koronarvene, posterior	156	4,33
(6) epimyokardial linksventrikulär	136	3,78
(9) andere	237	6,58

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit zweiter Ventrikelsonde ohne Explantation oder Stilllegung der Sonde und Angabe von Werten	3.444
Median	1,00
Mittelwert	1,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit zweiter Ventrikelsonde ohne Explantation oder Stilllegung der Sonde	**N = 3.505**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	61	1,74

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit zweiter Ventrikelsonde (rechtsventrikulär) ohne Explantation oder Stilllegung der Sonde und mit Angabe von Werten	250
Median	9,50
Mittelwert	10,49

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit zweiter Ventrikelsonde (rechtsventrikulär) ohne Explantation oder Stilllegung der Sonde	**N = 291**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	24	8,25
(9) aus anderen Gründen	17	5,84

3. Ventrikelsonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	52	0,74
(1) Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	4	0,06
(2) Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	5	0,07
(3) Neuimplantation zusätzlich	27	0,38
(4) Neuplatzierung	4	0,06
(5) Reparatur	5	0,07
(6) Explantation	51	0,72
(7) Stilllegung	9	0,13
(99) sonstiges	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff an der Sonde	**N = 107**	
Problem		
(0) Systemumstellung	27	25,23
(1) Dislokation	8	7,48
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	12	11,21
(3) fehlerhafte Konnektion	0	0,00
(4) Zwerchfellzucken	0	0,00
(5) Oversensing	8	7,48
(6) Undersensing	≤3	x
(7) Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg	7	6,54
(8) Infektion	35	32,71
(9) Myokardperforation	0	0,00
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(99) sonstige	9	8,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten ohne Explantation der Sonde	**N = 108**	
Position		
(1) rechtsventrikulärer Apex	15	13,89
(2) rechtsventrikuläres Septum	15	13,89
(3) Koronarvene, anterior	≤3	x
(4) Koronarvene, lateral, posterolateral	48	44,44
(5) Koronarvene, posterior	7	6,48
(6) epimyokardial linksventrikulär	4	3,70
(9) andere	17	15,74

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit dritter Ventrikelsonde ohne Explantation oder Stilllegung der Sonde und Angabe von Werten	83
Median	1,00
Mittelwert	1,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit dritter Ventrikelsonde ohne Explantation oder Stilllegung der Sonde	**N = 99**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	16	16,16

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit dritter Ventrikelsonde (rechtsventrikulär) ohne Explantation oder Stilllegung der Sonde und mit Angabe von Werten	16
Median	9,85
Mittelwert	10,11

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit dritter Ventrikelsonde (rechtsventrikulär) ohne Explantation oder Stilllegung der Sonde	**N = 23**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	≤3	x
(9) aus anderen Gründen	5	21,74

Andere Defibrillationssonde(n)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	49	0,69
(1) Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	6	0,09
(2) Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	18	0,26
(3) Neuimplantation zusätzlich	11	0,16
(4) Neuplatzierung	5	0,07
(5) Reparatur	0	0,00
(6) Explantation	46	0,65
(7) Stilllegung	4	0,06
(99) sonstiges	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff an der Sonde	**N = 93**	
Problem		
(0) Systemumstellung	23	24,73
(1) Dislokation	10	10,75
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	11	11,83
(3) fehlerhafte Konnektion	≤3	x
(4) Infektion	18	19,35
(5) Myokardperforation	≤3	x
(6) ineffektive Defibrillation	8	8,60
(7) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(8) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(9) sonstige	21	22,58

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen		
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation	132	1,87
kardiopulmonale Reanimation	22	0,31
interventionspflichtiger Pneumothorax	23	0,33
interventionspflichtiger Hämatothorax	9	0,13
interventionspflichtiger Perikarderguss	17	0,24
interventionspflichtiges Taschenhämatom	19	0,27
revisionsbedürftige Sondendislokation	29	0,41
revisionsbedürftige Sondendysfunktion	12	0,17
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	≤3	x
sonstige interventionspflichtige Komplikation	18	0,26

Sondendislokation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	**N = 29**	
Ort der Sondendislokation[3]		
Vorhof	14	48,28
erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde	11	37,93
zweite Ventrikelsonde	4	13,79
dritte Ventrikelsonde	0	0,00
andere Defibrillationssonde	0	0,00

[3] Mehrfachnennung möglich

Sondendysfunktion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	**N = 12**	
Ort der Sondendysfunktion[4]		
Vorhof	≤3	x
erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde	9	75,00
zweite ventrikuläre Sonde	≤3	x
dritte Ventrikelsonde	0	0,00
andere Defibrillationssonde	0	0,00

[4] Mehrfachnennung möglich

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	7.058
Median	1,00
Mittelwert	3,82
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	7.058
Median	2,00
Mittelwert	4,85
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	7.058
Median	4,00
Mittelwert	8,67

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 7.058**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	6.081	86,16
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	314	4,45
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	6	0,09
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	42	0,60
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	381	5,40
(07) Tod	124	1,76
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[5]	4	0,06
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	63	0,89
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	32	0,45
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[6]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[7]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[8]		
(1) ja	≤3	x

[5] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[6] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[7] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[8] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Perinatalmedizin*

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Perinatalmedizin*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 8
Vorbemerkung 9
Geburtshilfe 10
1 Hintergrund 11
2 Einordnung der Ergebnisse 14
2.1 Datengrundlage 14
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 15
2.2.1 Überblick 15
2.2.2 Detailergebnisse 22
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 33
2.3.1 Überblick 33
2.3.2 Detailergebnisse 36
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 39
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 39
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 41
4 Evaluation 43
5 Ausblick 44
Neonatologie 45
1 Hintergrund 46
2 Einordnung der Ergebnisse 51
2.1 Datengrundlage 51
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 51
2.2.1 Überblick 51
2.2.2 Detailergebnisse 60
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 77
2.3.1 Überblick 77
2.3.2 Detailergebnisse 81

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 91
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 91
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 93
4 Evaluation 96
5 Ausblick 99
Literatur 101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - PM-GEBH 12
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - PM-GEBH 13
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - PM-GEBH 14
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - PM-GEBH 17
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungsergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) - PM-GEBH 20
Tabelle 6: TKez 321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate) 22
Tabelle 7: TKez 51397: Azidose bei reifen Einlingen 22
Tabelle 8: QI 51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen 22
Tabelle 9: QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen 24
Tabelle 10: QI 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt 25
Tabelle 11: QI 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung 26
Tabelle 12: QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten 27
Tabelle 13: QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten 28
Tabelle 14: QI 182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen 29
Tabelle 15: QI 182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen 29
Tabelle 16: QI 182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen 30
Tabelle 17: QI 52249: Kaiserschnittgeburt 31
Tabelle 18: TKez 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen 32
Tabelle 19: TKez 181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV 32
Tabelle 20: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - PM-GEBH 34
Tabelle 21: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – PM-GEBH 35
Tabelle 22: AK 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten 36
Tabelle 23: AK 850224: Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess 36
Tabelle 24: AK 850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 37
Tabelle 25: AK 850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 38
Tabelle 26: AK 850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 38
Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH 39
Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-GEBH 41

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH 41
Tabelle 30: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-GEBH 42
Tabelle 31: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – PM-NEO 48
Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PM-NEO 49
Tabelle 33: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - PM-NEO 51
Tabelle 34: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - PM-NEO 54
Tabelle 35: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – PM-NEO 58
Tabelle 36: TKez 51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate) 60
Tabelle 37: QI 222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen 60
Tabelle 38: TKez 51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate) 62
Tabelle 39: TKez 51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen 62
Tabelle 40: TKez 51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate) 63
Tabelle 41: TKez 50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) 63
Tabelle 42: TKez 222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus 64
Tabelle 43: TKez 51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate) 65
Tabelle 44: TKez 51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) 65
Tabelle 45: TKez 222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate) 66
Tabelle 46: TKez 222401: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) 66
Tabelle 47: TKez 222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP 67
Tabelle 48: TKez 51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate) 68
Tabelle 49: TKez 50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) 68
Tabelle 50: TKez 51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 69
Tabelle 51: TKez 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 69
Tabelle 52: TKez 51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) 70
Tabelle 53: TKez 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) 70
Tabelle 54: QI 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung 71
Tabelle 55: QI 50060: Nosokomiale Infektion 72
Tabelle 56: QI 50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung 73
Tabelle 57: QI 52262: Zunahme des Kopfumfangs 73
Tabelle 58: QI 50063: Durchführung eines Hörtests 74

Tabelle 59: QI 50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 75
Tabelle 60: QI 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen 76
Tabelle 61: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - PM-NEO 78
Tabelle 62: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – PM-NEO 79
Tabelle 63: AK 850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben 81
Tabelle 64: AK 850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme 82
Tabelle 65: AK 851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert 83
Tabelle 66: AK 851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben 84
Tabelle 67: AK 852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums 85
Tabelle 68: AK 852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben 87
Tabelle 69: AK 852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben 88
Tabelle 70: AK 850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 89
Tabelle 71: AK 850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 89
Tabelle 72: AK 850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 90
Tabelle 73: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO 91
Tabelle 74: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-NEO 93
Tabelle 75: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO 94
Tabelle 76: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-NEO 95

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
BPD	Bronchopulmonale Dysplasie
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
FIP	Fokale intestinale Perforation
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
IKNR	Institutionskennzeichennummer
IVH	Intraventrikuläre Hämorrhagie
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
NEK	Nekrotisierende Enterokolitis
n. a.	nicht anwendbar
O/E	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (*observed to expected ratio*)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
p. m.	post menstruationem
PM-GEBH	Auswertungsmodul *Geburtshilfe*
PM-NEO	Auswertungsmodul *Neonatologie*
PVL	Periventrikuläre Leukomalazie
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS PM	QS-Verfahren *Perinatalmedizin*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
ROP	Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*)
SIP	Singuläre intestinale Perforation
SQB	Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser
STNV	Stellungnahmeverfahren

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Perinatalmedizin* (*QS PM*) wird seit dem Erfassungsjahr 2021 unter der DeQS-RL geführt. Gegenstand des Verfahrens ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie). Die beiden Auswertungsmodule *Geburtshilfe* (*PM-GEBH*) und *Neonatologie* (*PM-NEO*) werden aufgrund der getrennten Auswertung in der Qualitätssicherung separat dargestellt.

Geburtshilfe

1 Hintergrund

Die Perinatalmedizin umfasst die Versorgung von Mutter und Kind im Zeitraum kurz vor bis kurz nach der Geburt. Die Münchner Perinatalstudie (1975 bis 1977) und die daraus hervorgegangene Perinatalerhebung gelten allgemein als Ausgangspunkt der heutigen gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin. Deren Ziel ist es, beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung zu erfassen und die Qualität kontinuierlich zu verbessern. Seit 2001 ist das Auswertungsmodul *PM-GEBH* in einem bundeseinheitlichen QS-Verfahren etabliert, in dem alle Geburten in Deutschland erfasst werden, die in einem Krankenhaus stattgefunden haben. Verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität vor, während und nach der Geburt werden mit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen abgebildet und beziehen sich auf die adäquate medizinische Versorgung sowohl der Mutter als auch des Kindes.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Auswertungsjahr 2025 - wie bereits im Vorjahr - insgesamt 10 Qualitätsindikatoren und 4 Transparenzkennzahlen ausgewiesen.

Die Indikatoren und Kennzahlen der mütterlichen Versorgung zielen unter anderem auf die Vermeidung von Infektionen nach einer Kaiserschnittentbindung (ID 50045), auf die Vermeidung von höhergradigen Dammrissen (ID 181800) wie auch auf die Vermeidung von mütterlichen Sterbefällen (ID 331) ab.

Des Weiteren beziehen sich die Indikatoren und Kennzahlen der kindlichen Versorgung sowohl auf medizinisch sinnvolle Maßnahmen und Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung als auch auf die Erfassung von Aspekten des Behandlungsergebnisses des Kindes. So ist ein gestörter Säure-Basen-Status (Azidose) im Nabelschnurblut (IDs 321, 51397 und 51831) ein wichtiger Hinweis auf einen Sauerstoffmangel des Neugeborenen unter der Geburt. Mit dem Prozessindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) wird ermittelt, ob eine Pädiaterin oder ein Pädiater (Fachärztin bzw. Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) bei Geburt des Kindes anwesend ist, um das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich zu versorgen. Dies verbessert die Prognose der Frühgeborenen erheblich und gehört daher zur Standardversorgung. Zusätzlich werden kranke Reif- und Frühgeborene erfasst, wenn sie in einem Krankenhaus geboren wurden, das nicht auf die Versorgung von Kindern mit ihrer Krankheitsschwere und ihrem Grad der Unreife spezialisiert war (IDs 182010, 182011 und 182014). Eine Geburt in einem Krankenhaus mit geeigneter Versorgung erhöht die Überlebenswahrscheinlichkeit und senkt das Risiko bleibender Schäden für diese Kinder. Außerdem wird die regelhafte Behandlung der Mutter mit Kortikosteroiden bei drohender Frühgeburt (ID 330) erfasst, da diese Maßnahme die Lungenreife beim Frühgeborenen fördert. Darüber hinaus ermöglicht der „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) durch die Kombination klinischer Messwerte (Apgar-Score, pH-Wert und Base Excess) sowie der Angabe zur Sterblichkeit eine umfassende Einschätzung zum Zustand des Kindes unter bzw. kurz nach der Geburt.

© IQTIG 2025

Schließlich adressieren zwei Indikatoren zugleich die mütterliche wie auch die kindliche medizinische Versorgung: So wird bei einem Notfallkaiserschnitt (Notsectio), der aufgrund einer Gefährdung der mütterlichen oder kindlichen Gesundheit durchgeführt wird, erhoben, ob die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeit zwischen der Entscheidung zur Notsectio und der Entwicklung (Geburt) des Kindes, über der maximal tolerablen Zeit von 20 Minuten liegt (ID 1058). Liegt die Zeitspanne darüber, kann dies beispielsweise zu einem schwerwiegenden Sauerstoffmangel beim Kind mit dem Risiko schwerer bleibender Schäden führen. In gleicher Weise bezieht sich der Indikator zur risikoadjustierten Kaiserschnittrate (ID 52249) sowohl auf die Mutter als auch auf das Kind, weil bei Kaiserschnitten von Nachteilen für Mutter und das Kind auszugehen ist.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - PM-GEBH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen*	QS-Dokumentation	2024
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QS-Dokumentation	2024
52249	Kaiserschnittgeburt	QS-Dokumentation	2024
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung			
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
51397	Azidose bei reifen Einlingen*	QS-Dokumentation	2024
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	QS-Dokumentation	2024
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QS-Dokumentation	2024
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QS-Dokumentation	2024
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV*	QS-Dokumentation	2024
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe			
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QS-Dokumentation	2024
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Auswertungsjahr 2025 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	QS-Dokumentation
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit prüfen die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze – mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft. Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* umfassen diese Auffälligkeitskriterien verschiedene Prüfungen: ob die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit) unter 3 Minuten (ID 850318) lag und wie häufig es fehlende Angaben des 5-Minuten-Apgars oder des Nabelarterien-pH-Wertes sowie des Base-Excess-Wertes gab (ID 850224).

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden. Zum einen beinhalten diese Prüfungen zur Unter- und Überdokumentation von Fällen bzw. ob weniger (ID 850081) oder mehr (ID 850082) Fälle als gemäß Sollstatistik erwartet dokumentiert wurden. Zum anderen wird kontrolliert, ob für dokumentationspflichtige Fälle zu viele Minimaldatensätze anstelle regulärer Datensätze angelegt wurden (ID 850226).

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurden im Vergleich zum Vorjahr insgesamt weniger Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit ist in einem ähnlichen Bereich geblieben.

Es wurden Datensätze von insgesamt 654.174 Geburten erfasst. Dies ist abermals ein Rückgang um 1,48 % im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024: 663.977). Bereits zum Auswertungsjahr 2024 wurde ein Rückgang der stationär durchgeführten Geburten um 6,60 % verzeichnet. Vonseiten des Expertengremiums auf Bundesebene wurden eine unsichere Lebenslage aufgrund der Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie und des Kriegs in der Ukraine sowie eine zunehmend schlechtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Gründe für den anhaltenden Rückgang genannt. Außerdem sei die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter aufgrund der demographischen Entwicklung rückläufig.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - PM-GEBH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	654.174 653.722 452	651.135	100,47
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	610		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	613	614	99,84
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	577	575	100,35

Für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Auswertungsmoduls *PM-GEBH* deuten auf eine überwiegend gute und stabile Versorgungsqualität hin. Ein Großteil der Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verschlechtert bzw. verbessert. Es wurden keine Änderungen an der Spezifikation bzw. an den Rechenregeln vorgenommen.

Mit Blick auf den Sentinel-Event-Indikator „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182010) hat sich das Bundesergebnis für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 18 Fälle verbessert (AJ 2024: 93; AJ 2025: 75). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich von 53,25 % (AJ 2024) auf 36,36 % (AJ 2025) reduziert. Erstmalig für das Auswertungsjahr 2024 liegen zu diesem Qualitätsindikator Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL vor. Hierbei wurde ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen (> 80 %) festgestellt. Der Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen liegt bei circa 17 % und der Anteil an Dokumentationsfehlern bei 2,44 %. Als Gründe für die qualitativen Unauffälligkeiten wurden von den LAG u. a. eine nicht gesicherte Einschätzung der exakten Schwangerschaftswoche, die Abweisung der Schwangeren von einem Level-1-Perinatalzentrum aufgrund von fehlender räumlicher Kapazität sowie die Verlegung der Schwangeren in die nächstgelegene Klinik aufgrund von Straßenglätte angegeben. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden vor allem Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel genannt. So hätte z. B. trotz bekannter Risikofaktoren ausreichend Zeit für eine Verlegung bestanden. Mit Blick auf die zukünftige Erfassung dieses Qualitätsindikators spricht sich das Expertengremium auf Bundesebene für eine Umstrukturierung der Qualitätsindikatoren zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe aus. Hierbei sollen zukünftig alle Kinder anhand des Sentinel-Event-Indikators (ID 182010) erfasst werden, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen, deren Geburt aber in einer niedrigeren Versorgungsstufe stattfand. Folglich soll jeder Fall einer solchen Fehlversorgung im Stellungnahmeverfahren berücksichtigt werden, da insbesondere bei diesen Kindern ein besonders erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko bestehe. Das Expertengremium auf Bundesebene und das IQTIG stehen hierzu im Austausch.

Das Bundesergebnis des Sentinel-Event-Indikators „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten" (ID 1058) hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 10 Fälle verschlechtert (AJ 2025: 32 Fälle; AJ 2024: 22 Fälle). Im Auswertungsjahr 2025 gab es einen Leistungserbringer mit 5 Fällen in diesem Indikator. Bereits im Auswertungsjahr 2024 wies derselbe Leistungserbringer einen Fall auf, das Ergebnis des Leistungserbringers wurde allerdings als qualitativ unauffällig eingestuft. 9,09 % (n = 2 von 22) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 als qualitativ auffällig bewertet. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden vorwiegend Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel genannt. So sei beispielsweise die Alarmierung zum Notfallkaiserschnitt nicht standardisiert erfolgt,

wodurch es zu Verzögerungen gekommen sei. Aufgrund der hohen Patientenrelevanz für Mutter und Kind wird die weitere Entwicklung der Ergebnisse zu diesem Qualitätsindikator vom IQTIG sowie vom Expertengremium auf Bundesebene zukünftig besondere Beachtung finden.

Aufgrund des hohen Referenzbereichs von ≥ 95 % und eines möglichen Fehlanreizes zur vorsorglichen Gabe einer antenatalen Kortikosteroidtherapie hat der G-BA beschlossen, den früheren Qualitätsindikator 330 in der ehemaligen Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ab dem Auswertungsjahr 2023 und in der DeQS-RL ab dem Auswertungsjahr 2024 auszusetzen. In der DeQS-RL wird die „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen" seit dem Auswertungsjahr 2024 daher als Kennzahl dargestellt. Bei Gabe im adäquaten Zeitraum und Gestationsalter sowie angepasster Indikationsstellung schätzt das IQTIG die Kortikosteroidgabe zur Förderung der Lungenreife als bedeutend für Frühgeborene ein. Da das Bundesergebnis seit Jahren auf einem hohen Niveau liegt (AJ 2023: 96,80 %; AJ 2024: 95,27 %; AJ 2025: 95,02 %) und die Effektivität der Kortikosteroidgabe entscheidend vom Timing abhängt, stellt sich zukünftig nicht mehr die Frage nach der Häufigkeit der Kortikosteroidgabe, sondern ob diese im leitlinienkonformen Zeitraum (24 h bis 7 Tage vor der Geburt) erfolgte. Da die exakte Vorhersage des Zeitpunkts der Geburt bei Frühgeburtsbestrebungen nicht einfach zu treffen ist, stellt die Bestimmung des optimalen Zeitraums der Kortikosteroidgabe eine Herausforderung dar. Jedoch hat der Leistungserbringer in der Regel auch Einfluss auf den Geburtszeitpunkt, zumal eine Frühgeburt nur selten spontan erfolgt. Im Expertengremium auf Bundesebene wird daher weiterhin diskutiert, inwiefern dieser Umstand in den Rechenregeln berücksichtigt werden kann.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - PM-GEBH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen*	95,27 % O = 6.105 N = 6.408	95,02 % O = 5.919 N = 6.229	vergleichbar
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	98,95 % O = 217.048 N = 219.354	99,04 % O = 216.584 N = 218.675 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
52249	Kaiserschnittgeburt	1,05 O/E = 217.652 / 207.736,34 33,04 % O/N = 217.652 / 658.823	1,06 O/E = 216.940 / 205.364,30 33,42 % O/N = 216.940 / 649.047 (≤ 1,28; 90. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0,25 % O = 22 N = 8.920	0,37 % O = 32 N = 8.714 (Sentinel Event)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung				
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)*	0,25 % O = 1.484 N = 603.338	0,27 % O = 1.591 N = 595.341	vergleichbar
51397	Azidose bei reifen Einlingen*	1,04 O/E = 1.484 / 1.421,62 0,25 % O/N = 1.484 / 603.338	1,13 O/E = 1.591 / 1.409,60 0,27 % O/N = 1.591 / 595.341	eingeschränkt vergleichbar
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	1,03 O/E = 281 / 273,75 0,76 % O/N = 281 / 37.130	1,16 O/E = 314 / 270,21 0,86 % O/N = 314 / 36.317 (≤ 4,72; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	96,94 % O = 19.430 N = 20.044	96,67 % O = 18.818 N = 19.466 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	1,03 O/E = 4.505 / 4.364,95 0,73 % O/N = 4.505 / 617.518	1,12 O/E = 4.812 / 4.294,64 0,79 % O/N = 4.812 / 608.540 (≤ 2,32)	eingeschränkt vergleichbar
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV*	0,78 O/E = 444 / 570,04 0,10 % O/N = 444 / 440.942	0,79 O/E = 446 / 566,51 0,10 % O/N = 446 / 431.988	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2025

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	0,00 % O = 21 N = 663.556	0,00 % O = 22 N = 653.722 (Sentinel Event)	vergleichbar
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe				
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	0,14 % O = 93 N = 65.586	0,12 % O = 75 N = 61.053 (Sentinel Event)	vergleichbar
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2,71 % O = 2.088 N = 77.051	2,63 % O = 2.230 N = 84.771 (≤ 4,66 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	8,79 % O = 17.813 N = 202.551	8,49 % O = 15.511 N = 182.735 (≤ 11,76 %; 95. Perzentil)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungsergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) - PM-GEBH

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2023	3 von 619	0,48	0
		2024	2 von 605	0,33	0
52249	Kaiserschnittgeburt	2023	64 von 624	10,26	31
		2024	65 von 610	10,66	31
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	2023	22 von 593	3,71	3
		2024	19 von 577	3,29	1
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	2023	32 von 610	5,25	5
		2024	30 von 594	5,05	7
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	2023	71 von 423	16,78	17
		2024	79 von 422	18,72	19
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	2023	30 von 622	4,82	1
		2024	26 von 606	4,29	7
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	2023	21 von 624	3,37	-
		2024	20 von 610	3,28	2

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe					
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2023	41 von 77	53,25	-
		2024	28 von 77	36,36	24
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2023	6 von 134	4,48	-
		2024	6 von 136	4,41	2
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2023	24 von 329	7,29	-
		2024	20 von 309	6,47	5

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 6: TKez 321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,23 % O = 1.468 N = 642.482	0,25 % O = 1.484 N = 603.338	**0,27 %** **O = 1.591** **N = 595.341**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 7: TKez 51397: Azidose bei reifen Einlingen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,97 O/E = 1.468 / 1.510,96 0,23 % O/N = 1.468 / 642.482	1,04 O/E = 1.484 / 1.421,62 0,25 % O/N = 1.484 / 603.338	**1,13** **O/E = 1.591 / 1.409,60** **0,27 %** **O/N = 1.591 / 595.341**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs-erbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 8: QI 51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 301 / 284,33 0,76 % O/N = 301 / 39.637	1,03 O/E = 281 / 273,75 0,76 % O/N = 281 / 37.130	**1,16** **O/E = 314 / 270,21** **0,86 %** **O/N = 314 / 36.317**
rechnerische Auffälligkeiten	31 von 627 4,94 %	32 von 610 5,25 %	**30 von 594** **5,05 %** **(Refbereich: ≤ 4,72; 95. Perzentil)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 31 (25,81 %)	**9 / 32 (28,12 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 627 (1,28 %)	**9 / 610 (1,48 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator und die Kennzahlen adressieren die Azidose (pH-Wert der Nabelschnurarterie < 7,00) bei reifgeborenen sowie frühgeborenen Einlingen. Diese soll möglichst selten vorkommen. Die Erfassung der Azidose gibt vielfach nützliche Hinweise zur Qualität des geburtshilflichen Managements.

Die Bundesergebnisse der beiden Kennzahlen 321 und 51397 haben sich im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zu den vorherigen Jahren leicht verschlechtert. Das bezieht sich sowohl auf die rohe Rate (AJ 2023: 0,23 %; AJ 2024: 0,25 %; AJ 2025: 0,27 %) als auch auf die risikoadjustierte Rate (AJ 2023: 0,97; AJ 2024: 1,04; AJ 2025: 1,13). Das Bundesergebnis für den Qualitätsindikator 51831 hat sich im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum vorherigen Jahr ebenfalls verschlechtert (AJ 2024: 1,03; AJ 2025: 1,16). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 28,12 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 9 von 32). Der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten ist somit im Vergleich zum Vorjahr um 2,31 % gestiegen (AJ 2023: 25,81 %). In den Rückmeldungen der LAG wurden Struktur- und Prozessmängel, insbesondere eine inadäquate Reaktion auf ein pathologisches CTG sowie eine zu späte Entscheidung zur Durchführung eines Kaiserschnitts, für die Bewertung als qualitativ auffällig angegeben. Ebenso häufig wurde die Kategorie „keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit" für die Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse von den LAG angegeben.

Im Expertengremium auf Bundesebene wurde thematisiert, inwieweit zur Bestimmung der Blutgase zukünftig der Laktatwert erfasst werden sollte. Dieser Wert würde nach Einschätzung der Expertinnen und Experten die respiratorische Azidose am deutlichsten anzeigen und sei international verbreitet und anerkannt. Da zu erwarten sei, dass eine flächendeckende Erfassung des Laktatwertes aktuell nicht in allen Geburtskliniken möglich ist (z. B. sind Messgeräte bzw. Ingredienzien zur Bestimmung des Laktatwertes nicht immer vorhanden), sei eine kurzfristige Umstellung auf den Laktatwert jedoch nicht möglich. Das IQTIG wird dieser Thematik weiter nachgehen.

Für die Risikoadjustierung der Azidose bei reifen sowie frühgeborenen Einlingen (IDs 51397 und 51831) werden Variablen verwendet, die sich insbesondere auf die Schwangerschaft (wie z. B. Gestationsdiabetes), die Geburt (wie z. B. Nabelschnurvorfall) sowie auf das Alter der Mutter beziehen. Zukünftig sollen weitere Faktoren wie der SGA-Status (Small for Gestational Age), Übergewicht und der Adipositasgrad Berücksichtigung finden.

Tabelle 9: QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

	AJ 2023	AJ 2024[1]	AJ 2025
Bundesergebnis	1,01 O/E = 4.671 / 4.646,21 0,71 % O/N = 4.671 / 658.350	1,03 O/E = 4.505 / 4.364,95 0,73 % O/N = 4.505 / 617.518	**1,12** **O/E = 4.812 / 4.294,64** **0,79 %** **O/N = 4.812 / 608.540**
rechnerische Auffälligkeiten	17 von 644 2,64 %	30 von 622 4,82 %	**26 von 606** **4,29 %** **(Refbereich: ≤ 2,32)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 14 (57,14 %)	**21 / 30** **(70,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 644 (1,24 %)	**21 / 622** **(3,38 %)**	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Der Qualitätsindikator adressiert den postnatalen Zustand eines reifgeborenen Kindes unter und kurz nach der Geburt. Wesentliche Outcomeparameter wie das Versterben, der Apgar-Score, der Base Excess und der pH-Wert, die in Kombination den postnatalen Zustand eines Kindes besonders gut abbilden können, werden hierbei in einem Qualitätsindex zusammenfassend dargestellt.

Das Bundesergebnis für den Qualitätsindikator hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zu den Vorjahren verschlechtert (AJ 2023: 1,01; AJ 2024: 1,03; AJ 2025: 1,12). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 70,00 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 21 von 30). Von allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren weist dieser Qualitätsindikator die höchste Rate an qualitativen Auffälligkeiten auf. In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel wie temporäre Mängel in der Personalausstattung, begrenzte räumliche Kapazitäten von Kreißsaal und OP sowie fehlendes leitliniengetreues Handeln für die Bewertung als qualitativ auffällig angegeben. Bei zwei Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Wie bereits im Abschnitt zur Azidose bei reifen und frühgeborenen Einlingen erwähnt, bestehen auch hier Überlegungen, zur Bestimmung der Blutgase zukünftig den Laktatwert zu erfassen.

Für die Risikoadjustierung der einzelnen Ebenen dieses Qualitätsindikators wird eine Vielzahl an Variablen verwendet, die sich insbesondere auf die Schwangerschaft (wie z. B. hypertensive Erkrankungen), die Geburt (wie z. B. vorzeitige Plazentalösung) sowie Angaben zum Gestationsalter beziehen.

Tabelle 10: QI 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,00 % O = 30 N = 707.621	0,00 % O = 21 N = 663.556	**0,00 %** **O = 22** **N = 653.722**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	21 von 624 3,37 %	**20 von 610** **3,28 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 21** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 624** **(0,00 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt. Das Ergebnis soll möglichst gering sein.

Seit dem Auswertungsjahr 2024 wird die Transparenzkennzahl „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ (ID 331) wieder als Sentinel-Event-Indikator geführt. Hierdurch ist vorgesehen, dass die LAG jeden im Rahmen der stationären Geburt aufgetretenen Muttersterbefall innerhalb eines Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL aufarbeiten.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden in diesem Sentinel-Event-Indikator auf Bundesebene 22 Fälle identifiziert. Im Auswertungsjahr 2024 waren es 21 Fälle. Das Bundesergebnis hat sich im Vergleich zum Vorjahr somit um einen Fall verschlechtert. Erstmalig (wieder) für das Auswertungsjahr 2024 liegen zu diesem Qualitätsindikator Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL vor. Hierbei wurde kein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Es ist jedoch fraglich, inwieweit dies ein valides Ergebnis darstellt, da in der Vergangenheit mehrere prominente Fachvertreterinnen und Fachvertreter dazu aufgerufen haben, für diesen Qualitätsindikator auch aufgrund der daraufhin regelmäßig stattfindenden staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren keine Bewertung als „qualitativ auffällig“ zu vergeben.

Tabelle 11: QI 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

	AJ 2023	AJ 2024[1]	AJ 2025
Bundesergebnis	99,01 % O = 226.814 N = 229.072	98,95 % O = 217.048 N = 219.354	**99,04 %** **O = 216.584** **N = 218.675**
rechnerische Auffälligkeiten	2 von 640 0,31 %	3 von 619 0,48 %	**2 von 605** **0,33 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 (0,00 %)	**1 / 3** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 640 (0,00 %)	**1 / 619** **(0,16 %)**	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Der Qualitätsindikator adressiert die prophylaktische perioperative Antibiotikagabe bei Schwangeren mit einer Kaiserschnittentbindung, die möglichst häufig erfolgen soll.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators für das Auswertungsjahr 2025 hat sich im Vergleich zum vorherigen Jahr lediglich um 0,09 % verbessert, liegt aber seit Jahren auf einem hohen Niveau (AJ 2023: 99,01 %; AJ 2024: 98,95 %; AJ 2025: 99,04 %). Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist gering (AJ 2023: 0,31 %; AJ 2024: 0,48 %; AJ 2025: 0,33 %). Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 33,33 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 1 von 3). Bei diesem Leistungserbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert. Diese umfasste insbesondere die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

Das IQTIG sowie das Expertengremium auf Bundesebene haben sich in der Vergangenheit mehrfach zur Validität des Qualitätsindikators ausgetauscht. Im Qualitätsindikator wird die prophylaktische Antibiotikagabe vor Hautschnitt bisher ebenso erfasst wie die Gabe nach Geburt des Kindes. Da in der Leitlinie des NICE (2025) eine prophylaktische Gabe vor Hautschnitt empfohlen wird, wurde eine mögliche Anpassung im Expertengremium auf Bundesebene besprochen. Aufgrund der neuesten Untersuchungen, dass sich die Antibiotikagabe vor Hautschnitt langfristig negativ auf das kindliche Mikrobiom auswirke, lehnen einige Schwangere eine Gabe vor Hautschnitt ab. Daher sprechen sich die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene dafür aus, weiterhin die perioperative Gabe und nicht ausschließlich die präoperative Gabe zu erfassen. Kliniken hätten somit die Möglichkeit, vor Hautschnitt oder nach Geburt des Kindes eine Antibiotikaprophy-

laxe durchzuführen. Zudem gibt es Überlegungen, dass zukünftig der Zeitabstand zwischen Antibiotikagabe und Kaiserschnittentbindung spezifischer erfasst werden soll. Hierzu soll die Überarbeitung der Leitlinie „Sectio caesarea" (Abou-Dakn et al. 2020) abgewartet werden.

Tabelle 12: QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

	AJ 2023	AJ 2024[1]	AJ 2025
Bundesergebnis	0,21 % O = 20 N = 9.745	0,25 % O = 22 N = 8.920	**0,37 %** **O = 32** **N = 8.714**
rechnerische Auffälligkeiten	19 von 609 3,12 %	22 von 593 3,71 %	**19 von 577** **3,29 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	**2 / 22** **(9,09 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 609 (0,00 %)	**2 / 593** **(0,34 %)**	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Der Qualitätsindikator adressiert die Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten bei Schwangeren. Ein Notfallkaiserschnitt deutet auf eine akute, für Mutter und/oder Kind lebensbedrohliche Notfallsituation hin. Ziel ist es daher, diesen Zustand in einem realistischen Maß möglichst kurz zu halten, um (weitere) Komplikationen bei Mutter und Kind zu vermeiden. Die E-E-Zeit soll daher möglichst häufig 20 Minuten oder weniger betragen.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden in diesem Sentinel-Event-Indikator auf Bundesebene 32 Fälle identifiziert. Dies ist ein Anstieg von 10 Fällen im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024: 22). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 9,09 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 2 von 22). In den Rückmeldungen der LAG wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel für die Bewertung als qualitativ auffällig angegeben. Bei einem Leistungserbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Tabelle 13: QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

	AJ 2023	AJ 2024[1]	AJ 2025
Bundesergebnis	96,74 % O = 21.074 N = 21.784	96,94 % O = 19.430 N = 20.044	**96,67 %** **O = 18.818** **N = 19.466**
rechnerische Auffälligkeiten	87 von 447 19,46 %	71 von 423 16,78 %	**79 von 422** **18,72 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 34 (17,65 %)	**10 / 71** **(14,08 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 447 (1,34 %)	**10 / 423** **(2,36 %)**	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Der Qualitätsindikator adressiert die Anwesenheit einer Pädiaterin oder eines Pädiaters bei Frühgeburten. Bei frühgeborenen Kindern sollte eine Pädiaterin oder ein Pädiater (Fachärztin bzw. Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) bei der Geburt möglichst häufig anwesend sein, um das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich zu versorgen.

Die Bundesergebnisse des Qualitätsindikators sind über die letzten Jahre hinweg relativ unverändert und schwanken nur minimal. Im Auswertungsjahr 2024 gab es zunächst eine geringfügige Verbesserung, im Auswertungsjahr 2025 hingegen wieder eine leichte Verschlechterung (AJ 2023: 96,74 %; AJ 2024: 96,94 %; AJ 2025: 96,67 %). Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen weist über die Jahre hinweg leichte Schwankungen auf (AJ 2023: 19,46 %; AJ 2024: 16,78 %; AJ 2025: 18,72 %). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 14,08 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 10 von 71). In den Rückmeldungen der LAG wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel für die Bewertung als qualitativ auffällig angegeben. So wurde bereits in den letzten Jahren vielfach erwähnt, dass qualitative Auffälligkeiten hauptsächlich in Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV ohne angeschlossene Kinderklinik identifiziert werden. Hierbei handele es sich oftmals um Notfälle und von vornherein nicht planbare geburtshilfliche Einzelfälle, bei denen eine Verlegung vor der Geburt nicht mehr möglich war und es somit nicht zu vermeiden sei, dass die Pädiaterin bzw. der Pädiater nach der Geburt eintreffe. Bei 2 Leistungserbringern wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert. Diese umfassten die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und Behandlungspfaden.

Bezüglich einer Weiterentwicklung des Indikators wurde im Expertengremium auf Bundesebene zuletzt diskutiert, was der Begriff „Anwesenheit" einer Pädiaterin oder eines Pädiaters bedeutet

bzw. was für eine notwendige fachliche Qualifikation die anwesende Person haben muss. Ein Umsetzungsvorschlag zur Anpassung des Ausfüllhinweises des Datenfeldes „Pädiater bei Kindsgeburt anwesend" wurde hierzu erarbeitet und soll in der nächstmöglichen Spezifikation berücksichtigt werden:

> *Mit dem Begriff „Pädiater" ist eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder eine Ärztin bzw. ein Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemeint, die/der die Erst- (und Notfall-)Versorgung des Frühgeborenen in Abhängigkeit vom jeweiligen Gestationsalter auf Facharztniveau durchführen kann.*
>
> *Mit dem Begriff „bei Kindsgeburt anwesend" ist gemeint, dass die betreffende Ärztin bzw. der betreffende Arzt spätestens zum Zeitpunkt der Abnabelung des jeweiligen Kindes im Entbindungsbereich persönlich anwesend ist.*

Tabelle 14: QI 182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,19 % O = 138 N = 70.771	0,14 % O = 93 N = 65.586	**0,12 %** **O = 75** **N = 61.053**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	41 von 77 53,25 %	**28 von 77** **36,36 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**7 / 41** **(17,07 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**7 / 77** **(9,09 %)**	n. a.

Tabelle 15: QI 182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,95 % O = 2.415 N = 81.972	2,71 % O = 2.088 N = 77.051	**2,63 %** **O = 2.230** **N = 84.771**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	6 von 134 4,48 %	**6 von 136** **4,41 %** **(Refbereich: ≤ 4,66 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**2 / 6** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**2 / 134** **(1,49 %)**	n. a.

Tabelle 16: QI 182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	9,20 % O = 21.264 N = 231.214	8,79 % O = 17.813 N = 202.551	**8,49 %** **O = 15.511** **N = 182.735**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	24 von 329 7,29 %	**20 von 309** **6,47 %** **(Refbereich: ≤ 11,76 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**6 / 24** **(25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**6 / 329** **(1,82 %)**	n. a.

Die drei Qualitätsindikatoren adressieren die Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe. Es sollen möglichst viele Kinder in einer Klinik geboren werden, die bezüglich deren Krankheitsschwere und des Grads der Unreife der Kinder für eine Behandlung adäquat ist.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden in dem Sentinel-Event-Indikator 182010 auf Bundesebene 75 Fälle identifiziert. Im Auswertungsjahr 2024 waren es 93 und im Auswertungsjahr 2023 138 Fälle. Somit hat sich das Bundesergebnis über die Jahre stetig verbessert. Ebenso hat sich der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von 53,25 % (AJ 2024) auf 36,36 % (AJ 2025) verbessert. Auch die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren 182011 und 182014 haben sich in den letzten Jahren stetig verbessert (QI 182011: AJ 2023: 2,95 %; AJ 2024: 2,71 %; AJ 2025: 2,63 % / QI 182014: AJ 2023: 9,20 %; AJ 2024: 8,79 %; AJ 2025: 8,49 %).

Erstmalig für das Auswertungsjahr 2024 liegen zu den Qualitätsindikatoren Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL vor. Zum Indikator 182010 wurde ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen (> 80 %) festgestellt. Der Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen liegt bei rund 17 % und der Anteil an Dokumentationsfehlers bei 2,44 %. Als Gründe für die qualitativen Unauffälligkeiten wurden eine nicht gesicherte Einschätzung der exakten Schwangerschaftswoche, Hinweise auf Prozessmängel sowie eine Aufnahme von offensichtlich nicht geeigneten geburtshilflichen Fällen angegeben. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel angeführt. So bestand trotz bekannter Risikofaktoren ausreichend Zeit für eine Verlegung. Bei 2 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, die sich insbesondere auf die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und Behandlungspfaden bezog.

Zu den Indikatoren 182011 und 182014 wurden 33,33 % bzw. 25,00 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden insbesondere Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel angegeben. Für den Qualitätsindikator 182014 wurde bei einem Leistungserbringer die Maßnahmenstufe 1 initiiert, die sich insbesondere auf die Implementierung von Handlungsempfehlungen bezog.

Tabelle 17: QI 52249: Kaiserschnittgeburt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,03 O/E = 227.352 / 219.725,90 32,36 % O/N = 227.352 / 702.514	1,05 O/E = 217.652 / 207.736,34 33,04 % O/N = 217.652 / 658.823	**1,06** **O/E = 216.940 / 205.364,30** **33,42 %** **O/N = 216.940 / 649.047**
rechnerische Auffälligkeiten	72 von 649 11,09 %	64 von 624 10,26 %	**65 von 610** **10,66 %** **(Refbereich: ≤ 1,28; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	40 / 72 (55,56 %)	**32 / 64** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	40 / 649 (6,16 %)	**32 / 624** **(5,13 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Kaiserschnittgeburt bei schwangeren Frauen. Unter Berücksichtigung des individuellen Risikos sollen möglichst wenig Kaiserschnittgeburten erfolgen.

Bei diesem Qualitätsindikator ist relevant, dass sich das Bundesergebnis über die Jahre kontinuierlich verschlechtert hat. Dies bezieht sich sowohl auf die rohe Rate (AJ 2023: 32,36 %; AJ 2024: 33,04 %; AJ 2025: 33,42 %) als auch auf die risikoadjustierte Rate (AJ 2023: 1,03; AJ 2024: 1,05; AJ 2025: 1,06). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 50,00 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 32 von 64). Von allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren ist dies der zweithöchste Wert. Rund 40 % der Leistungserbringer wiesen bereits im Vorjahr ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf (n = 13 von 32). 18,75 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, zu weiteren 18,75 % wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt (n = 12 von 64). Von allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren ist dies der Indikator mit der höchsten Anzahl und dem höchsten Anteil nicht durchgeführter Stellungnahmen. In den Rückmeldungen der LAG wurden hierfür vielfach die Schließung der Geburtshilfe, die aktuelle Umstrukturierung der Klinik sowie ein bereits geklärter Sachverhalt als Gründe genannt. Bezüglich der qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden ähnlich wie in den vergangenen Jahren vonseiten der LAG Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel sowie Probleme bei der Indikationsstellung, eine unzureichende medizinische Begründung einer erhöhten Kaiserschnittrate und eine mangelnde Kommunikation mit den Belegärztinnen und Belegärzten zum Thema Kaiserschnittgeburt als Gründe genannt. Bei 12 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Diese umfasste u. a. die Teilnahme an Qualitätszirkeln und geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

Für die Risikoadjustierung dieses Qualitätsindikators wird eine Vielzahl an Variablen verwendet, die sich insbesondere auf die Schwangerschaft (wie z. B. Gestationsdiabetes, Hypertonie oder

Proteinurie), die Geburt (wie z. B. vorzeitige Plazentalösung, Plazentainsuffizienz) sowie Angaben zur Mehrlingsschwangerschaft beziehen. Zukünftig sollen weitere Faktoren wie Übergewicht, der Adipositasgrad und die Tatsache, dass die Schwangere erstgebärend ist, in der Risikoadjustierung Berücksichtigung finden.

Tabelle 18: TKez 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	96,80 % O = 6.269 N = 6.476	95,27 % O = 6.105 N = 6.408	**95,02 %** **O = 5.919** **N = 6.229**
rechnerische Auffälligkeiten	53 von 279 19,00 %	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 53 (7,55 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	4 / 279 (1,43 %)	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahl adressiert die antenatale Kortikosteroidtherapie bei schwangeren Frauen (mit einem präpartalen Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen) zur Förderung der Lungenreife beim frühgeborenen Kind, die möglichst häufig erfolgen soll. Das Bundesergebnis ist seit Jahren auf einem hohen Niveau (AJ 2023: 96,80 %; AJ 2024: 95,27 %; AJ 2025: 95,02 %). Zukünftig soll sich die Kennzahl nicht mehr auf die Häufigkeit der Kortikosteroidgabe beziehen, sondern vielmehr auf die Frage, ob die Gabe im leitlinienkonformen Zeitraum (24 h bis 7 Tage vor der Geburt) erfolgte.

Tabelle 19: TKez 181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,89 O/E = 543 / 611,91 0,11 % O/N = 543 / 474.861	0,78 O/E = 444 / 570,04 0,10 % O/N = 444 / 440.942	**0,79** **O/E = 446 / 566,51** **0,10 %** **O/N = 446 / 431.988**
rechnerische Auffälligkeiten	31 von 640 4,84 %	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 31 (12,90 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	4 / 640 (0,62 %)	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahl adressiert Dammrisse vom Grad IV. Dammrisse bei spontaner sowie bei vaginal-operativer Geburt, z. B. unter Verwendung einer Zange oder Vakuumglocke, werden hierbei in einem Qualitätsindex zusammenfassend dargestellt und sollen möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis für das Auswertungsjahr 2025 hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 minimal verändert (AJ 2024: 0,78; AJ 2025: 0,79).

Die einzelnen Ebenen der Transparenzkennzahl werden risikoadjustiert berechnet. Für die Risikoadjustierung werden insbesondere die Körpergröße der Mutter und das Geburtsgewicht des Kindes berücksichtigt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Auswertungsjahr 2025 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit dargestellt.

Die Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 deuten auf eine leichte Verschlechterung im Vergleich zum Vorjahr hin. Beim Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) bzw. beim Auffälligkeitskriterium „Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) verschlechterte sich das Bundesergebnis um einen Fall (AJ 2025: 44 Fälle; AJ 2024: 43 Fälle) bzw. um 0,07 % (AJ 2025: 0,85 %; AJ 2024: 0,78 %).

Der höchste Anteil an Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Auswertungsjahr 2025 konnte wie bereits im Vorjahr beim Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) identifiziert werden (AJ 2024: 5,40 %; AJ 2025: 7,11 %).

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 sind die meisten qualitativen Auffälligkeiten beim Auffälligkeitskriterium „Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) zu verzeichnen (AJ 2024: 73,33 %; AJ 2023: 51,61 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist dies eine Anstieg von 21,72 %. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden von den LAG vielfach Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel angegeben.

Tabelle 20: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	0,50 % 44/8.714 (= 0)
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	0,85 % 5.159/608.489 (≤ 2,50 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,47 % 654.174/651.135 (≥ 95,00 %)
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,47 % 654.174/651.135 (≤ 110,00 %)
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,07 % 452/651.135 (≤ 5,00 %)

Tabelle 21: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	2024	41 von 577	7,11	6
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	2024	28 von 606	4,62	8
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	8 von 614	1,30	1
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	3 von 614	0,49	1
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	0 von 614	0,00	-

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 22: AK 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,42 % O = 41 N = 9.745	0,48 % O = 43 N = 8.920	**0,50 %** **O = 44** **N = 8.714**
rechnerische Auffälligkeiten	37 von 609 6,08 %	32 von 593 5,40 %	**41 von 577** **7,11 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 37 (29,73 %)	**5 / 32** **(15,62 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	11 / 609 (1,81 %)	**5 / 593** **(0,84 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob eine E-E-Zeit von weniger als 3 Minuten dokumentiert wurde, und hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten" (ID 1058).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde in 44 Fällen eine E-E-Zeit < 3 Minuten dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich im Vergleich zum Vorjahr um einen Fall verschlechtert (AJ 2024: 43 Fälle). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 1,71 % erhöht. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde ein deutlich geringerer Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt als noch im Vorjahr (AJ 2023: 29,73 %, AJ 2024: 15,62 %). Bei einem Leistungserbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert. Von einer LAG wurde angemerkt, dass das Auffälligkeitskriterium nicht zielführend sei, da Auffälligkeiten vielfach durch einen Wechsel eines geplanten Kaiserschnitts zu einem Notfallkaiserschnitt erklärbar seien.

Tabelle 23: AK 850224: Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,79 % O = 5.191 N = 657.464	0,78 % O = 4.781 N = 616.818	**0,85 %** **O = 5.159** **N = 608.489**
rechnerische Auffälligkeiten	31 von 643 4,82 %	30 von 622 4,82 %	**28 von 606** **4,62 %** **(Refbereich: ≤ 2,50 %;** **95. Perzentil)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	16 / 31 (51,61 %)	**22 / 30 (73,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	16 / 643 (2,49 %)	**22 / 622 (3,54 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob der 5-Minuten-Apgar, der Nabelarterien-pH-Wert sowie der Base Excess dokumentiert wurden, und hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803).

Im Auswertungsjahr 2025 lag das Bundesergebnis bei 0,85 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 0,07 % verbessert (AJ 2024: 0,78 %). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,20 % leicht gesunken (AJ 2024: 4,82 %; AJ 2025: 4,62 %). Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Anstieg von 21,72 % (AJ 2023: 51,61 %; AJ 2024: 73,33 %) zu verzeichnen. Bei 3 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert. Diese umfassten u. a. die Teilnahme am Qualitätszirkel sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 24: AK 850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,28 % O = 708.027 N = 706.051	100,15 % O = 663.977 N = 662.971	**100,47 %** **O = 654.174** **N = 651.135**
rechnerische Auffälligkeiten	9 von 647 1,39 %	12 von 626 1,92 %	**8 von 614** **1,30 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 9 (55,56 %)	**11 / 12** **(91,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 647 (0,77 %)	**11 / 626** **(1,76 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025 eine Dokumentationsrate von 100,47 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation.

Tabelle 25: AK 850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,28 % O = 708.027 N = 706.051	100,15 % O = 663.977 N = 662.971	**100,47 %** **O = 654.174** **N = 651.135**
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 647 0,93 %	4 von 626 0,64 %	**3 von 614** **0,49 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 6 (50,00 %)	**1 / 4** **(25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 647 (0,46 %)	**1 / 626** **(0,16 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025 eine Dokumentationsrate von 100,47 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation.

Tabelle 26: AK 850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,06 % O = 406 N = 706.051	0,06 % O = 421 N = 662.971	**0,07 %** **O = 452** **N = 651.135**
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 647 0,00 %	0 von 626 0,00 %	**0 von 614** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	**0 / 0** **(-)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 647 (0,00 %)	**0 / 626** **(0,00 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025, dass bei 0,07 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz angelegt wurde. Rechnerische Auffälligkeiten gab es keine.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024[1]	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	4.535	-	4.655	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	4.535	100,00	4.655	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	312	6,88	314	6,75
davon ohne QSEB-Übermittlung	72	23,08	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	240	100,00	314	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	240	100,00	314	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	54	22,50	15	4,78
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	186	77,50	299	95,22
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	186	100,00	299	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	1,08	2	0,67
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	1	0,33
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	95	39,58	173	55,10
Bewertung als qualitativ auffällig	70	29,17	90	28,66
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	11	4,58	20	6,37
Sonstiges	10	4,17	15	4,78

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024[1]	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	26	n. a.	31	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

[1] In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 insgesamt 10 Qualitätsindikatoren geprüft. Von allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren wies der Indikator „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249) die höchste Anzahl bzw. den höchsten Anteil nicht durchgeführter Stellungnahmen auf. In den Rückmeldungen der LAG wurden hierfür vielfach die Schließung der Geburtshilfe, die aktuelle Umstrukturierung der Klinik sowie ein bereits geklärter Sachverhalt als Gründe genannt.

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden in den Qualitätsindikatoren „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen" (ID 51803) und „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249) festgestellt. In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren wurden hierzu insbesondere Struktur- und Prozessmängel als Gründe angegeben. Für den Qualitätsindikator 51803 wurden temporäre Mängel in der Personalausstattung, begrenzte räumliche Kapazitäten von Kreißsaal und OP sowie fehlendes leitliniengetreues Handeln und beim Qualitätsindikator 52249 Probleme bei der Indikationsstellung, eine unzureichende medizinische Begründung einer erhöhten Kaiserschnittrate und eine mangelnde Kommunikation mit den Belegärztinnen und Belegärzten zum Thema Kaiserschnittgeburt als Gründe genannt.

Die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich in den Qualitätsindikatoren „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182010) und „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten" (ID 318). Die abweichenden Ergebnisse erklären sich hierbei insbesondere durch Einzelfälle.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 war bei 6,37 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 20 von 314) aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich. Die meisten Dokumentationsfehler wurden in den Qualitätsindikatoren „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung" (ID 50045) und „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182014) ermittelt.

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-GEBH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
203	45	7	68	11	0

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* treten bei Leistungserbringern mehrfache rechnerische Auffälligkeiten gehäuft auf (siehe Tabelle 28) – so wiesen insgesamt 45 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 7 Leistungserbringern wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Auch bei den qualitativen Auffälligkeiten kommt es zu mehrfachen Auffälligkeiten – so wiesen 11 Leistungserbringer 2 qualitativ auffällige Ergebnisse auf, kein Leistungserbringer hatte 3 oder mehr qualitativ auffällige Ergebnisse.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul *PM-GEBH* insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft.

Die meisten als qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden im Auffälligkeitskriterium „Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess (ID 850224) festgestellt. Hierzu wurden vielfach Prozessmängel im geburtshilflichen Management als Grund angegeben.

Die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich für das Auswertungsjahr 2024 im Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318). Hier erklärten sich die abweichenden Ergebnisse insbesondere durch Einzelfälle.

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.205	100,00	3.112	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	83	2,59	78	2,51
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	83	100,00	78	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	27	32,53	2	2,56
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	56	67,47	76	97,44
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	56	100,00	76	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	18	21,69	28	35,90
Bewertung als qualitativ auffällig	35	42,17	39	50,00
Sonstiges	3	3,61	9	11,54
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	2	n. a.	7	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 30: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-GEBH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
66	6	0	37	1	0

Im Auswertungsmodul PM-GEBH treten bei Leistungserbringern relativ selten mehrfache rechnerische Auffälligkeiten in den Auffälligkeitskriterien auf (siehe Tabelle 30) – so wiesen insgesamt nur 6 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei keinem Leistungserbringer wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Bei den qualitativen Auffälligkeiten kommt es noch seltener zu mehrfachen Auffälligkeiten – lediglich ein Leistungserbringer wies 2 qualitativ auffällige Ergebnisse auf, kein Leistungserbringer hatte 3 oder mehr qualitativ auffällige Ergebnisse.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *PM-GEBH* wurde vonseiten einer LAG im Zusammenhang mit der Bearbeitung des Stellungnahmeverfahrens zurückgemeldet, dass das Auffälligkeitskriterium „E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) nicht zielführend sei, da Auffälligkeiten vielfach durch einen Wechsel eines geplanten Kaiserschnitts zu einem Notfallkaiserschnitt erklärbar seien.

Durch das Auswertungsmodul *PM-GEBH* sollen insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie unerwünschte Ereignisse in der mütterlichen und kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden.

Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Auswertungsmoduls *PM-GEBH*:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen
- Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen
- Verringerung der Sterblichkeit

Für das Auswertungsjahr 2024 hat für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* eine der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt.

Von einer LAG wurde die aktuell fehlende Verknüpfung geburtshilflicher und neonatologischer Fälle kritisiert, die eine hinreichende Analyse, ob ein Problem im Geburtsverlauf oder in der neonatologischen Versorgung aufgetreten ist, verhindere. Von derselben LAG wurde zudem angemerkt, dass das Auffälligkeitskriterium „E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) nicht zielführend sei, da Auffälligkeiten vielfach durch einen Wechsel eines geplanten Kaiserschnitts zu einem Notfallkaiserschnitt erklärbar seien.

© IQTIG 2025

5 Ausblick

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS PM*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Im Abschlussbericht empfiehlt das IQTIG, den Großteil der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen weiterzuführen. Darüber hinaus wird angeregt, Sozialdaten bei den Krankenkassen bei der Berechnung einiger Qualitätsindikatoren einzubeziehen. Durch Anpassung der Rechenregeln bzw. Spezifikation sollen einzelne Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen zukünftig spezifischer dargestellt werden.

Vor dem Hintergrund der seit Langem angestrebten Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung sollen nun zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres“ und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres“ praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet werden und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll. Langfristig könnte dies in den Regelbetrieb eingeführt werden und es könnten ggf. weitere Qualitätsindikatoren auf Basis verknüpfter Daten zur Einführung empfohlen werden.

© IQTIG 2025

Neonatologie

1 Hintergrund

Bei der Neonatologie handelt es sich um einen Zweig der angewandten Kinderheilkunde, der sich mit der Versorgung und Behandlung von Früh- und Neugeborenen beschäftigt. Hierbei ist die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität, insbesondere die Vermeidung von Erkrankungen sowie die Durchführung einer adäquaten Therapie, von großer Bedeutung.

Das Auswertungsmodul *PM-NEO* soll gemäß DeQS-RL insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen, unerwünschte Ereignisse der kindlichen Versorgung, Prozesse in der neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses messen, vergleichend darstellen und bewerten.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden alle Neugeborenen erfasst, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden und eine Aufenthaltsdauer im Krankenhaus von über 12 Stunden haben oder die im Alter von 8 bis 120 Tagen von einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Aufnahmegewicht von weniger als 2.000 g
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung
- Beatmung länger als eine Stunde
- schwerwiegende Erkrankung bei einem Aufnahmegewicht ab 2.000 g

Dokumentationspflichtig sind darüber hinaus Kinder, die im Kreißsaal oder in den ersten 7 Lebenstagen verstorben sind oder die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt wurden und verstorben sind.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien werden pro Jahr derzeit über 90.000 Früh- oder Neugeborene erfasst. Bei ca. 10.000 von diesen Kindern handelt es sich um sehr kleine Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g oder mit einem Gestationsalter von weniger als 32 vollendeten Schwangerschaftswochen. Ein Großteil der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO* bezieht sich auf diese Hochrisikogruppe.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Neben der Erfassung der Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei sehr kleinen Frühgeborenen (IDs 51832 und 51837) und Risiko-Lebendgeborenen (IDs 51070 und 222402) werden auch schwerwiegende Erkrankungen betrachtet, die Langzeitfolgen für diese Kinder nach sich ziehen können; hierunter fallen

- höhergradige Hirnblutungen, die vermehrt mit späteren Behinderungen einhergehen (intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH); IDs 51076, 50050 und 222200),
- entzündliche Darmerkrankungen (nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP); IDs 51838, 51843, 222400, 222401 und 222201),

- schwerwiegende Schädigungen der weißen Hirnsubstanz (zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL); IDs 51077 und 50051),
- schwerwiegende Schädigungen der Lunge (bronchopulmonale Dysplasie (BPD); IDs 51079 und 50053) sowie
- schwerwiegende Schädigungen der Netzhaut des Auges (höhergradige Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*, ROP); IDs 51078 und 50052)

Zudem werden nosokomiale Infektionen betrachtet: Der Qualitätsindikator 50060 erfasst Früh- und behandlungsbedürftige Neugeborene mit Sepsis und Pneumonie (Lungenentzündung), die später als drei Tage nach Geburt auftreten – diese im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts erworbenen Infektionen gehören zu den häufigsten Ursachen der Sterblichkeit dieser Kinder. Darüber hinaus wird erhoben, ob sich bei beatmeten Kindern eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand gebildet hat (ID 50062 zum Pneumothorax). Ein Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901), in dem verschiedene Kennzahlen der Ergebnisqualität für Frühgeborene verrechnet werden, wird ausgewiesen, da aufgrund der geringen Anzahl an Frühgeborenen zufällige statistische Schwankungen sehr ausgeprägt sind und oftmals keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität mittels eines einzelnen Qualitätsindikators ermöglichen. Des Weiteren wird die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts erfasst (ID 52262), da sich hierdurch zusätzliche Rückschlüsse auf die Kindesentwicklung und mögliche Qualitätsprobleme ziehen lassen. Neben diesen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität werden auch Prozessindikatoren gemessen. Beispielsweise wird erhoben, ob die Körpertemperatur von sehr kleinen Frühgeborenen oder Risiko-Lebendgeborenen bei Aufnahme ins Krankenhaus unter 36,0 °C beträgt (IDs 50069 und 50074), da eine Unterkühlung schwerwiegende Komplikationen und Folgeerkrankungen hervorruft und sich somit auf die spätere Entwicklung der Kinder negativ auswirken kann. Zudem wird erfasst, ob ein Hörtest durchgeführt wurde (ID 50063), um frühestmöglich angeborene Hörstörungen diagnostizieren und eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Auswertungsjahr 2025 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren und 17 Transparenzkennzahlen (AJ 2024: 14 Transparenzkennzahlen) ausgewiesen. Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen wird zum Auswertungsjahr 2025 als perzentilbasierte und risikoadjustierte Rate innerhalb der Gruppe „Sterblichkeit im Krankenhaus" im Rahmen eines neuen Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 222402) ausgewiesen. Der bereits bestehende Sentinel-Event-Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)" (ID 51070) wird entsprechend als Kennzahl ohne Referenzbereich dargestellt. Ebenso wurden in der Gruppe „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)" die Kennzahlen „Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)" (ID 222400) und „Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)" (ID 222401) neu aufgenommen und der Gruppenname entsprechend erweitert. Diese den entzündlichen Darmerkrankungen zuzuordnenden Krankheitsbilder unterscheiden sich in ihrer Ätiologie, Pathophysiologie und Therapie von der NEK und sollen daher differenzierter abgebildet werden.

Tabelle 31: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – PM-NEO

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	QS-Dokumentation	2024
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)			
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)*	QS-Dokumentation	2024
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)			
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)*	QS-Dokumentation	2024
222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)*	QS-Dokumentation	2024
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)			
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)			
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)*	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)			
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)*	QS-Dokumentation	2024
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QS-Dokumentation	2024
50060	Nosokomiale Infektion	QS-Dokumentation	2024
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QS-Dokumentation	2024
52262	Zunahme des Kopfumfangs	QS-Dokumentation	2024
50063	Durchführung eines Hörtests	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C			
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	QS-Dokumentation	2024
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Auswertungsjahr 2025 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 7 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	QS-Dokumentation
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	QS-Dokumentation
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	QS-Dokumentation
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	QS-Dokumentation
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	QS-Dokumentation
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	QS-Dokumentation
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	QS-Dokumentation

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit prüfen die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze – mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft. Im Auswertungsmodul *PM-NEO* umfassen diese Auffälligkeitskriterien verschiedene Prüfungen, wie etwa, ob die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme ins Krankenhaus angegeben wurde (ID 850206) oder ob der Kopfumfang des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus kleiner als bei Aufnahme in das Krankenhaus war (ID 850207). Weitere Kriterien überprüfen, ob bei Kindern mit Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung eine entsprechende Diagnose nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – 10. Revision – German Modification, ICD-10-GM) vorliegt (ID 851813) und ob die Häufigkeit der Angaben einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung plausibel ist (ID 852301). Auch wird überprüft, ob bei Vorliegen bestimmter Bedingungen eine moderate oder schwere BPD dokumentiert wurde (ID 851902) und ob das Datum des ROP-Screenings innerhalb des empfohlenen Zeitrahmens dokumentiert wurde (ID 852001). Ein weiteres Kriterium prüft, ob bei Dokumentation einer Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie ebenso eine zwingend zugrunde liegende hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) angegeben wurde (ID 852300).

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden. Zum einen beinhalten diese Prüfungen zur Unter- und Überdokumentation von Fällen bzw. ob weniger (ID 850199) oder mehr (ID 850200) Fälle als gemäß Sollstatistik erwartet dokumentiert wurden. Zum anderen wird kontrolliert, ob für dokumentationspflichtige Fälle zu viele Minimaldatensätze anstelle regulärer Datensätze angelegt wurden (ID 850208).

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden im Vergleich zum Vorjahr insgesamt weniger Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit ist in einem ähnlichen Bereich geblieben.

Es wurden Datensätze von insgesamt 91.833 Kindern erfasst. Dies ist ein Rückgang um 0,99 % im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024: 92.482). Dieser Rückgang kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Geburtenzahl im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 insgesamt um 1,48 % abgenommen hat (AJ 2024: 663.977; AJ 2025: 654.174).

Tabelle 33: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - PM-NEO

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	91.833 91.147 686	91.550	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	445		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	470	482	97,51
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	441	450	98,00

Für das Auswertungsmodul *PM-NEO* erfolgt die Auswertung entsprechend dem entlassenden Standort (= Auswertungsstandort).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Auswertungsjahr 2025 wurden im Auswertungsmodul *PM-NEO* insgesamt 8 Qualitätsindikatoren und 17 Transparenzkennzahlen ausgewiesen. Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum Auswertungsjahr 2025 deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität hin. Für den Großteil der Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zeigen sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügige Veränderungen. Insgesamt verbessern sich 4 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl in ihrem Ergebnis, 3 Qualitätsindikatoren und 13 Kennzahlen verschlechtern sich gegenüber dem Vorjahr, für einen Qualitätsindikator und 3 Kennzahlen kann kein Vergleich zum Vorjahr gezogen werden. Mit Ausnahme

der Kennzahlen zur bronchopulmonalen Dysplasie (IDs 51079 und 50053) weist keine der beobachteten Ratenverschlechterungen eine Signifikanz auf.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 26 % verschlechtert. Dies kann insbesondere auf die Verschlechterung des Bundesergebnisses zur bronchopulmonalen Dysplasie (BPD) zurückgeführt werden, die in den Qualitätsindex einfließt. Auch die Bundesergebnisse der einzeln ausgewiesenen Kennzahlen zur BPD (IDs 51079 und 50053) haben sich im Vergleich zum Vorjahr – trotz identischer Rechenregel – ebenso erheblich verschlechtert: Der Zähler bzw. der Anteil der rohen Rate (ID 51079) hat sich mehr als verdoppelt, das Ergebnis der risikoadjustierten Rate (ID 50053) hat sich um 125 % verschlechtert. Diese Entwicklung kann auf die umfassende Überarbeitung des Datenfelds zur BPD mit der Spezifikation 2024 zurückgeführt werden, wodurch nun eine validere und vollständigere Erfassung der moderaten und schweren BPD angenommen werden kann. Zuvor wurde eine generelle Unterdokumentation vermutet.

Beim Sentinel-Event-Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 51070) wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen (über 87 %) festgestellt. In einigen Fällen handelte es sich um perinatal aufgetretene Sterbefälle, die zumeist durch schwere im Rahmen der Geburt aufgetretene Asphyxien (bei z. T. aus externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern) verursacht wurden. Da die neonatologischen Kliniken auf das Auftreten dieses lebensbedrohlichen Sauerstoffmangels innerhalb der geburtshilflichen Versorgung i. d. R. keinen Einfluss haben, wird die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen zum Auswertungsjahr 2025 als perzentilbasierte und risikoadjustierte Rate im Rahmen des neuen Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402) ausgewiesen. Durch die Berücksichtigung relevanter Einflussfaktoren (z. B. Asphyxie, hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)) soll ein fairer Vergleich der Behandlungsergebnisse zwischen den verschiedenen Krankenhausstandorten ermöglicht werden. Der Qualitätsindikator 51070 wird als Kennzahl ohne Referenzbereich dargestellt.

Der risikoadjustierte Qualitätsindikator zur Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 50074) weist im Auswertungsmodul *PM-NEO* im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach wie vor die höchsten Anteile qualitativ auffälliger Ergebnisse, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, auf (AJ 2022: 56,00 %; AJ 2023: 47,62 %; AJ 2024: 31,82 %). Gemäß Rückmeldungen der LAG und nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene sei dies auf ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung und insbesondere auf eine ungenügende Sensibilisierung für das Qualitätsziel bzw. eine mangelnde Aufmerksamkeit des pflegerischen und ärztlichen Personals in Hinblick auf Wärmeschutzmaßnahmen zurückzuführen. Allerdings könne auch bereits eine Verbesserung beim Wärmemanagement innerhalb der Neugeborenenversorgung beobachtet werden. Entsprechend hat sich das Bundesergebnis des Qualitätsindikators für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 um 10,00 % verbessert. Ebenso hat der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 33,00 % abgenommen, im Vergleich zum Auswertungsjahr 2022 sogar

um 43,18 %. Trotz der genannten Verbesserungen sollte die Bedeutung des Qualitätsparameters – insbesondere aufgrund des nach wie vor hohen Anteils an qualitativen Auffälligkeiten – stärker in der breiteren Fachöffentlichkeit bzw. in der klinischen Praxis hervorgehoben werden.

Tabelle 34: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - PM-NEO

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)*	0,22 % O = 167 N = 76.629	0,23 % O = 179 N = 76.662	vergleichbar
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	- O/E = - / - - O/N = - / -	0,94 O/E = 179 / 190,62 0,23 % O/N = 179 / 76.662 (≤ 3,84; 95. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)*	3,13 % O = 265 N = 8.478	3,49 % O = 286 N = 8.197	vergleichbar
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen*	1,00 O/E = 265 / 265,00 3,13 % O/N = 265 / 8.478	1,06 O/E = 286 / 269,85 3,49 % O/N = 286 / 8.197	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)				
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)*	2,68 % O = 224 N = 8.362	3,23 % O = 261 N = 8.070	vergleichbar
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)*	1,00 O/E = 224 / 224,00 2,68 % O/N = 224 / 8.362	1,16 O/E = 261 / 225,68 3,23 % O/N = 261 / 8.070	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus*	0,49 % O = 44 N = 9.048	0,48 % O = 42 N = 8.682	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)				
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)*	1,84 % O = 170 N = 9.221	1,96 % O = 173 N = 8.847	vergleichbar
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)*	1,00 O/E = 170 / 170,00 1,84 % O/N = 170 / 9.221	1,03 O/E = 173 / 167,81 1,96 % O/N = 173 / 8.847	eingeschränkt vergleichbar
222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)*	- O = - N = -	1,24 % O = 110 N = 8.847	im Vorjahr nicht berechnet
222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)*	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,05 O/E = 110 / 104,53 1,24 % O/N = 110 / 8.847	im Vorjahr nicht berechnet
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP*	- O/E = - / - - O/N = - / -	0,88 O/E = 169 / 192,55 1,91 % O/N = 169 / 8.847	nicht vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)				
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)*	1,30 % O = 100 N = 7.712	1,57 % O = 117 N = 7.444	vergleichbar
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)*	1,00 O/E = 100 / 100,00 1,30 % O/N = 100 / 7.712	1,20 O/E = 117 / 97,83 1,57 % O/N = 117 / 7.444	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)				
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)*	3,31 % O = 203 N = 6.139	7,84 % O = 469 N = 5.984	vergleichbar
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)*	1,00 O/E = 203 / 203,00 3,31 % O/N = 203 / 6.139	2,25 O/E = 469 / 208,44 7,84 % O/N = 469 / 5.984	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)				
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)*	4,64 % O = 199 N = 4.290	5,40 % O = 226 N = 4.184	vergleichbar
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)*	1,00 O/E = 199 / 199,00 4,64 % O/N = 199 / 4.290	1,10 O/E = 226 / 206,06 5,40 % O/N = 226 / 4.184	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	1,00 O/E = 920 / 920,00 9,98 % O/N = 920 / 9.221	1,26 O/E = 1.141 / 905,95 12,90 % O/N = 1.141 / 8.847 (≤ 2,43; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50060	Nosokomiale Infektion	1,00 O/E = 903 / 903,00 1,22 % O/N = 903 / 74.185	0,90 O/E = 819 / 908,66 1,11 % O/N = 819 / 73.969 (≤ 2,60; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	1,00 O/E = 759 / 759,00 2,35 % O/N = 759 / 32.304	1,04 O/E = 815 / 782,68 2,44 % O/N = 815 / 33.443 (≤ 2,36; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
52262	Zunahme des Kopfumfangs	10,00 % O = 1.171 N = 11.710	9,71 % O = 1.102 N = 11.346 (≤ 21,28 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50063	Durchführung eines Hörtests	97,99 % O = 82.051 N = 83.730	98,13 % O = 81.866 N = 83.423 (≥ 95,00 %)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C				
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	1,00 O/E = 402 / 402,00 4,22 % O/N = 402 / 9.535	0,96 O/E = 384 / 399,31 4,18 % O/N = 384 / 9.183 (≤ 2,97; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	1,00 O/E = 2.894 / 2.894,00 3,76 % O/N = 2.894 / 76.986	0,90 O/E = 2.581 / 2.857,46 3,35 % O/N = 2.581 / 77.106 (≤ 1,96; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 35: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – PM-NEO

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	2023	-	-	-
		2024	23 von 432	5,32	-
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2023	18 von 290	6,21	5
		2024	17 von 281	6,05	3

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
50060	Nosokomiale Infektion	2023	16 von 396	4,04	5
		2024	15 von 382	3,93	4
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	2023	21 von 349	6,02	3
		2024	23 von 344	6,69	1
52262	Zunahme des Kopfumfangs	2023	19 von 303	6,27	2
		2024	15 von 295	5,08	4
50063	Durchführung eines Hörtests	2023	39 von 405	9,63	7
		2024	32 von 392	8,16	7
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C					
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	2023	19 von 287	6,62	5
		2024	12 von 281	4,27	2
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	2023	22 von 422	5,21	3
		2024	22 von 420	5,24	4

2.2.2 Detailergebnisse

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zur Ergebnisqualität

Tabelle 36: TKez 51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,21 % O = 170 N = 80.081	0,22 % O = 167 N = 76.629	**0,23 %** **O = 179** **N = 76.662**
rechnerische Auffälligkeiten	111 von 472 23,52 %	110 von 445 24,72 %	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 111 (6,31 %)	**8 / 110** **(7,27 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	7 / 472 (1,48 %)	**8 / 445** **(1,80 %)**	n. a.

Tabelle 37: QI 222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	**0,94** **O/E = 179 / 190,62** **0,23 %** **O/N = 179 / 76.662**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**23 von 432** **5,32 %** **(Refbereich: ≤ 3,84; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahl bzw. der Qualitätsindikator adressiert die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen post menstruationem [p. m.] und Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g). Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen soll möglichst niedrig sein.

Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen wird zum Auswertungsjahr 2025 als perzentilbasierte und risikoadjustierte Rate innerhalb der Gruppe „Sterblichkeit im Krankenhaus“ im Rahmen des neuen Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402) ausgewiesen. Die Berücksichtigung u. a. einer Asphyxie und einer HIE als Einflussfaktoren im Risikoadjustierungsmodell soll einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse zwischen den verschiedenen Standorten ermöglichen, da die neonatologischen Kliniken auf das Auftreten einer Asphyxie bzw. HIE innerhalb der geburtshilflichen Versorgung

i. d. R. keinen Einfluss haben. Da es u. a. zu Dopplungen im Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 der DeQS-RL mit dem bereits bestehenden Sentinel-Event-Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)" (ID 51070) kommen kann, wird der Qualitätsindikator 51070 zum Auswertungsjahr 2025 als Kennzahl ohne Referenzbereich dargestellt und in der Bezeichnung um den Zusatz „(rohe Rate)" ergänzt. Das Bundesergebnis der rohen Rate (ID 51070) hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 4,55 % verschlechtert. Aufgrund seiner Neueinführung können zum Qualitätsindikator 222402 keine Vorjahresergebnisse ausgegeben bzw. kann keine Vergleichbarkeit zu den Vorjahren angestellt werden. Der Qualitätsindikator weist extreme O/E-Werte auf, die der Bundesauswertung zum Auswertungsjahr 2025 entnommen werden können. Dabei handelt es sich um Leistungserbringer mit Zählerereignissen bei sehr geringen Fallzahlen, wobei die Erwartung für ein Versterben aufgrund des Risikoprofils als sehr unwahrscheinlich eingeschätzt wurde.

Im Sentinel-Event-Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 51070) wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens der vergangenen Jahre ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (AJ 2022: 89,72 %; n = 96 von 107 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; AJ 2023: 87,39 %; n = 97 von 111 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; AJ 2024: 91,82 %; n = 101 von 110 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren werden als Begründung für eine Einstufung als qualitativ unauffällig oftmals unvermeidliche, schicksalhaft verlaufende und medizinisch begründete Einzelfälle, bei denen keine Mängel in der Qualität der medizinischen Versorgung zu erkennen waren, genannt. Vielfach zeigten sich Hinweise auf Prozessmängel im geburtshilflichen Management (z. B. verzögerte Reaktion auf ein suspektes bzw. pathologisches Kardiotokogramm, verzögerte Feststellung der Lage des Kindes) bei z. T. aus externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern. Darüber hinaus waren bei zuverlegten Kindern teilweise relevante Informationen nicht verfügbar, sodass eine adäquate abschließende Bewertung im Stellungnahmeverfahren nicht immer möglich war. Die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene empfehlen, dass bei auftretenden Sterbefällen in der Neonatologie die beteiligte Geburtshilfe in das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 der DeQS-RL eingebunden werden soll. Durch die auf Landesebene erfolgte Aufarbeitung und Bewertung der Sterbefälle in interdisziplinären (z. T. fachausschussübergreifenden) Einzelfallbesprechungen (z. B. durch Sichtung umfangreicher Auszüge aus der Patientendokumentation) können Handlungsempfehlungen in Diagnostik und Therapie entwickelt bzw. herausgegeben werden. Durch Einbindung aller an der Versorgung Beteiligten (z. B. Neonatologinnen und Neonatologen, Geburtshelferinnen und Geburtshelfer) kann zudem die Versorgungsqualität gefördert werden.

Sowohl der Zugang als auch der Umfang der Übermittlung von Versichertendaten an die Leistungserbringer und ihre dortige Verarbeitung sind in § 299 SGB V sowie in Teil 1 § 18 Abs. 4 der DeQS-RL geregelt. Demnach dürfen Leistungserbringer zur Auswertung von Follow-up-Indikatoren, Follow-up-Kennzahlen oder zu Vorgangsnummern nach § 14 Abs. 5 Satz 3 Daten der von ihnen behandelten Versicherten erhalten und diese zum Zweck der Qualitätssicherung mit bereits vorliegenden Daten zusammenführen. Allerdings ist bislang noch kein entsprechender konkretisierender Absatz in den themenspezifischen Bestimmungen des Verfahrens *QS PM* enthalten.

Zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) sollen nun erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres" und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres" praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird vom IQTIG im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll.

Tabelle 38: TKez 51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	3,67 % O = 332 N = 9.038	3,13 % O = 265 N = 8.478	**3,49 %** **O = 286** **N = 8.197**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 39: TKez 51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen

	AJ 2023	**AJ 2024**	**AJ 2025**
Bundesergebnis	1,14 O/E = 332 / 290,69 3,67 % O/N = 332 / 9.038	1,00 O/E = 265 / 265,00 3,13 % O/N = 265 / 8.478	**1,06** **O/E = 286 / 269,85** **3,49 %** **O/N = 286 / 8.197**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen soll möglichst niedrig sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51832) bzw. risikoadjustierten (ID 51837) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 11,50 % bzw. 6,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche zeigen jedoch, dass diese Verschlechterungen nicht signifikant sind. Dies weist darauf hin, dass es sich bei den diesjährigen Bundesergebnissen um zufällige Schwankungen handeln kann.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51136_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 40: TKez 51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,97 % O = 264 N = 8.882	2,68 % O = 224 N = 8.362	**3,23 %** **O = 261** **N = 8.070**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 41: TKez 50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,08 O/E = 264 / 245,03 2,97 % O/N = 264 / 8.882	1,00 O/E = 224 / 224,00 2,68 % O/N = 224 / 8.362	**1,16** **O/E = 261 / 225,68** **3,23 %** **O/N = 261 / 8.070**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die IVH Grad 3 oder PVH soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51076) bzw. risikoadjustierten (ID 50050) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 20,52 % bzw. 16,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche zeigen jedoch, dass diese Verschlechterungen nicht signifikant sind. Dies weist darauf hin, dass es sich bei den diesjährigen Bundesergebnissen um zufällige Schwankungen handeln kann.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51141_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 42: TKez 222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,65 % O = 63 N = 9.695	0,49 % O = 44 N = 9.048	**0,48 %** **O = 42** **N = 8.682**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahl adressiert die intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g) mit Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus. Die IVH Grad 3 oder PVH und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der Kennzahl hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 2,04 % verbessert. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde innerhalb des Zählers der Zusatz „[IVH Grad 3 oder PVH], die während des aktuellen Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist" aufgenommen. Mit dieser Änderung soll gewährleistet werden, dass innerhalb der Kennzahl keine Standorte betrachtet werden, in welche Frühgeborene aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden, bei denen eine IVH Grad 3 oder eine PVH bereits vor Aufnahme in das aktuelle Krankenhaus vorlag. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 nur eingeschränkt vergleichbar.

Tabelle 43: TKez 51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,77 % O = 176 N = 9.923	1,84 % O = 170 N = 9.221	**1,96 %** **O = 173** **N = 8.847**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 44: TKez 51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,95 O/E = 176 / 185,72 1,77 % O/N = 176 / 9.923	1,00 O/E = 170 / 170,00 1,84 % O/N = 170 / 9.221	**1,03** **O/E = 173 / 167,81** **1,96 %** **O/N = 173 / 8.847**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die NEK soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51838) bzw. risikoadjustierten (ID 51843) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 6,52 % bzw. 3,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche zeigen jedoch, dass diese Verschlechterungen nicht signifikant sind. Dies weist darauf hin, dass es sich bei den diesjährigen Bundesergebnissen um zufällige Schwankungen handeln kann.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51146_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 45: TKez 222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**1,24 %** **O = 110** **N = 8.847**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 46: TKez 222401: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	**1,05** **O/E = 110 / 104,53** **1,24 %** **O/N = 110 / 8.847**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die FIP/SIP soll möglichst selten sein.

Die Kennzahlen wurden neu zum Auswertungsjahr 2025 – analog zu den Transparenzkennzahlen zur NEK (IDs 51838 und 51843) – als rohe (ID 222400) und risikoadjustierte (ID 222401) Rate in die bereits bestehende Kennzahlengruppe „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)“ aufgenommen. Bei der NEK und FIP/SIP handelt es sich um verschiedene, den entzündlichen Darmerkrankungen zuzuordnende Krankheitsbilder, denen eine spezifische Ätiologie und Pathophysiologie zugrunde liegt und die einer unterschiedlichen Behandlung/Therapie bedürfen. Aufgrund der Neueinführung der Kennzahlen können keine Vorjahresergebnisse ausgegeben werden.

Tabelle 47: TKez 222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	**0,88** **O/E = 169 / 192,55** **1,91 %** **O/N = 169 / 8.847**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahl adressiert die nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g) mit Operation oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP. Die NEK oder FIP/SIP mit Operation oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP soll möglichst selten sein.

Die Operation oder sonstige invasive Therapie einer FIP/SIP wird zum Auswertungsjahr 2025 zusätzlich zur Operation oder sonstigen invasiven Therapie einer NEK innerhalb der Kennzahl berücksichtigt. Der Titel der Kennzahl wurde dementsprechend in „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP“ angepasst. Zusätzlich finden im Zähler der Kennzahl neben dem im Datenfeld „OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)“ abgefragten Schlüsselwert „Laparotomie“ die Schlüsselwerte „Drainage/Lavage“ und „Drainage/Lavage und Laparotomie“ Berücksichtigung, da es sich hier auch um eine Operation handelt. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde ebenso innerhalb des Zählers der Zusatz „[NEK oder FIP/SIP], die während des aktuellen Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist“ aufgenommen. Mit dieser Änderung soll gewährleistet werden, dass innerhalb der Kennzahl keine Standorte betrachtet werden, in welche Frühgeborene aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden, bei denen eine NEK oder FIP/SIP bereits vor Aufnahme in das aktuelle Krankenhaus vorlag. Darüber hinaus wird die Kennzahl zum Auswertungsjahr 2025 risikoadjustiert dargestellt (Risikofaktoren: Geschlecht, Gestationsalter). Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2025 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 nicht vergleichbar. Weil das neu im Zähler aufgenommene Datenfeld „OP oder sonstige invasive Therapie einer FIP/SIP“ erst mit der Spezifikation 2024 eingeführt wurde, können keine Vorjahresergebnisse ausgegeben werden.

Tabelle 48: TKez 51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 % O = 87 N = 8.139	1,30 % O = 100 N = 7.712	**1,57 %** **O = 117** **N = 7.444**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 49: TKez 50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,82 O/E = 87 / 106,52 1,07 % O/N = 87 / 8.139	1,00 O/E = 100 / 100,00 1,30 % O/N = 100 / 7.712	**1,20** **O/E = 117 / 97,83** **1,57 %** **O/N = 117 / 7.444**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die zystische PVL soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51077) bzw. risikoadjustierten (ID 50051) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 20,77 % bzw. 20,00 % deutlich verschlechtert.

Im Rahmen des Expertengremiums auf Bundesebene wurde hinsichtlich der Kennzahlen diskutiert, dass es bei der Interpretation kranialer Ultraschallbilder zu einer eingeschränkten Diagnostik und damit zu einer Unterdokumentation einer zystischen PVL innerhalb der Qualitätssicherung kommen könne, da die Detektion im hohen Maß von der Qualifikation und Erfahrung des klinischen Personals sowie der Qualität der Ultraschallgeräte abhänge. Dies könne zu Verzerrungen in der Qualitätsbewertung der Krankenhäuser führen. Die Kennzahlen werden aufgrund dessen bereits seit dem Erfassungsjahr 2013 auf Anraten der Bundesfachgruppe bzw. des Expertengremiums auf Bundesebene nicht für eine Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Zudem wird die zystische PVL seit dem Erfassungsjahr 2017 nicht mehr als Ebene im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ausgewiesen.

Tabelle 50: TKez 51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	3,31 % O = 203 N = 6.139	**7,84 %** **O = 469** **N = 5.984**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 51: TKez 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 203 / 203,00 3,31 % O/N = 203 / 6.139	**2,25** **O/E = 469 / 208,44** **7,84 %** **O/N = 469 / 5.984**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die BPD soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der Kennzahlen hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr – trotz identischer Rechenregel – erheblich verschlechtert (ID 51079: der Zähler bzw. das O/N hat sich mehr als verdoppelt; ID 50053: das O/E hat sich um 125 % verschlechtert).

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass das Datenfeld „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)" und entsprechend der Ausfüllhinweis mit der Spezifikation 2024 umfassend überarbeitet wurden. Das primäre Ziel der Überarbeitung des Datenfelds zur BPD war, dass eine vereinfachte, einheitliche und eindeutige Definition angeboten wird, die sowohl aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung trägt als auch an der klinischen Praxis orientiert ist. Hierdurch sollen eine einfach umsetzbare und damit validere Dokumentation sowie eine bessere Abbildung einer moderaten bzw. schweren BPD in den jeweiligen Qualitätsparametern ermöglicht werden.

Nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene sei davon auszugehen, dass die BPD-Rate im Rahmen der QS-Dokumentation im Auswertungsmodul *PM-NEO* vor dem

Jahr 2024 generell unterdokumentiert wurde. Allerdings scheinen die aktuellen Raten für das Spezifikationsjahr 2024 für sehr kleine Frühgeborene (Geburtsgewicht unter 1.500 g oder Gestationsalter unter 32+0 Wochen) – auch im internationalen Vergleich – plausibel. Es könne daher vermutet werden, dass die Überarbeitung des Datenfelds zur BPD, soweit dies bereits beurteilt werden könne, zu einer valideren Dokumentation einer moderaten bzw. schweren BPD geführt habe. Des Weiteren könne angenommen werden, dass die moderate (und ggf. schwere) BPD im Spezifikationsjahr 2023 insbesondere aufgrund des innerhalb der Spezifikation 2023 vorhandenen Schlüsselwerts zur milden BPD unterdokumentiert wurde.

Weil das neu im Zähler aufgenommene Datenfeld „Status [der BPD] bei Aufnahme" erst mit der Spezifikation 2023 eingeführt wurde, können keine Werte für das Auswertungsjahr 2023 ausgegeben werden.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51156_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 52: TKez 51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,57 % O = 207 N = 4.534	4,64 % O = 199 N = 4.290	**5,40 %** **O = 226** **N = 4.184**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 53: TKez 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,97 O/E = 207 / 212,92 4,57 % O/N = 207 / 4.534	1,00 O/E = 199 / 199,00 4,64 % O/N = 199 / 4.290	**1,10** **O/E = 226 / 206,06** **5,40 %** **O/N = 226 / 4.184**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die höhergradige Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*, ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m.). Die höhergradige ROP soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51078) bzw. risikoadjustierten (ID 50052) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 16,38 % bzw. 10,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche zeigen jedoch, dass diese Verschlechterungen nicht signifikant sind. Ein möglicher Grund für die aktuellen Schwankungen der Ergebnisse (Punktschätzer) könnte die neue Therapieform einer intravitrialen Injektion mit monoklonale Antikörper darstellen.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51161_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 54: QI 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 920 / 920,00 9,98 % O/N = 920 / 9.221	**1,26** **O/E = 1.141 / 905,95** **12,90 %** **O/N = 1.141 / 8.847**
rechnerische Auffälligkeiten	27 von 301 8,97 %	18 von 290 6,21 %	**17 von 281** **6,05 %** **(Refbereich: ≤ 2,43; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 27 (29,63 %)	**2 / 18** **(11,11 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 301 (2,66 %)	**2 / 290** **(0,69 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Sterblichkeit im Krankenhaus, die intra- oder periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP), die bronchopulmonale Dysplasie (BPD) und die höhergradige Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*, ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die Sterblichkeit im Krankenhaus soll möglichst niedrig und die IVH Grad 3 oder PVH, die NEK oder FIP/SIP, die BPD und die höhergradige ROP sollen möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 26,00 % verschlechtert. Dies kann insbesondere auf die Verschlechterung des Bundesergebnisses der Ebene 5 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 51156_51901) zurückgeführt werden (siehe Abschnitt zu den Kennzahlen „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ (ID 51079) / „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 50053)“). Zum Auswertungsjahr 2025 wird innerhalb des Zählers der Ebene 3 „Nekrotisierende Enterokolitis

(NEK)“ (ID 51146_51901) des Qualitätsindikators ebenso die FIP/SIP berücksichtigt. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Weil das neu im Zähler der Ebene 4 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 51156_51901) aufgenommene Datenfeld „Status [der BPD] bei Aufnahme“ erst mit der Spezifikation 2023 eingeführt wurde, kann kein Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2023 ausgegeben werden.

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (72,22 %; n = 13 von 18 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden überwiegend Einzelfälle für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt. Hervorzuheben ist, dass der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 62,50 % abgenommen hat.

Tabelle 55: QI 50060: Nosokomiale Infektion

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 O/E = 963 / 977,60 1,24 % O/N = 963 / 77.829	1,00 O/E = 903 / 903,00 1,22 % O/N = 903 / 74.185	**0,90** **O/E = 819 / 908,66** **1,11 %** **O/N = 819 / 73.969**
rechnerische Auffälligkeiten	18 von 407 4,42 %	16 von 396 4,04 %	**15 von 382** **3,93 %** **(Refbereich: ≤ 2,60; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 18 (5,56 %)	**1 / 16** **(6,25 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 407 (0,25 %)	**1 / 396** **(0,25 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die nosokomiale Infektion (Sepsis oder Pneumonie) bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.). Die nosokomiale Infektion (Sepsis oder Pneumonie) soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 10,00 % verbessert.

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (87,50 %; n = 14 von 16 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden überwiegend Einzelfälle als Grund für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt.

Tabelle 56: QI 50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,10 O/E = 865 / 783,06 2,63 % O/N = 865 / 32.952	1,00 O/E = 759 / 759,00 2,35 % O/N = 759 / 32.304	**1,04** **O/E = 815 / 782,68** **2,44 %** **O/N = 815 / 33.443**
rechnerische Auffälligkeiten	19 von 354 5,37 %	21 von 349 6,02 %	**23 von 344** **6,69 %** **(Refbereich: ≤ 2,36; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 19 (10,53 %)	**2 / 21** **(9,52 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 354 (0,56 %)	**2 / 349** **(0,57 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert den Pneumothorax unter oder nach Beatmung/Atemhilfe bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.). Der Pneumothorax unter oder nach Beatmung/Atemhilfe soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 4,00 % verschlechtert.

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (85,71 %; n = 18 von 21 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden überwiegend Einzelfälle für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt.

Tabelle 57: QI 52262: Zunahme des Kopfumfangs

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	10,23 % O = 1.286 N = 12.575	10,00 % O = 1.171 N = 11.710	**9,71 %** **O = 1.102** **N = 11.346**
rechnerische Auffälligkeiten	17 von 297 5,72 %	19 von 303 6,27 %	**15 von 295** **5,08 %** **(Refbereich: ≤ 21,28 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 17 (11,76 %)	**2 / 19** **(10,53 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 297 (0,67 %)	**2 / 303** **(0,66 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens

24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m.). Die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts soll möglichst angemessen sein.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 2,90 % verschlechtert.

Zum Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 in 36,84 % (n = 7 von 19 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) der Fälle kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Es kann vermutet werden, dass die allgemeine Akzeptanz gegenüber dem Qualitätsindikator eingeschränkt ist, da dieser vonseiten einiger LAG aufgrund von möglichen Messungenauigkeiten und von Zweifeln an der Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer als ein ungeeigneter Qualitätsparameter angesehen wird.

Qualitätsindikatoren zur Prozessqualität

Tabelle 58: QI 50063: Durchführung eines Hörtests

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,18 % O = 85.838 N = 87.431	97,99 % O = 82.051 N = 83.730	**98,13 %** **O = 81.866** **N = 83.423**
rechnerische Auffälligkeiten	23 von 411 5,60 %	39 von 405 9,63 %	**32 von 392** **8,16 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 23 (26,09 %)	**8 / 39** **(20,51 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 411 (1,46 %)	**8 / 405** **(1,98 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Durchführung eines Hörtests bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.). Die Durchführung eines Hörtests soll möglichst häufig erfolgen.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 0,14 % verbessert. Da Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 23+6 Wochen gemäß S2k-Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“ (Bührer et al. 2020) mitunter kurativ bzw. zeitweise kurativ behandelt werden, sollen auch diese der gesetzlichen Qualitätssicherung unterliegen und werden daher zum Auswertungsjahr 2025 zusätzlich im Nenner des Qualitätsindikators berücksichtigt. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 20,51 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 8 von 39). In den Rückmeldungen der LAG wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel (u. a. defekte Geräte, die die Durchführung eines Hörtests unmöglich gemacht haben) für die Bewertung als

qualitativ auffällig angegeben. Ebenso wurden vonseiten der Leistungserbringer in einigen Fällen keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt. Darüber hinaus wurden innerhalb des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 in 15,38 % der Fälle (n = 6 von 39 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) Dokumentationsdefizite identifiziert, z. B. infolge einer unvollzähligen oder falschen Dokumentation – u. a. bedingt durch Softwareprobleme oder der Neuanschaffung von Geräten.

Tabelle 59: QI 50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,11 O/E = 488 / 438,37 4,73 % O/N = 488 / 10.308	1,00 O/E = 402 / 402,00 4,22 % O/N = 402 / 9.535	**0,96** **O/E = 384 / 399,31** **4,18 %** **O/N = 384 / 9.183**
rechnerische Auffälligkeiten	23 von 298 7,72 %	19 von 287 6,62 %	**12 von 281** **4,27 %** **(Refbereich: ≤ 2,97; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 23 (13,04 %)	**7 / 19** **(36,84 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 298 (1,01 %)	**7 / 287** **(2,44 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Eine Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 4,00 % verbessert. Der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ist für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 um 35,50 % gesunken. Da Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 23+6 Wochen gemäß S2k-Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit" (Bührer et al. 2020) mitunter kurativ bzw. zeitweise kurativ behandelt werden, sollen auch diese der gesetzlichen Qualitätssicherung unterliegen und werden daher zum Auswertungsjahr 2025 zusätzlich im Nenner des Qualitätsindikators berücksichtigt. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt (36,84 %; n = 7 von 19 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Hervorzuheben ist, dass der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 182,52 % angestiegen ist. Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG Hinweise auf Struktur- und Prozess-

mängel genannt (z. B. Optimierungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Abteilungen, Gesamtlogistik bei der Erstversorgung sehr keiner Frühgeborener, Temperaturmanagement im Kreißsaal und beim Transport).

Tabelle 60: QI 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,89 O/E = 2.723 / 3.051,89 3,39 % O/N = 2.723 / 80.362	1,00 O/E = 2.894 / 2.894,00 3,76 % O/N = 2.894 / 76.986	**0,90** **O/E = 2.581 / 2.857,46** **3,35 %** **O/N = 2.581 / 77.106**
rechnerische Auffälligkeiten	21 von 437 4,81 %	22 von 422 5,21 %	**22 von 420** **5,24 %** **(Refbereich: ≤ 1,96; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 21 (47,62 %)	**7 / 22** **(31,82 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 437 (2,29 %)	**7 / 422** **(1,66 %)**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) bei Risiko-Lebendgeborenen (Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g). Eine Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) soll möglichst selten sein.

Der Qualitätsindikator weist im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bereits seit Jahren die meisten als qualitativ auffällig beurteilten Ergebnisse, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, auf (AJ 2022: 56,00 %; AJ 2023: 47,62 %; AJ 2024: 31,82 %). Vonseiten der LAG werden häufig Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel genannt, wie ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung (z. B. in Bezug auf die Raumtemperatur bei der Erstversorgung, die Verwendung von Wärmetüchern oder das postnatale Bonding im Kreißsaal, mangelnde Zusammenarbeit zwischen Kreißsaal und neonatologischer Intensivstation, unregelmäßige Körpertemperaturmessung beim Neugeborenen, Wärmeverlust bei Transport/ Verlegung) und eine ungenügende Sensibilisierung für das Qualitätsziel bzw. mangelnde Aufmerksamkeit des pflegerischen und ärztlichen Personals in Hinblick auf Wärmeschutzmaßnahmen. Nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene könne davon ausgegangen werden, dass der Hauptgrund für die hohe Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten in einer nicht ausreichenden Sensibilisierung für das Qualitätsziel bzw. mangelnden Aufmerksamkeit des pflegerischen und ärztlichen Personals in Hinblick auf Wärmeschutzmaßnahmen bestehe. Dieser Qualitätsparameter könne daher positiv beeinflusst werden. Bei Betrachtung der vergangenen Jahre könne allerdings eine Verbesserung hinsichtlich des Wärmemanagements innerhalb der Neugeborenenversorgung beobachtet werden. Ebenfalls hat sich das Bundesergebnis des

risikoadjustierten Qualitätsindikators für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 um 10,00 % verbessert. Zudem ist ein Rückgang des Anteils an qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf die rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 33,00 % zu verzeichnen – dies stellt ebenso einen erneuten starken Rückgang im Vergleich zum Auswertungsjahr 2022 dar.

Trotz der genannten Verbesserungen wird vonseiten der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene – auch insbesondere aufgrund des nach wie vor hohen Anteils an qualitativen Auffälligkeiten in diesem Qualitätsindikator – angeregt, die Bedeutung des Qualitätsparameters stärker in der breiteren Fachöffentlichkeit (z. B. im Rahmen von Kongressen/Konferenzen) und der klinischen Praxis (z. B. im Rahmen von Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien bzw. durch die Implementierung von Handlungsempfehlungen) hervorzuheben.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 der Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls *PM-NEO* deuten auf eine überwiegend gute Dokumentationsqualität hin. Dabei ist bei allen Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls *PM-NEO* eine Verbesserung des Bundesergebnisses zum Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Beim Auffälligkeitskriterium „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) bzw. beim Auffälligkeitskriterium „Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme“ (ID 850207) verbesserte sich das Bundesergebnis um 21,74 % bzw. 28,41 %, beim Auffälligkeitskriterium „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) sogar um 58,74 %.

Der höchste Anteil an Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Auswertungsjahr 2025 konnte beim Auffälligkeitskriterium „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) identifiziert werden (AJ 2025: 20,20 %). Im Vorjahr betraf dies noch die Auffälligkeitskriterien „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) (AJ 2024: 32,95 %) und „Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben“ (ID 851902) (AJ 2024: 30,95 %).

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 sind die meisten qualitativen Auffälligkeiten beim Auffälligkeitskriterium „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) mit einem Anteil von 72,41 % zu verzeichnen. Ursächlich hierfür waren nach Rückmeldungen der LAG Defizite in der Dokumentation, da innerhalb der QS-Dokumentation angegeben wurde, dass keine HIE vorlag, aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie.

Tabelle 61: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	0,72 % 628/87.623 (≤ 2,68 %; 95. Perzentil)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	0,63 % 75/11.889 (≤ 2,86 %; 95. Perzentil)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	14,78 % 458/3.099 (= 0)
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	57,50 % 598/1.040 (≤ 80,00 %)
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	37,66 % 1.656/4.397 (≤ 57,44 %; 90. Perzentil)
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	15,10 % 108/715 (= 0)
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	3,46 % 3.150/90.914 (≤ 11,30 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,31 % 91.833/91.550 (≥ 95,00 %)
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,31 % 91.833/91.550 (≤ 110,00 %)
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,75 % 686/91.550 (≤ 5,00 %)

Tabelle 62: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	2024	16 von 436	3,67	4
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	52262: Zunahme des Kopfumfangs	2024	11 von 303	3,63	0
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	46 von 258	17,83	30
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2024	27 von 167	16,17	9
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2024	41 von 203	20,20	10
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	2024	24 von 175	13,71	15

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	22 von 442	4,98	16
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unter-dokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	14 von 482	2,90	2
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	8 von 482	1,66	2
850208	Auffälligkeitskriterium zum Mini-maldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	16 von 482	3,32	6

© IQTIG 2025

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 63: AK 850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 % O = 907 N = 91.937	0,92 % O = 806 N = 87.665	**0,72 %** **O = 628** **N = 87.623**
rechnerische Auffälligkeiten	18 von 478 3,77 %	18 von 450 4,00 %	**16 von 436** **3,67 %** **(Refbereich: ≤ 2,68 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 18 (50,00 %)	**12 / 18** **(66,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	9 / 478 (1,88 %)	**12 / 450** **(2,67 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme ins Krankenhaus dokumentiert wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Qualitätsindikatoren „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069) und „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 0,72 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit keine Aufnahmetemperatur dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 21,74 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 8,25 % gesunken. Da im Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069) ab dem Auswertungsjahr 2025 bereits Kinder mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen eingeschlossen werden, wurde die Gestationsaltergrenze im Nenner des Auffälligkeitskriteriums von „24+0 Wochen“ auf „22+0 Wochen“ herabgesetzt. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt (66,67 %; n = 12 von 18 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG Dokumentationsfehler genannt (z. B. lag die Aufnahmetemperatur in der Patientenakte vor).

Tabelle 64: AK 850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,76 % O = 100 N = 13.237	0,88 % O = 109 N = 12.349	**0,63 %** **O = 75** **N = 11.889**
rechnerische Auffälligkeiten	15 von 303 4,95 %	12 von 310 3,87 %	**11 von 303** **3,63 %** **(Refbereich: ≤ 2,86 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 15 (40,00 %)	**5 / 12** **(41,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 303 (1,98 %)	**5 / 310** **(1,61 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei Entlassung aus dem Krankenhaus ein geringerer Kopfumfang als bei Aufnahme des Kindes in das Krankenhaus dokumentiert wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs" (ID 52262).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 0,63 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit bei Entlassung ein geringerer Kopfumfang als bei Aufnahme dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 28,41 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 6,20 % gesunken.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde im Auffälligkeitskriterium bei 41,67 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse die fehlerhafte Dokumentation bestätigt (Bewertung als qualitativ auffällig).

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde zum Auswertungsjahr 2024 bei 4 von 12 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (33,33 %) kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Nach Ansicht der betroffenen LAG würden aufgrund interindividueller Messungenauigkeiten des Kopfumfangs keine validen Werte vorliegen und sei das Auffälligkeitskriterium daher als kein sinnvoller Parameter für die Dokumentationsqualität anzusehen.

Tabelle 65: AK 851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	16,82 % O = 623 N = 3.703	17,62 % O = 596 N = 3.383	**14,78 %** **O = 458** **N = 3.099**
rechnerische Auffälligkeiten	69 von 270 25,56 %	76 von 268 28,36 %	**46 von 258** **17,83 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	25 / 69 (36,23 %)	**33 / 76** **(43,42 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	25 / 270 (9,26 %)	**33 / 268** **(12,31 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei Kindern eine Diagnose nach ICD-10-GM dokumentiert wurde, die kein Bestandteil der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen ist, obwohl im Dokumentationsbogen angegeben wurde, dass eine schwere angeborene oder letale angeborene Erkrankung vorliegt. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu allen im Auswertungsmodul *PM-NEO* ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 14,78 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit keine ICD-10-GM-Diagnose angegeben, die gemäß der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankung einer solchen Erkrankung entspricht. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 16,12 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 37,13 % gesunken. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde der ICD-10-Kode P83.2 „Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt" neu in die Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen aufgenommen. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auffälligkeitskriterium 43,42 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Demnach lagen in diesen Fällen gemäß Rückmeldungen der LAG keine schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankungen bei den Kindern vor. Bei 53,95 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 41 von 76) wurde vonseiten der LAG hingegen eine Bewertung als qualitativ unauffällig vorgenommen. Laut Rückmeldungen der LAG wird in Hinblick auf dieses Auffälligkeitskriterium innerhalb des Stellungnahmeverfahrens vielfach bzw. regelmäßig die korrekte Dokumentation der Leistungserbringer bestätigt. Aufgrund der nicht abschließenden Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen werde dieses Auffälligkeitskriterium daher als kritisch gesehen.

Tabelle 66: AK 851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	60,72 % O = 609 N = 1.003	69,98 % O = 683 N = 976	**57,50 %** **O = 598** **N = 1.040**
rechnerische Auffälligkeiten	30 von 164 18,29 %	52 von 168 30,95 %	**27 von 167** **16,17 %** **(Refbereich: ≤ 80,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 30 (10,00 %)	**22 / 52** **(42,31 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 164 (1,83 %)	**22 / 168** **(13,10 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei Kindern weder eine moderate noch eine schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD) angegeben wurde, obwohl das Vorliegen einer moderaten oder schweren BPD gemäß Nennerdefinition zu vermuten wäre. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Kennzahlen „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ (ID 51079) und „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 50053) sowie zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 57,50 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit weder eine moderate noch eine schwere BPD dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 17,83 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 47,75 % gesunken.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auffälligkeitskriterium 42,31 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG Dokumentationsfehler genannt (z. B. wurde eine moderate BPD nicht dokumentiert, obwohl diese gemäß Nennerdefinition hätte dokumentiert werden müssen, oder es bestehen krankenhausinterne Unschärfen in der Definition einer milden BPD). Hervorzuheben ist, dass der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) im Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 323,10 % angestiegen ist. Ein möglicher Grund für den starken Anstieg der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse könnte darin liegen, dass mit der Spezifikation 2023 der Ausfüllhinweis des Datenfelds „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ dahingehend angepasst wurde, dass dieses Datenfeld immer zu befüllen ist, auch wenn die BPD bereits bei Aufnahme vorlag. Des Weiteren wurde der Schlüsselwert „0 = keine oder milde BPD“ in zwei separate Schlüsselwerte aufgespalten, sodass insgesamt vier Schlüsselwerte zur Auswahl standen („0 = keine BPD“, „1 = ja, milde BPD“, „2 = moderate BPD“, „3= schwere BPD“). Da somit nun die milde BPD eigens dokumentiert werden kann, muss jedoch angenommen werden, dass die moderate (und ggf. schwere) BPD im Spezifikationsjahr 2023 unterdokumentiert und die milde BPD überdoku-

mentiert wurde. Außerdem kann vermutet werden, dass dadurch der Zähler des Auffälligkeitskriteriums ebenso mehr Fälle (keine oder milde BPD) betrachtet und die Ergebnisse entsprechend eher als qualitativ auffällig bewertet wurden.

Das Datenfeld „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)" und entsprechend der Ausfüllhinweis wurden mit der Spezifikation 2024 umfassend überarbeitet. Mit der Anpassung wird künftig lediglich das Vorliegen einer moderaten und schweren BPD abgefragt. Das primäre Ziel der Überarbeitung des Datenfelds zur BPD war, dass eine vereinfachte, einheitliche und eindeutige Definition angeboten wird, die sowohl aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung trägt als auch an der klinischen Praxis orientiert ist. Hierdurch soll eine einfach umsetzbare und damit validere Dokumentation sowie eine bessere Abbildung einer moderaten bzw. schweren BPD in den jeweiligen Parametern (Qualitätsindikator, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterium) ermöglicht werden.

Tabelle 67: AK 852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	42,97 % O = 2.042 N = 4.752	39,98 % O = 1.796 N = 4.492	**37,66 %** **O = 1.656** **N = 4.397**
rechnerische Auffälligkeiten	41 von 217 18,89 %	51 von 215 23,72 %	**41 von 203** **20,20 %** **(Refbereich: ≤ 57,44 %; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 41 (31,71 %)	**21 / 51** **(41,18 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 217 (5,99 %)	**21 / 215** **(9,77 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob das Datum des ersten in der eigenen Einrichtung durchgeführten ROP-Screenings außerhalb des in der Leitlinie (Maier et al. 2020) empfohlenen Zeitraums dokumentiert wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Kennzahlen „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)" (ID 51078) und „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)" (ID 50052) sowie zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung" (ID 51901).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 37,66 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit das Datum des ersten ROP-Screenings nicht im gemäß Leitlinie empfohlenen Zeitraum dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 5,80 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 14,84 % gesunken.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auffälligkeitskriterium 41,18 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG überwiegend Hinweise

auf Struktur- und Prozessmängel genannt (z. B. Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Konsiliarpartner).

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde zum Auswertungsjahr 2024 bei 4 von 51 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (7,84 %) kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, da der innerhalb des Auffälligkeitskriterium zugrunde gelegte Zeitraum nach Ansicht der betroffenen LAG zu eng gewählt sei – beispielhaft wurde in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass, wenn in der Klinik ein bestimmter Wochentag für das ROP-Screening festgelegt ist und dieser z. B. auf einen Feiertag fällt oder das Kind z. B. an diesem Tag eine Operation erhält, die Durchführung des ROP-Screening zu spät (oder zu früh) erfolge. Nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene sei die in der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen" (Maier et al. 2020) empfohlene Zeitspanne von 7 Tagen allerdings als ausreichend anzusehen, um das ROP-Screening an einem bestimmten Tag gewährleisten zu können.

Gemäß Empfehlung der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen" (Maier et al. 2020) sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42), aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen erfolgen. Auch bei extrem unreifen Frühgeborenen erfolge die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh. Es ist darauf hinzuweisen, dass das Auffälligkeitskriterium für Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 25+6 Wochen aktuell nicht gänzlich korrekt abgebildet wird. Nach Leitlinienempfehlung sollte bei diesen Kindern die erste Augenuntersuchung mit einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen bis 31+6 Wochen bzw. für Kinder mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 25+6 Wochen in der 7. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 43 bis 49), für Kinder mit einem Gestationsalter von 24+0 bis 24+6 Wochen in der 8. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 50 bis 56), für Kinder mit einem Gestationsalter von 23+0 bis 23+6 Wochen in der 9. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 57 bis 63) und für Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 22+6 Wochen in der 10. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 64 bis 70) durchgeführt werden. Die Zähler-Rechenregel des Auffälligkeitskriteriums wird daher entsprechend der Leitlinienempfehlung mit den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 angepasst. Im Zähler werden daher die beschriebenen neuen Bedingungen gemäß Leitlinie für Kinder mit einem Gestationsalter unter 26+0 Wochen zugrunde gelegt.

Ferner soll in Hinblick auf dieses Auffälligkeitskriterium zukünftig erörtert werden, inwiefern der Qualitätsparameter „Durchführung des ersten ROP-Screenings gemäß Leitlinienempfehlung" eher die Versorgungsqualität (und weniger die Dokumentationsqualität) abbildet und daher anstatt als Auffälligkeitskriterium als Qualitätsindikator/Kennzahl angewendet werden sollte.

Tabelle 68: AK 852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	36,60 % O = 258 N = 705	**15,10 %** **O = 108** **N = 715**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	58 von 176 32,95 %	**24 von 175** **13,71 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**42 / 58** **(72,41 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**42 / 176** **(23,86 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob eine HIE dokumentiert wurde, wenn angegeben wurde, dass bei einem asphyktischen Kind eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 222402).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 15,10 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit keine HIE angegeben, obwohl dokumentiert wurde, dass bei einem asphyktischen Kind eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 58,74 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 58,39 % gesunken.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt (72,41 %; n = 42 von 58 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG Dokumentationsdefizite genannt (z. B. lag die Angabe über das Vorliegen einer HIE in der Patientenakte vor, wurde aber nicht dokumentiert).

Aufgrund der Neueinführung des Auffälligkeitskriteriums im Auswertungsjahr 2024 können keine Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2023 ausgegeben bzw. kann keine Vergleichbarkeit zum Auswertungsjahr 2023 angestellt werden.

Tabelle 69: AK 852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	3,73 % O = 3.420 N = 91.635	**3,46 %** **O = 3.150** **N = 90.914**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	23 von 457 5,03 %	**22 von 442** **4,98 %** **(Refbereich: ≤ 11,30 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**2 / 23** **(8,70 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**2 / 457** **(0,44 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob die Häufigkeit der Angabe einer schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankung in Bezug auf die übermittelten QS-Bögen plausibel ist. Es hat einen Bezug zu allen im Auswertungsmodul *PM-NEO* ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 3,46 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit angegeben, dass eine schwere angeborene oder letale angeborene Erkrankung vorliegt. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 7,24 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 0,99 % gesunken.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (78,26 %; n = 18 von 23 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden u. a. Einzelfälle als Grund für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt.

Aufgrund der Neueinführung des Auffälligkeitskriteriums im Auswertungsjahr 2024 können keine Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2023 ausgegeben bzw. kann keine Vergleichbarkeit zum Auswertungsjahr 2023 angestellt werden.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 70: AK 850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,86 % O = 97.244 N = 96.411	100,41 % O = 92.482 N = 92.108	**100,31 %** **O = 91.833** **N = 91.550**
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 516 1,55 %	8 von 495 1,62 %	**14 von 482** **2,90 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 8 (50,00 %)	**7 / 8** **(87,50 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 516 (0,78 %)	**7 / 495** **(1,41 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025 eine Dokumentationsrate von 100,31 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation.

Tabelle 71: AK 850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,86 % O = 97.244 N = 96.411	100,41 % O = 92.482 N = 92.108	**100,31 %** **O = 91.833** **N = 91.550**
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 516 1,94 %	5 von 495 1,01 %	**8 von 482** **1,66 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 10 (20,00 %)	**4 / 5** **(80,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 516 (0,39 %)	**4 / 495** **(0,81 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025 eine Dokumentationsrate von 100,31 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation.

Tabelle 72: AK 850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,74 % O = 716 N = 96.411	0,67 % O = 621 N = 92.108	**0,75 %** **O = 686** **N = 91.550**
rechnerische Auffälligkeiten	13 von 516 2,52 %	10 von 495 2,02 %	**16 von 482** **3,32 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 13 (23,08 %)	**1 / 10** **(10,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 516 (0,58 %)	**1 / 495** **(0,20 %)**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025, dass bei 0,75 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz statt eines regulären Datensatzes angelegt wurde. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) im Vorjahr nicht sinnvoll.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (80,00 %; n = 8 von 10 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden überwiegend Einzelfälle für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt (z. B. neurologische Rehabilitationseinrichtung, welcher gelegentlich Kinder aus neonatologischen Einrichtungen zur Akutnachsorge zugewiesen werden, die die Einschlusskriterien für die QS-Dokumentation im Auswertungsmodul *PM-NEO* erfüllen).

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 73: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	2.977	-	2.897	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.977	100,00	2.897	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	259	8,70	264	9,11
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	259	100,00	264	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	259	100,00	264	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	18	6,95	9	3,41
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	241	93,05	255	96,59
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	241	100,00	255	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	0,83	1	0,39
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	192	74,13	201	76,14
Bewertung als qualitativ auffällig	39	15,06	37	14,02
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	4	1,54	9	3,41
Sonstiges	6	2,32	8	3,03

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	10	n. a.	9	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL zum Auswertungsjahr 2024 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 2.897 Indikatorenergebnisse vorlagen.

Hervorzuheben ist, dass beim Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs" (ID 52262) in mehr als einem Drittel der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. Es kann vermutet werden, dass die allgemeine Akzeptanz gegenüber dem Qualitätsindikator eingeschränkt ist, da dieser vonseiten einiger LAG aufgrund von möglichen Messungenauigkeiten und von Zweifeln an der Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer als ein ungeeigneter Qualitätsparameter angesehen wird.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden – wie bereits in den Vorjahren – zum Sentinel-Event-Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 51070) ermittelt, wobei der Indikator auch die meisten qualitativ unauffälligen Ergebnisse aufweist. In vielen Fällen handelte es sich dabei gemäß Rückmeldungen der LAG um schwerwiegende Fälle mit schicksalhaftem Verlauf oder um perinatal bzw. in der Geburtsklinik aufgetretene Sterbefälle.

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, mit ungefähr einem Drittel bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, in den Qualitätsindikatoren zur Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen (ID 50069) bzw. bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 50074) festgestellt. Vonseiten der LAG werden oftmals Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (v. a. in Bezug auf die Verfügbarkeit eines Wärmemanagements in der Neugeborenenversorgung) als Begründungen genannt. In keinem der als qualitativ auffällig bewerteten Fälle wurde eine Maßnahme der Maßnahmenstufe 1 bzw. 2 (u. a. Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien oder die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien) eingeleitet.

In den Qualitätsindikatoren „Nosokomiale Infektion" (ID 50060) und „Pneumothorax unter oder nach Beatmung" (50062) wurde ebenso ein hoher Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft. Als Grund für die Bewertung als qualitativ unauffällig wurden vonseiten der LAG vorwiegend Einzelfälle genannt.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 war bei 3,41 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 9 von 264) aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich. Die meisten Dokumentationsfehler wurden im Qualitätsindikator „Durchführung eines

Hörtests“ (ID 50063) identifiziert. In den Rückmeldungen der LAG wurden dabei Soft- und Hardwareprobleme für die Dokumentationsprobleme genannt.

Tabelle 74: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-NEO

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
166	37	8	34	0	1

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* treten bei Leistungserbringern mehrfache rechnerische Auffälligkeiten gehäuft auf (siehe Tabelle 74) – so wiesen insgesamt 37 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 8 Leistungserbringern wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zudem ist zu erkennen, dass es bei den qualitativen Auffälligkeiten in nur geringfügigem Maße zu mehrfachen Auffälligkeiten kommt - kein Leistungserbringer wies 2 qualitativ auffällige Ergebnisse auf, ein Leistungserbringer hatte 3 oder mehr qualitativ auffällige Ergebnisse.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Datenvalidierung gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul *PM-NEO* insgesamt 8 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 3.541 Ergebnisse ermittelt wurden. Zu 300 von 313 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 13-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 149 Ergebnisse als qualitativ auffällig bzw. 144 Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 313) einem Anteil von 47,60 % bzw. 46,01 % und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmeverfahren (n = 300) einem Anteil von 49,67 % bzw. 48,00 % entspricht. Bei 22 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert. Die Maßnahmenstufe 1 wurde dabei bei als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnissen insbesondere zu den Auffälligkeitskriterien „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) und „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) eingeleitet.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zu den Auffälligkeitskriterien „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300), „Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben“ (ID 851902) und „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) ermittelt.

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, in den Auffälligkeitskriterien „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) und „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) festgestellt. Demnach wurde hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums 852300 bei 72,41 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bestätigt, dass innerhalb der QS-Dokumentation angegeben wurde, dass keine HIE vorlag, aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie. In Bezug auf das Auffälligkeitskriterium 850206 erwies es sich demzufolge als zutreffend, dass bei 66,67 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen innerhalb der QS-Dokumentation angegeben wurde, dass die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus nicht bekannt war. Ursächlich hierfür waren nach Rückmeldungen der LAG Defizite in der Dokumentation.

Die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich im Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben“ (ID 852301). In den Rückmeldungen der LAG wurde als Begründung für die qualitativ unauffälligen Ergebnisse auf Einzelfälle hingewiesen.

Tabelle 75: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	2.984	100,00	3.541	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	204	6,84	313	8,84
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,49	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	204	100,00	313	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	56	27,45	13	4,15
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	148	72,55	300	95,85
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	148	100,00	300	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	82	40,20	144	46,01
Bewertung als qualitativ auffällig	65	31,86	149	47,60
Sonstiges	1	0,49	7	2,24
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	3	n. a.	22	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 76: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-NEO

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
101	62	25	87	21	6

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* treten bei Leistungserbringern mehrfache rechnerische Auffälligkeiten gehäuft in den Auffälligkeitskriterien auf (siehe Tabelle 76) – so wiesen insgesamt 62 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 25 Leistungserbringern wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Bei den qualitativen Auffälligkeiten kommt es in einem geringeren Maße zu mehrfachen Auffälligkeiten - 21 Leistungserbringer wiesen 2 qualitativ auffällige Ergebnisse auf, bei 6 Leistungserbringer kam es zu 3 oder mehr qualitativ auffälligen Ergebnissen.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *PM-NEO* wurden insbesondere die im Folgenden aufgeführten Themen sowohl innerhalb des Expertengremiums auf Bundesebene diskutiert als auch vonseiten der LAG, z. B. im Zusammenhang des Stellungnahmeverfahrens, zurückgemeldet.

Das im Rahmen der Datenvalidierung ausgewiesene Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 850318) führe nach Ansicht der LAG aufgrund der im Auswertungsmodul *PM-NEO* verwendeten Ausschlussliste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen, die als unvollständig anzusehen sei, zu unnötig vielen Stellungnahmen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens. Auch würden angeborene Erkrankungen, die in Kombination als schwer oder letal einzustufen wären, aktuell nicht im Rahmen der Liste bzw. des Auffälligkeitskriteriums abgebildet. In Hinblick auf die Relevanz des Auffälligkeitskriteriums ist darauf hinzuweisen, dass der Ausschluss von Kindern mit schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankungen aus allen Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO* aktuell über die Angabe „1 = schwer oder letal“ im Datenfeld „angeborene Erkrankungen“ erfolgt. Hierdurch besteht die Möglichkeit, dass Fälle ausgeschlossen werden, die nicht als schwere oder letale angeborene Erkrankungen gemäß entsprechender Liste einzuordnen wären. Innerhalb des Expertengremiums auf Bundesebene wird daher aktuell erörtert, ob und inwiefern die genannte Liste als Ausschlussliste direkt in der Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien verortet werden sollte. Die aktuell ausgewiesenen Auffälligkeitskriterien „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) und „Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben“ (ID 852301) könnten bei einer solchen Umsetzung entfallen. Zusätzlich wird eine grundsätzliche Überarbeitung der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen diskutiert, deren Diagnosen aufgrund einer signifikant relevant erhöhten Mortalität zu einem Ausschluss aus den o. g. Parametern berechtigen.

Der Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) stellt nach Ansicht der LAG einen ungeeigneten Qualitätsparameter dar, da dieser z. B. aufgrund interindividueller Messungenauigkeiten des Kopfumfangs und durch Einflüsse der medizinischen Behandlung störanfällig sei. Ebenso werde das im Rahmen der Datenvalidierung erhobene Auffälligkeitskriterium „Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme“ (ID 850207) aus genanntem Grund als kein sinnvoller Parameter für die Dokumentationsqualität angesehen.

Auch bilde das Auffälligkeitskriterium „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) eher die Versorgungsqualität und weniger die Dokumentationsqualität ab und sollte daher vielmehr als Qualitätsindikator/Kennzahl ausgewiesen werden.

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie die erhobenen Ergebnisse mit Blick auf die zugrunde liegenden Richtlinienziele einzuordnen sind. Dabei wird sowohl auf themenspezifische Aspekte als auch auf übergreifende Entwicklungen eingegangen. Außerdem wird darüber informiert, welche Aspekte

aus den Diskussionen im Expertengremium auf Bundesebene und den LAG-Rückmeldungen hervorgegangen sind.

Das Auswertungsmodul *PM-NEO* soll insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie unerwünschte Ereignisse der kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses messen, vergleichend darstellen und bewerten.

Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Auswertungsmoduls *PM-NEO*:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen
- Verringerung der Sterblichkeit

Für das Auswertungsjahr 2024 haben 7 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt.

Die im Auswertungsmodul *PM-NEO* verwendete Ausschlussliste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen (IQTIG 2023) wurde im Rahmen des Weiterentwicklungsprojekts zum Verlegungsgeschehen im Jahr 2017 erarbeitet und die zugrunde liegende Methodik im Bericht zum Verlegungsgeschehen im Jahr 2019 veröffentlicht (IQTIG 2019). Die in dieser Liste enthaltenen ICD-10-GM-Kodes bedingen einen Ausschluss aus der Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO*. Hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert" (ID 851813) wurde in den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren darauf verwiesen, dass die für die Berechnung des Auffälligkeitskriteriums herangezogene Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen nicht auf Vollständigkeit beruht bzw. dass gemäß Einschätzung der LAG Erkrankungen vorgelegen haben, die zwar kein Bestandteil der o. g. Liste sind, allerdings als schwer oder letal anzusehen seien. Darüber hinaus lägen vereinzelt angeborene Erkrankungen vor, die gemäß Liste nicht als schwer oder letal einzustufen sind, in Kombination insgesamt jedoch als schwer oder letal einzustufen waren. Die Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen wird bewusst als nicht final abgeschlossen, sondern als lernendes System angesehen. Das IQTIG prüft in regelmäßigen Abständen (auch auf Basis der Rückmeldungen der LAG und Leistungserbringer), inwieweit ICD-10-GM-Kodes aus inhaltlicher Sicht eine schwere angeborene oder letale angeborene Erkrankung darstellen, ob sie mit einer signifikant relevant erhöhten Mortalität einhergehen und dementsprechend in die o. g. Liste aufgenommen werden sollten. Nach Prüfung der zurückgemeldeten Diagnosen innerhalb der QS-Daten der vergangenen Jahre wurde in Bezug auf den ICD-10-GM-Kode P83.2 „Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt" eine signifikant bzw. relevant erhöhte Mortalitätsrate identifiziert. Dieser ICD-10-GM-Kode wurde daher ab der Spezifikation 2024 neu in die Liste der schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen aufgenommen. Aktuell erfolgt der Ausschluss von Kindern mit schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankungen im Auswertungsmodul *PM-NEO* über die Angabe „1 = schwer oder letal" im Datenfeld „angeborene Erkrankungen". Allerdings besteht hierdurch auch die Möglichkeit, dass Fälle ausgeschlossen werden, die nicht als „schwere oder letale angeborene

Erkrankungen“ gemäß der im Auswertungsmodul *PM-NEO* verwendeten Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen einzuordnen wären. Im Rahmen des Expertengremiums auf Bundesebene soll daher künftig erörtert werden, ob und inwiefern eine solche Liste als Ausschlussliste direkt in die Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien integriert werden sollte. Die aktuell im Auswertungsmodul *PM-NEO* im Rahmen der Datenvalidierung ausgewiesenen Auffälligkeitskriterien „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) und „Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben“ (ID 852301) könnten bei entsprechender Umsetzung entfallen. Darüber hinaus ist im Rahmen des Expertengremiums auf Bundesebene abzustimmen, ob und inwiefern der generelle Ausschluss aller in der Liste enthaltenen ICD-10-GM-Kodes aus den o. g. Parametern sinnvoll erscheint. Beispielsweise könnte künftig eine stark verkürzte Liste mit ausgewählten ausschließlich letalen angeborenen Erkrankungen (z. B. Potter-Syndrom, Anenzephalie, thanatophore Dysplasien) bzw. eine angepasste Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen erarbeitet werden, die zu einem Ausschluss aus den o. g. Parametern berechtigt. Bei Ausschluss von lediglich letalen angeborenen Erkrankungen sollte dann entsprechend eine Liste mit schweren angeborenen Erkrankungen entwickelt werden, nach denen in den betroffenen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen die Risikoadjustierung vorgenommen wird.

Dem IQTIG wurde mehrfach zurückgemeldet, dass der aktuell veröffentlichte Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) einen ungeeigneten Qualitätsparameter darstelle, da dieser z. B. durch interindividueller Messungenauigkeiten und Einflüsse der medizinischen Versorgung (z. B. CPAP-Beatmung (*continuous positive airway pressure*) mit Befestigung durch eine Mütze) störanfällig sei. Die Messung des Schädelvolumens lasse darüber hinaus gegenüber der zweidimensionalen Messung des Kopfumfangs eine bessere Einschätzung des Hirnwachstums zu. Aufgrund der Streuung der Messergebnisse sei keine sinnvolle Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität möglich. Ebenso würden in Bezug auf das im Rahmen der Datenvalidierung erhobene Auffälligkeitskriterium „Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme“ (ID 850207) aufgrund interindividueller Messungenauigkeiten des Kopfumfangs keine validen Werte vorliegen, wodurch das Auffälligkeitskriterium als Parameter für die Dokumentationsqualität infrage stehe. Darüber hinaus wurde der Qualitätsindikator 52262 in der Vergangenheit mit Blick auf den Einfluss des Kopfwachstums bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen auf die mentale, kognitive, neurologische und/oder motorische Entwicklung bei Kindern und die Beeinflussbarkeit des Kopfwachstums während des stationären Aufenthalts und der damit einhergehenden Verantwortungszuschreibung diskutiert.

Beim Auffälligkeitskriterium „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) soll zukünftig erörtert werden, inwiefern der Qualitätsparameter „Durchführung des ersten ROP-Screenings gemäß Leitlinienempfehlung“ eher die Versorgungsqualität (und weniger die Dokumentationsqualität) abbildet und daher anstatt als Auffälligkeitskriterium als Qualitätsindikator/Kennzahl dargestellt werden sollte.

5 Ausblick

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS PM*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Es wurde überwiegend empfohlen, die bestehenden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen beizubehalten und einige mit Anpassungen fortzuführen. Der Qualitätsindikator zur Zunahme des Kopfumfangs (ID 52262) sowie drei Kennzahlen zur IVH Grad 3 oder PVH (ID 222200) und zur PVL (IDs 51077 und 50051) wurden aufgrund unzureichender Eignung, geringen Verbesserungspotenzials oder nicht nachgewiesenen Zusammenhangs mit einem patientenrelevanten Merkmal zur Abschaffung empfohlen. Weiterhin soll bei Kennzahlen, die sich auf dasselbe Qualitätsmerkmal beziehen, jeweils diejenige zur Ausweisung der rohen Raten entfallen, da diese bereits innerhalb der risikoadjustierten Raten abgebildet wird und eine zusätzliche Darstellung als redundant anzusehen ist.

Vor dem Hintergrund der seit Langem angestrebten Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung sollen nun zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres“ und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres“ praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll. Langfristig könnte dies in den Regelbetrieb eingeführt werden und es können ggf. weitere Qualitätsindikatoren auf Basis verknüpfter Daten zur Einführung empfohlen werden.

Im Rahmen des Weiterentwicklungsprojekts zum Verlegungsgeschehen von sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g sollen künftig Qualitätsinformationen auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen mit Blick auf die vorangegangenen 5 Jahre erfasst und standortbezogen auf der Website www.perinatalzentren.org veröffentlicht werden. Dadurch erfolgt lediglich eine deskriptive Darstellung des Verlegungsgeschehens, die keine Interpretation der Versorgungsqualität ermöglicht. Das IQTIG erarbeitet derzeit im Auftrag des G-BA, wie entsprechende Inhalte zum Verlegungsgeschehen in den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer und den länderbezogenen Auswertungen für die LAG dargestellt werden können. Auf diese Weise könnten perspektivisch die bislang nur deskriptiv darzustellenden Ergebnisse zum Verlegungsgeschehen bei erkennbaren Struktur- oder Prozessproblemen auch die Funktion von

Aufgreifkriterien zur Auslösung von weiteren Handlungsanschlüssen haben, um gezielt Qualitätsverbesserungen in den beteiligten Krankenhäusern adressieren zu können.

Literatur

Abou-Dakn, M; Louwen, F; Wagner, U; Dötsch, J; Lawrenz, B; Ehm, D; et al. (2020): AWMF-Registernummer 015-084. S3-Leitlinie: Sectio caesarea [*Langfassung*]. Version 1.0. Stand: Juni 2020. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf (abgerufen am: 25.06.2025). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

Bührer, C; Felderhoff-Müser, U; Gembruch, U; Hecher, K; Kainer, F; Kehl, S; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-019. S2k-Leitlinie: Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit [*Langfassung*]. 4. Auflage. Versions-Nummer: 4.1. [Stand:] 24.06.2022, Erstveröffentlichung: Dezember 1998, Überarbeitung von: Mai 2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-019l_S2k_Fr%C3%BChgeburt_Grenze_Lebensf%C3%A4higkeit_2025-05-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 25.06.2025). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Umsetzungskonzept zur Abbildung des Verlegungsgeschehens bei Frühgeborenen. Abschlussbericht. Stand: 29.03.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Umsetzungskonzept-Verlegungsgeschehen-Fruehgeborener_Abschlussbericht_barrierefrei_2019-03-29.pdf (abgerufen am: 18.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Ausfüllhinweise. Neonatologie (NEO). QS-Spezifikation 2023 V06. Stand: 21.03.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/erfassung/2023/v06/neo/Ausfuellhinweise_NEO.html (abgerufen am: 25.06.2025).

Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [*Langfassung*]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand:] März 2020, Erstveröffentlichung: Juni 1998. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-010l_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2025-04-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 25.06.2025). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2025): NICE Guideline NG192. Caesarean birth [*Guidance*]. Published: March 2021, last updated: June 2025. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-7064-3. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805 (abgerufen am: 25.06.2025).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

PM-GEBH: Geburtshilfe

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Geburtshilfe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

Inhaltsverzeichnis

Einleitung ... 6

Datengrundlagen ... 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten ... 7

Ergebnisübersicht ... 9

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 ... 10

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 ... 12

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen ... 14

330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen ... 14

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung ... 17

52249: Kaiserschnittgeburt ... 20

Details zu den Ergebnissen ... 24

1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten ... 26

Details zu den Ergebnissen ... 29

Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung ... 30

321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate) ... 30

51397: Azidose bei reifen Einlingen ... 33

51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen ... 37

Details zu den Ergebnissen ... 41

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten ... 42

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen ... 45

Details zu den Ergebnissen ... 49

181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV ... 51

Details zu den Ergebnissen ... 55

331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt ... 56

Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe ... 59

182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen ... 59

182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen ... 62

182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen ... 65

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 68

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 68

850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten ... 68

850224: Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess ... 70

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 72

850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 72

850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 74

850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 76

Basisauswertung ... 78

Basisdokumentation ... 78

Datenbasis: Anzahl der Mütter und Kinder ... 79

Informationen zur Schwangeren ... 81

Vorausgegangene Schwangerschaften ... 81

Informationen zur jetzigen Schwangerschaft ... 83

Untersuchungen in der jetzigen Schwangerschaft ... 84

Präpartale Diagnostik/Therapie ... 84

Antenatale Kortikosteroidtherapie ... 85

Mütter, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik und nach der Geburt des Kindes erfolgte ... 85

Kortikosteroidtherapie (begonnen in eigner Klinik) bei Lebendgeborenen ... 86

Informationen zur Geburt ... 87

Aufnahme ... 87

Geburtseinleitung ... 88

Geburtsmodus und Lage des Kindes ... 88

Geburtsmodus bei Kindern < 1500 g ... 90

Geburtsmodus bei Kindern ≥ 1500 g ... 92

Sectiomanagement bei Beckenendlage ... 93

Sectiomanagement bei Schädellage ... 94

Indikation zur Sectio ... 95

Allgemeinanästhesie bei Sectio ... 95
E-E-Zeit ... 96
Zeitpunkt der Geburt ... 98
Diagnostik/Therapie ... 99
Befunde und Risiken ... 102
Befunde während der Schwangerschaft ... 103
Geburtsrisiken ... 105
Informationen zum Kind ... 107
Kindliche Morbidität ... 115
Risikokollektivbildung ... 117
Verlegung des Kindes ... 118
Mortalität ... 119
Informationen zur Mutter ... 123
Komplikationen ... 123
Verweildauer ... 125
Entlassung ... 126

Einleitung

Die Perinatalmedizin umfasst die Versorgung von Mutter und Kind im Zeitraum kurz vor bis kurz nach der Geburt. Die Münchner Perinatalstudie (1975 bis 1977) und die daraus hervorgegangene Perinatalerhebung gelten allgemein als Ausgangspunkt der heutigen gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin. Deren Ziel ist es, beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung zu erfassen und die Qualität kontinuierlich zu verbessern.
Seit 2001 ist der Bereich der Geburtshilfe in einem bundeseinheitlichen Auswertungsmodul etabliert, in dem alle Geburten in der Bundesrepublik, die in einem Krankenhaus stattgefunden haben, erfasst werden.

Verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität vor, während und nach der Geburt werden mit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen abgebildet und beziehen sich auf die adäquate medizinische Versorgung sowohl der Mutter als auch des Kindes. Indikatoren und Kennzahlen der mütterlichen Versorgung zielen unter anderem auf die Vermeidung von Infektionen nach einer Kaiserschnittgeburt (ID 50045), auf die Vermeidung von höhergradigen Dammrissen (ID 181800) wie auch auf die Vermeidung von mütterlichen Sterbefällen (ID 331) ab. Des Weiteren beziehen sich Indikatoren und Kennzahlen der kindlichen Versorgung sowohl auf medizinisch sinnvolle Maßnahmen und Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung als auch auf die Erfassung von Aspekten des Behandlungsergebnisses des Kindes. So ist der Säure-Basen-Status im Nabelschnurblut (IDs 321, 51397 und 51831) ein wichtiger Hinweis auf einen Sauerstoffmangel des Neugeborenen unter der Geburt. Mit dem Prozessindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) wird ermittelt, ob Frühgeborene bei ihrer Geburt durch Kinderärztinnen oder -ärzte adäquat medizinisch betreut wurden. Dies verbessert die Prognose der Frühgeborenen erheblich und gehört daher zur Standardisierung. Zusätzlich wird erfasst, ob kranke Reif- und Frühgeborene in einem für ihre Krankheitsschwere und den Grad der Unreife geeigneten Krankenhaus (Perinatalzentren) geboren wurden (IDs 182010, 182011 und 182014). Außerdem wird die regelhafte Behandlung der Mutter mit Kortikosteroiden (Kortison) bei drohender Frühgeburt (ID 330) erfasst, da diese Maßnahme die Lungenreifung beim Frühgeborenen fördert. Darüber hinaus ermöglicht der „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) durch die Kombination klinischer Messwerte (Apgar-Scores, pH-Werte und Base Excess) sowie der Angabe zur Sterblichkeit eine umfassende Einschätzung zum Zustand des Kindes unter bzw. kurz nach der Geburt. Schließlich adressieren zwei Indikatoren die mütterliche und kindliche medizinische Versorgung gemeinsam: So wird bei einem Notfallkaiserschnitt (Notsectio), der aufgrund einer Gefährdung der mütterlichen oder kindlichen Gesundheit durchgeführt wird, erhoben, ob die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeit zwischen der Entscheidung zur Notsectio und der Entwicklung (Geburt) des Kindes, unter den maximal tolerablen 20 Minuten liegt (ID 1058). Liegt die Zeitspanne darüber, kann dies beispielsweise zu einem schwerwiegenden Sauerstoffmangel beim Kind mit dem Risiko schwerer bleibender Schäden führen. In gleicher Weise bezieht sich der Indikator zur risikoadjustierten Kaiserschnittrate (ID 52249) sowohl auf die Mutter als auch auf das Kind, weil bei nicht indizierten Kaiserschnitten von Nachteilen für die Mutter und für das Kind auszugehen ist.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichts basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.

Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird ebenfalls pro Vergleichsgruppe und zusätzlich auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene dargestellt.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das Auswertungsmodul Geburtshilfe (PM-GEBH) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (OPS, ICD-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	654.174 653.722 452	651.135	100,47
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	610		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	613	614	99,84

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	577	575	100,35

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zum Auswertungsmodul PM-GEBH finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pm/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	Transparenzkennzahl	95,02 % O = 5.919 N = 6.229
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %	99,04 % O = 216.584 N = 218.675
52249	Kaiserschnittgeburt	≤ 1,28 (90. Perzentil)	1,06 O/E = 216.940 / 205.364,30 N = 649.047
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	0,37 % O = 32 N = 8.714
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung			
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	0,27 % O = 1.591 N = 595.341
51397	Azidose bei reifen Einlingen	Transparenzkennzahl	1,13 O/E = 1.591 / 1.409,60 N = 595.341
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	≤ 4,72 (95. Perzentil)	1,16 O/E = 314 / 270,21 N = 36.317

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %	96,67 % O = 18.818 N = 19.466
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32	1,12 O/E = 4.812 / 4.294,64 N = 608.540
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	Transparenzkennzahl	0,79 O/E = 446 / 566,51 N = 431.988
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	Sentinel Event	0,00 % O = 22 N = 653.722
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe			
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	Sentinel Event	0,12 % O = 75 N = 61.053
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	≤ 4,66 % (95. Perzentil)	2,63 % O = 2.230 N = 84.771
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	≤ 11,76 % (95. Perzentil)	8,49 % O = 15.511 N = 182.735

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0	0,50 % 44 / 8.714	7,11 % 41 / 577
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	≤ 2,50 % (95. Perzentil)	0,85 % 5.159 / 608.489	4,62 % 28 / 606

© IQTIG 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,47 % 654.174 / 651.135	1,30 % 8 / 614
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,47 % 654.174 / 651.135	0,49 % 3 / 614
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,07 % 452 / 651.135	0,00 % 0 / 614

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

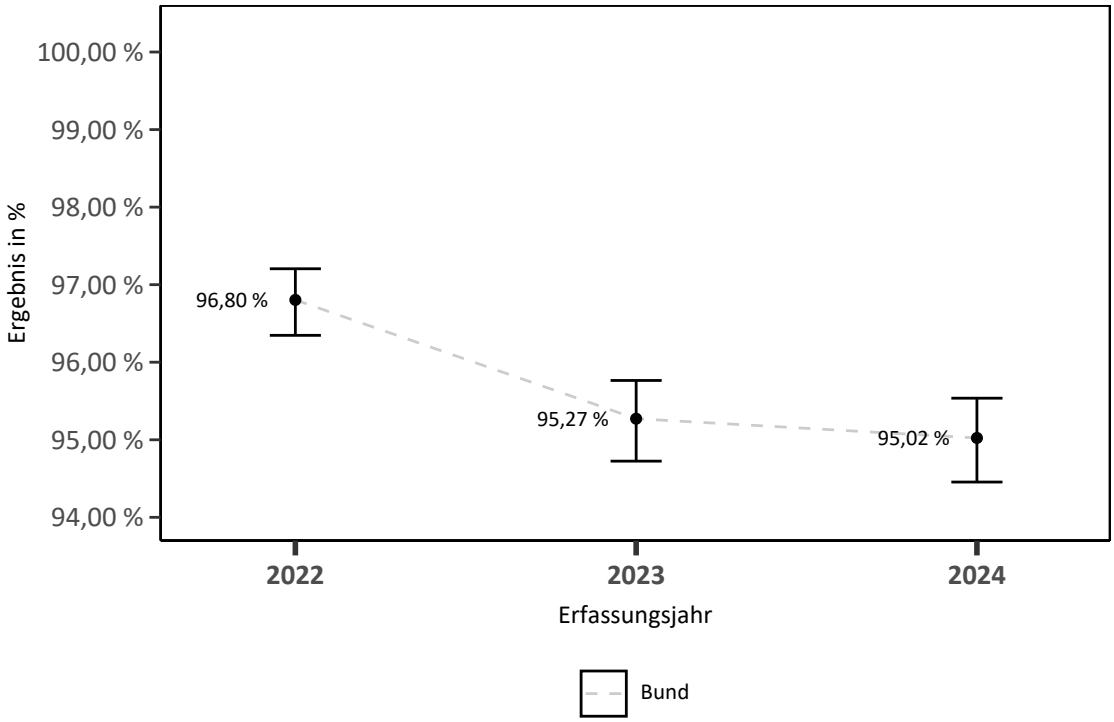
Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Zähler	Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

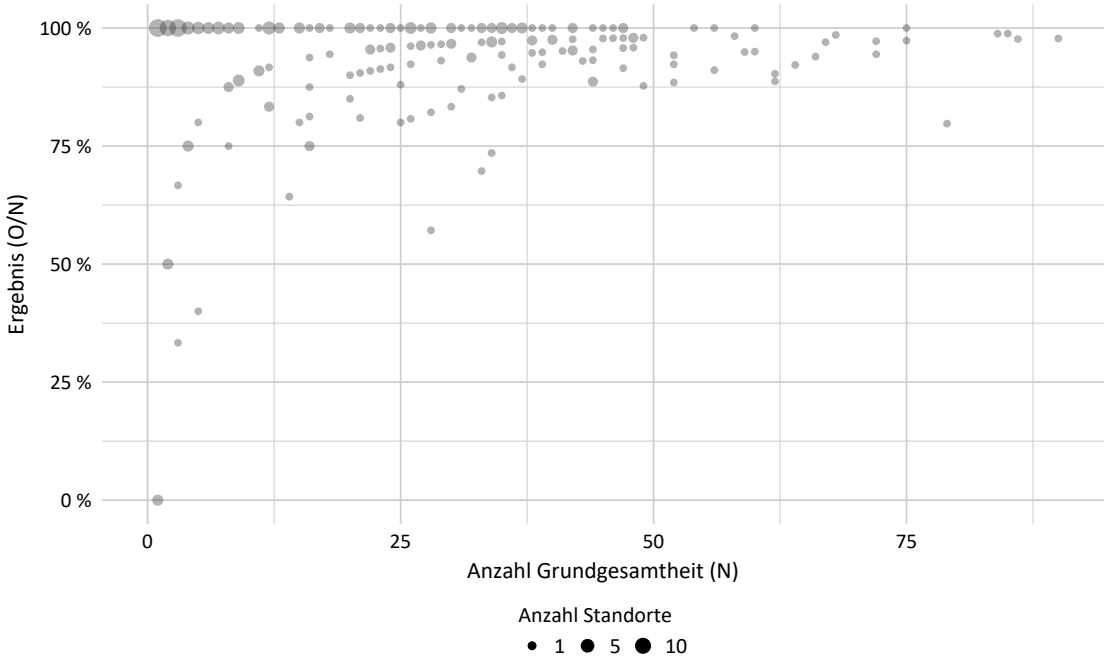
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	6.269 / 6.476	96,80	96,35 - 97,21
	2023	6.105 / 6.408	95,27	94,72 - 95,76
	2024	5.919 / 6.229	95,02	94,45 - 95,54

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	267	0	0,00	100,00	100,00

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

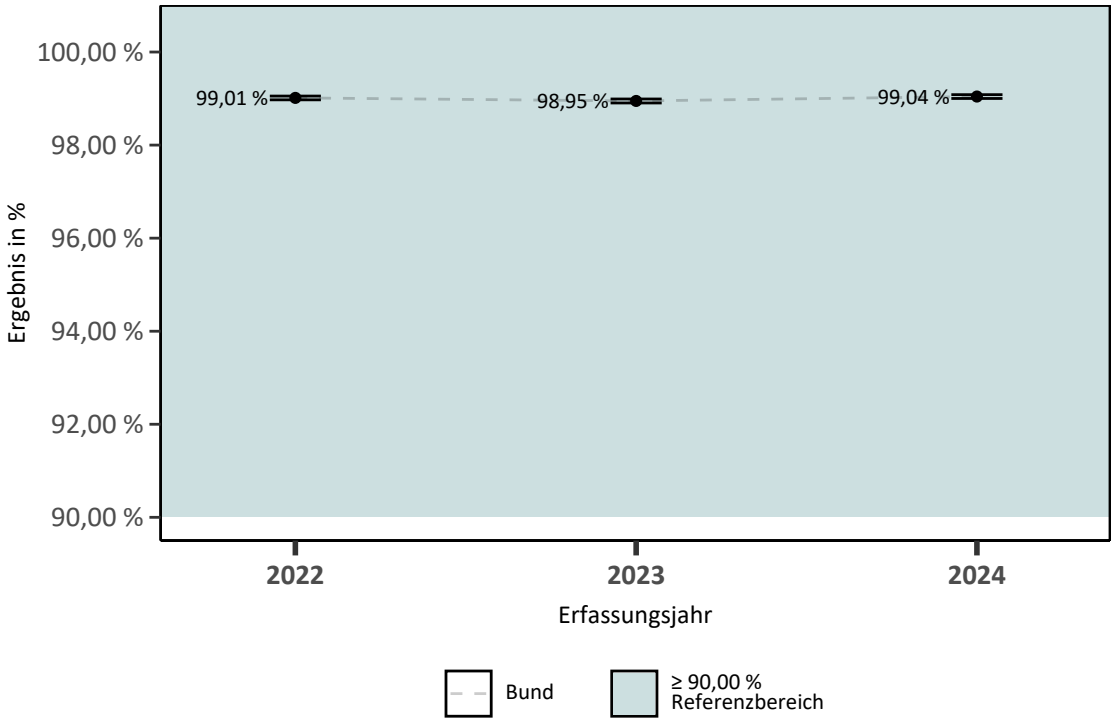
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittgeburt
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Geburten mit Kaiserschnitt
Zähler	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

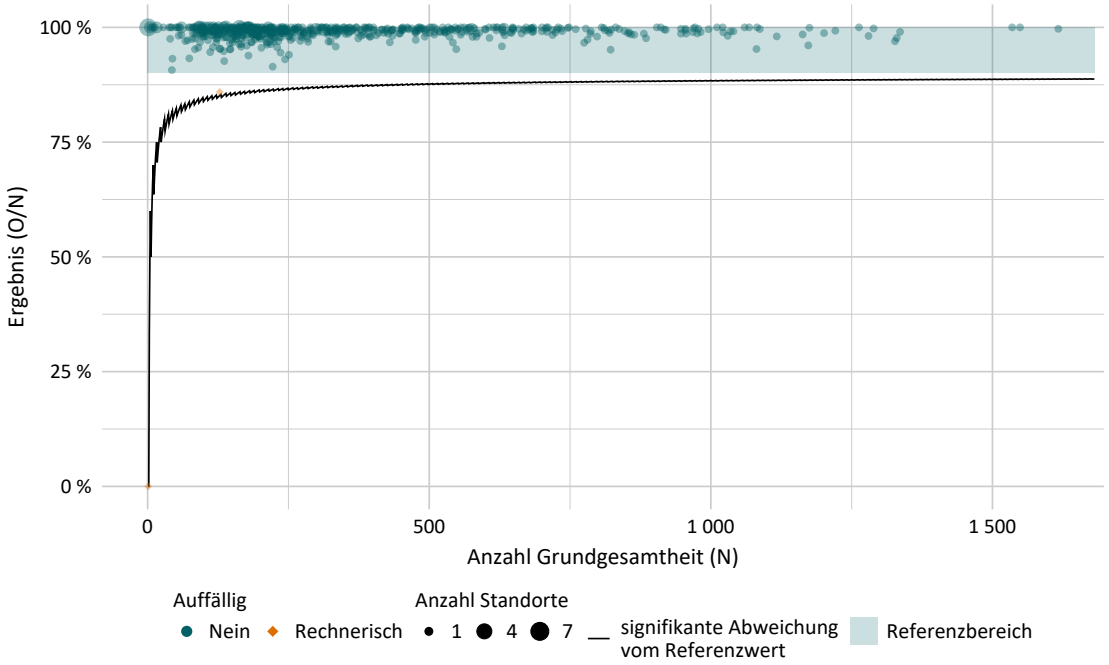
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	226.814 / 229.072	99,01	98,97 - 99,05
	2023	217.048 / 219.354	98,95	98,91 - 98,99
	2024	216.584 / 218.675	99,04	99,00 - 99,08

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	605	2	0,00	100,00	99,35

52249: Kaiserschnittgeburt

Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Mütter, die eine Geburt mindestens eines Kindes (24+0 bis unter 42+0 Wochen) hatten
Zähler	Kaiserschnittgeburten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kaiserschnittgeburten
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kaiserschnittgeburten, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 52249
Referenzbereich	≤ 1,28 (90. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter 35 bis unter 39 Jahre Alter ab 39 Jahre Diabetes/Gestationsdiabetes Geburtsrisiko: Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) Geburtsrisiko: Beckenendlage Geburtsrisiko: Frühgeburt Geburtsrisiko: Gesichtslage/Stirnlage Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung oder HELLP-Syndrom Geburtsrisiko: Pathologisches CTG, auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne oder Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) Geburtsrisiko: Placenta praevia Geburtsrisiko: Querlage/Schräglage Z. n. Sectio caesarea oder andere Uterusoperationen Befunde im Mutterpass: Hypertonie oder Proteinurie Befunde im Mutterpass: Placentainsuffizienz Mehrlingsschwangerschaft
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

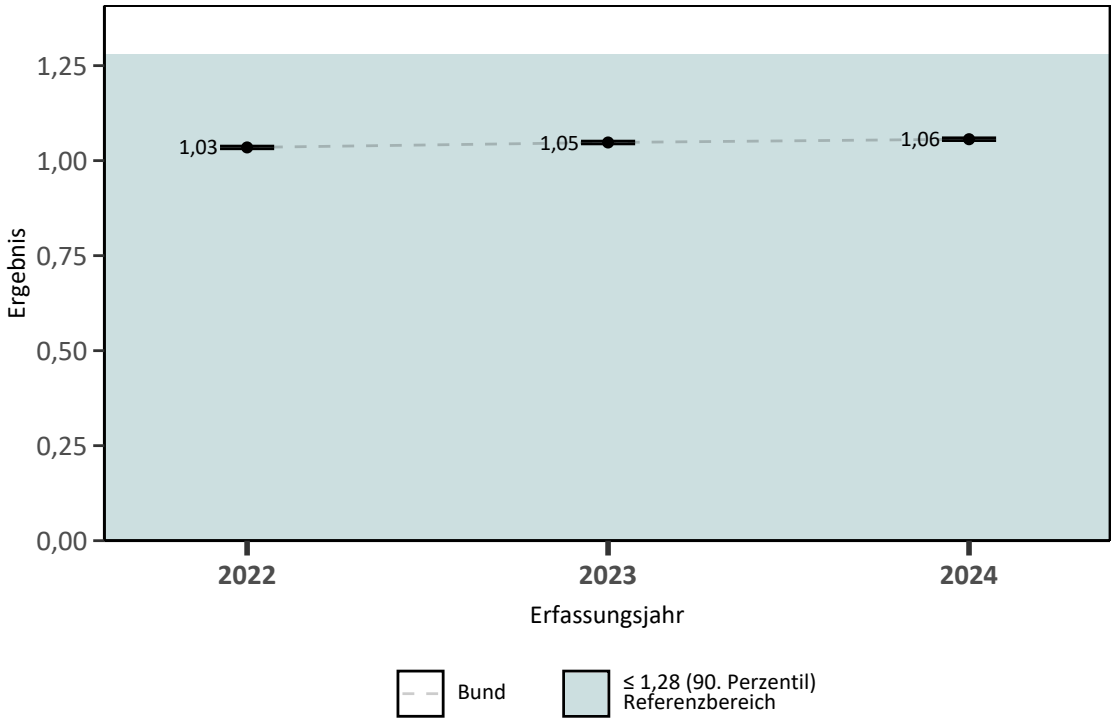
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	702.514	227.352 / 219.725,90	1,03	1,03 - 1,04
	2023	658.823	217.652 / 207.736,34	1,05	1,04 - 1,05
	2024	649.047	216.940 / 205.364,30	1,06	1,05 - 1,06

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

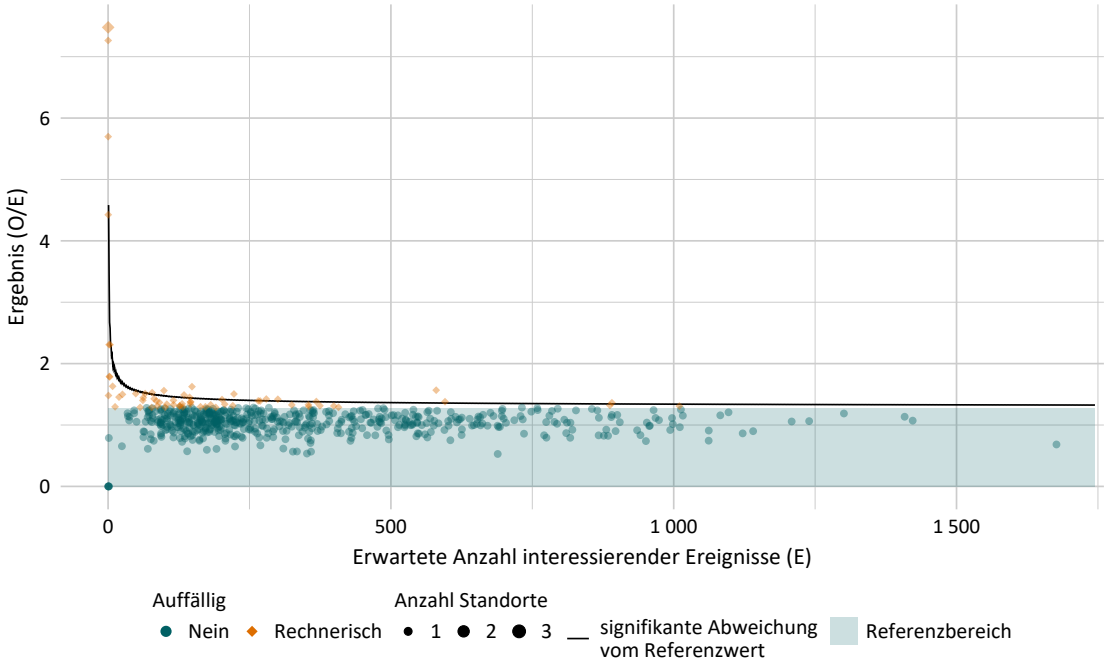
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



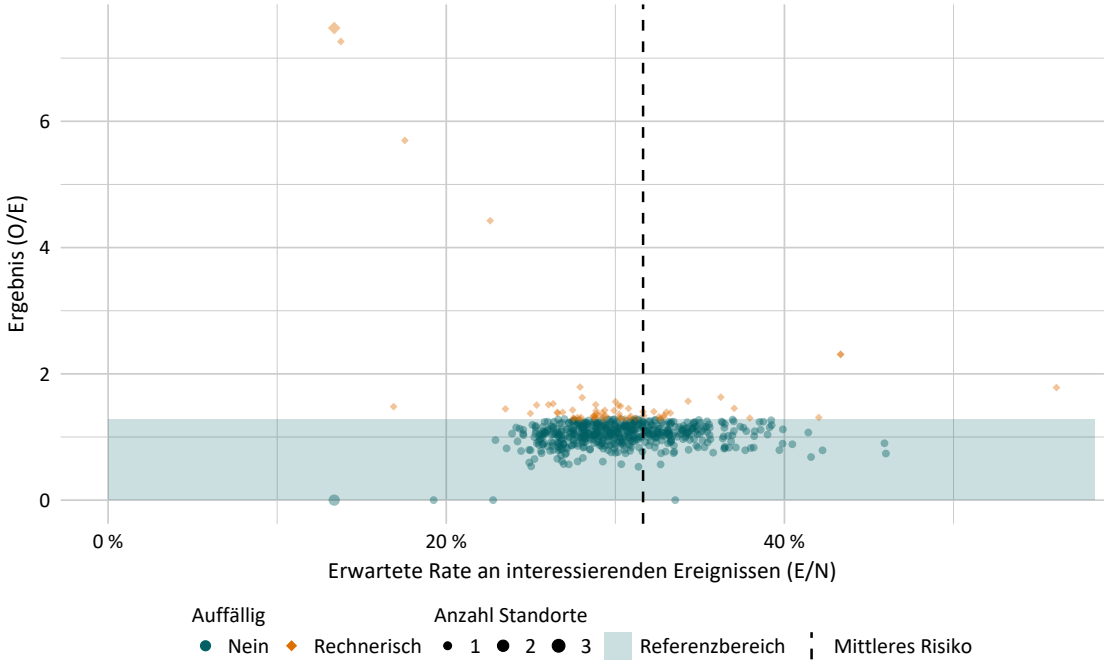
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	610	65	0,00	7,48	1,08

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 18_22001 Kaiserschnittgeburten	33,42 % 216.940/649.047

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
3.2.1	ID: O_52249 O/N (observed, beobachtet)	33,42 % 216.940/649.047
3.2.2	ID: E_52249 E/N (expected, erwartet)	31,64 % 205.364,30/649.047
3.2.3	**ID: 52249** **O/E**	1,06
3.2.3.1	ID: 182000_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 1: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage geboren wurden	19,89 % 32.989/165.870
3.2.3.2	ID: 182300_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 2a: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen mit Geburtseinleitung in Schädellage geboren wurden	34,02 % 27.286/80.207
3.2.3.3	ID: 182301_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 2b: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen ohne Geburtseinleitung in Schädellage geboren wurden	100,00 % 18.312/18.312
3.2.3.4	ID: 182002_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 3: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio mit spontanen Wehen in Schädellage geboren wurden	4,02 % 6.458/160.483
3.2.3.5	ID: 182302_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 4a: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio ohne spontane Wehen mit Geburtseinleitung in Schädellage geboren wurden	7,92 % 4.130/52.124
3.2.3.6	ID: 182303_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 4b: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio ohne spontane Wehen ohne Geburtseinleitung in Schädellage geboren wurden	100,00 % 8.369/8.369

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.3.7	ID: 182004_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 5: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern mit Zustand nach Sectio in Schädellage geboren wurden	73,47 % 68.331/93.005
3.2.3.8	ID: 182005_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 6: Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage geboren wurden	93,11 % 15.912/17.089
3.2.3.9	ID: 182006_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 7: Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage geboren wurden	87,13 % 8.918/10.235
3.2.3.10	ID: 182007_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 8: Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden	75,51 % 15.956/21.132
3.2.3.11	ID: 182008_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 9: Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage geboren wurden	100,00 % 2.607/2.607
3.2.3.12	ID: 182009_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 10: Frühgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt in Schädellage geboren wurden	47,41 % 15.653/33.014

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/)

1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

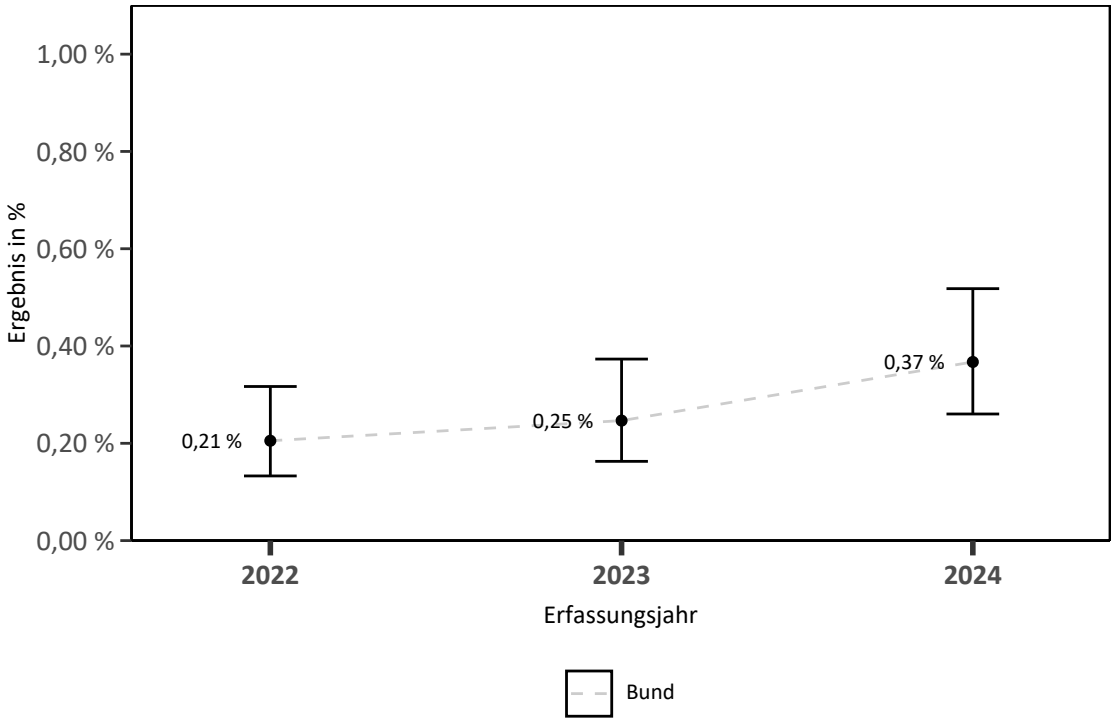
Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden
Zähler	E-E-Zeit > 20 min
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

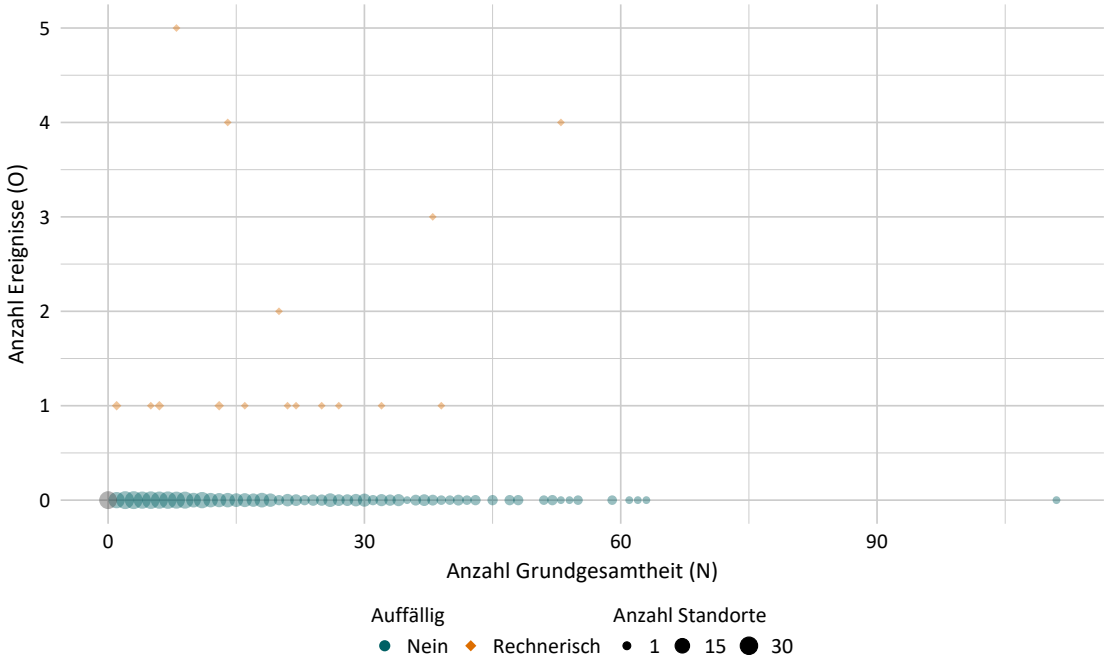
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	20 / 9.745	0,21	0,13 - 0,32
	2023	22 / 8.920	0,25	0,16 - 0,37
	2024	32 / 8.714	0,37	0,26 - 0,52

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 60681 E-E-Zeit	
4.1.1	ID: 18_22003 ≤ 20 Minuten	99,63 % 8.682/8.714
4.1.2	**ID: 1058** **> 20 Minuten**	0,37 % 32/8.714

Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)

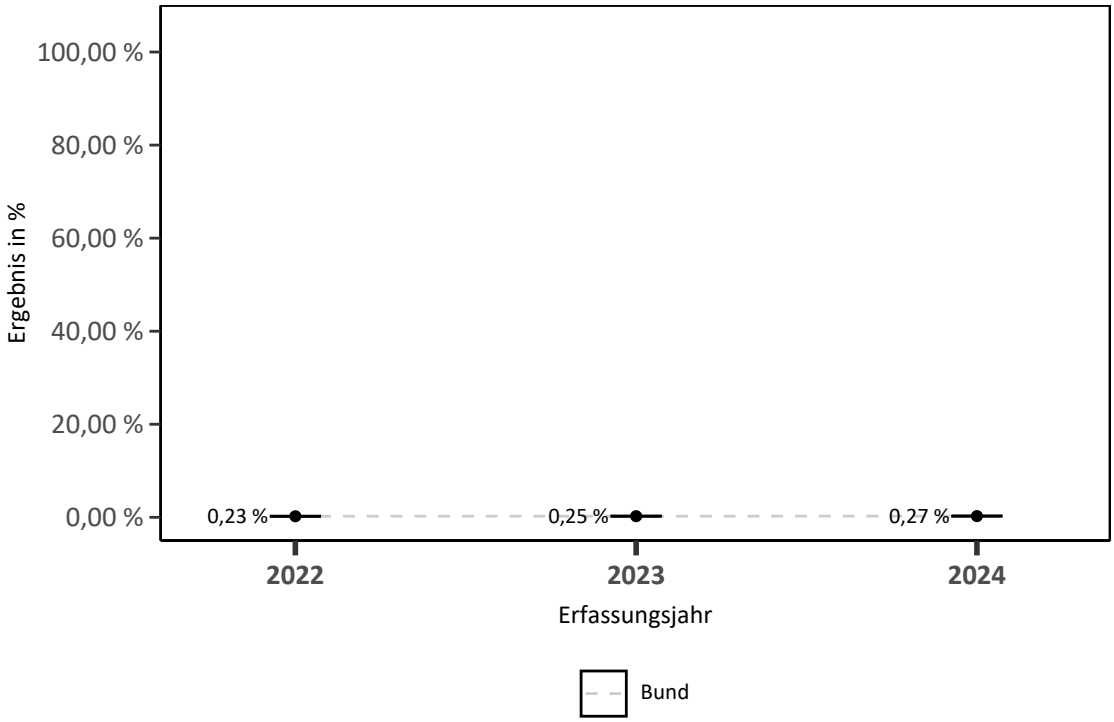
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle lebendgeborenen reifen Einlinge (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

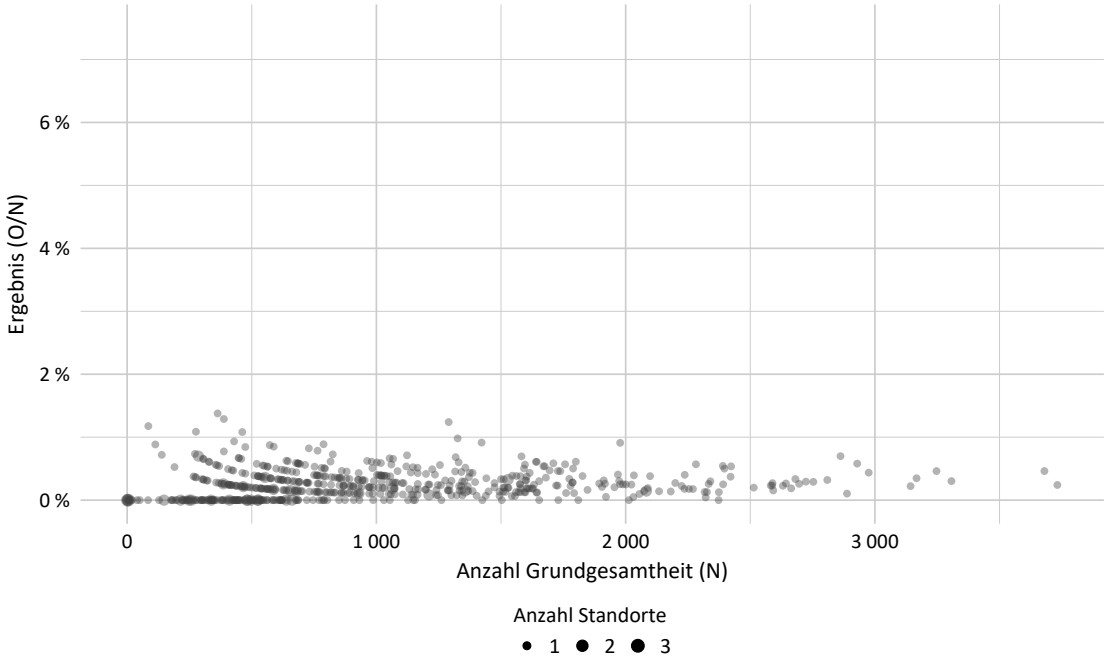
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	1.468 / 642.482	0,23	0,22 - 0,24
	2023	1.484 / 603.338	0,25	0,23 - 0,26
	2024	1.591 / 595.341	0,27	0,25 - 0,28

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	606	0	0,00	1,38	0,20

51397: Azidose bei reifen Einlingen

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle lebendgeborenen reifen Einlinge (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 51397
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter der Mutter zwischen 32 und unter 35 Jahren Alter der Mutter ab 35 Jahren Adipositas Diabetes/Gestationsdiabetes Fehlbildungen vorhanden Geburtsgewicht des Kindes unter dem 10. Perzentil der Geburtsgewichtsverteilung - unter 2.881 g Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

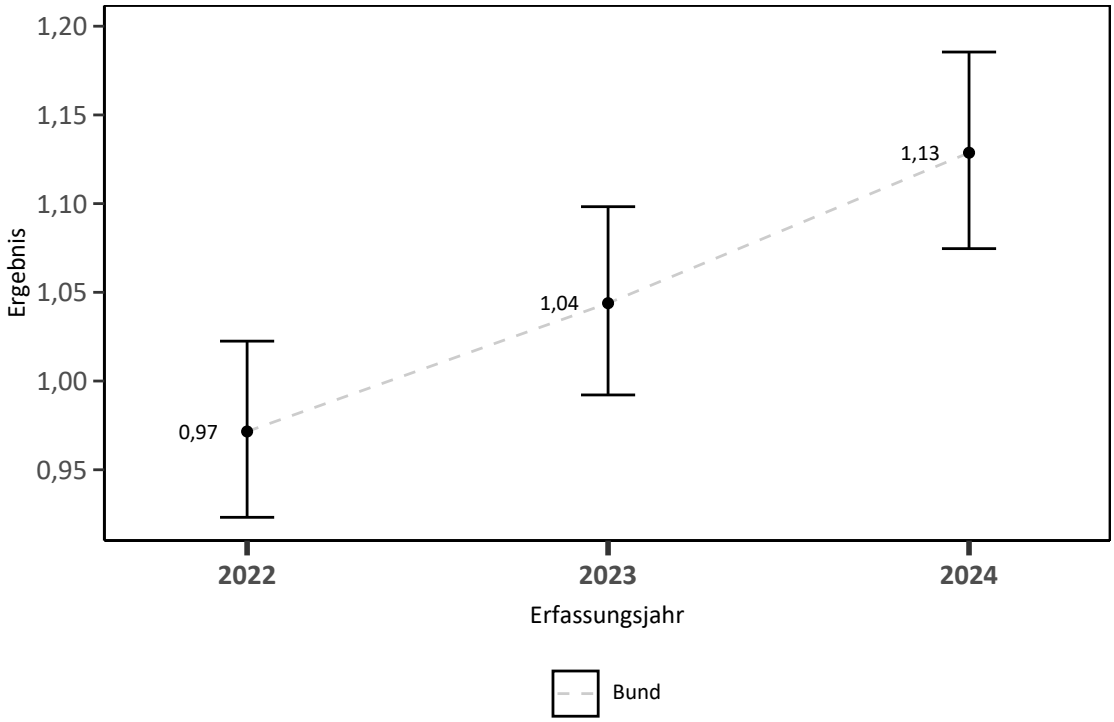
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	642.482	1.468 / 1.510,96	0,97	0,92 - 1,02
	2023	603.338	1.484 / 1.421,62	1,04	0,99 - 1,10
	2024	595.341	1.591 / 1.409,60	1,13	1,07 - 1,19

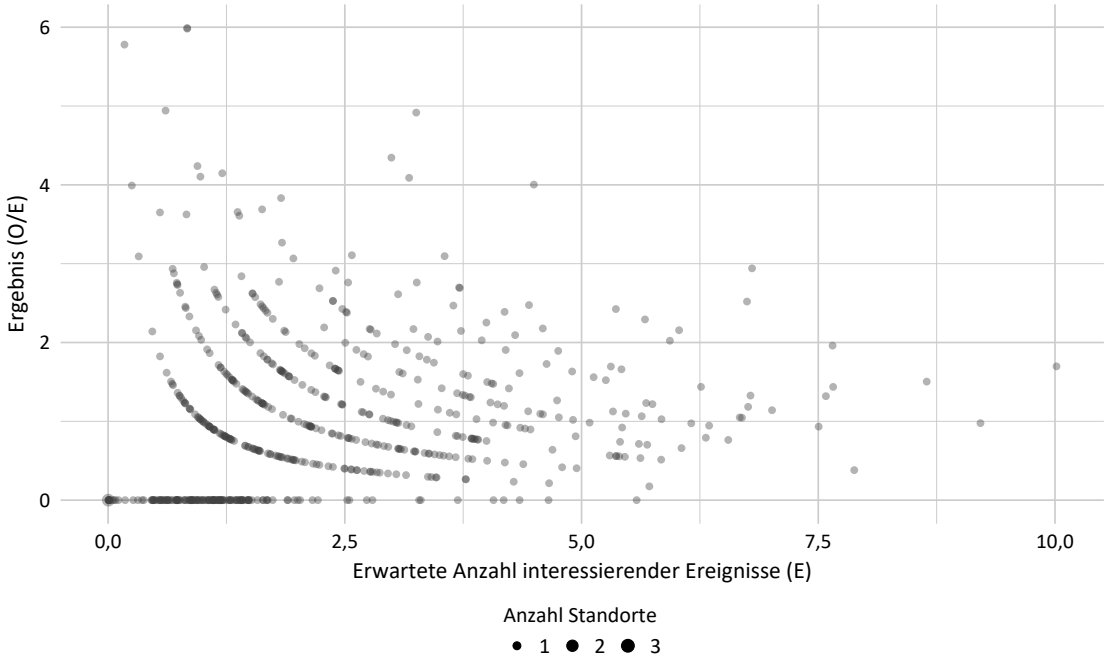
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



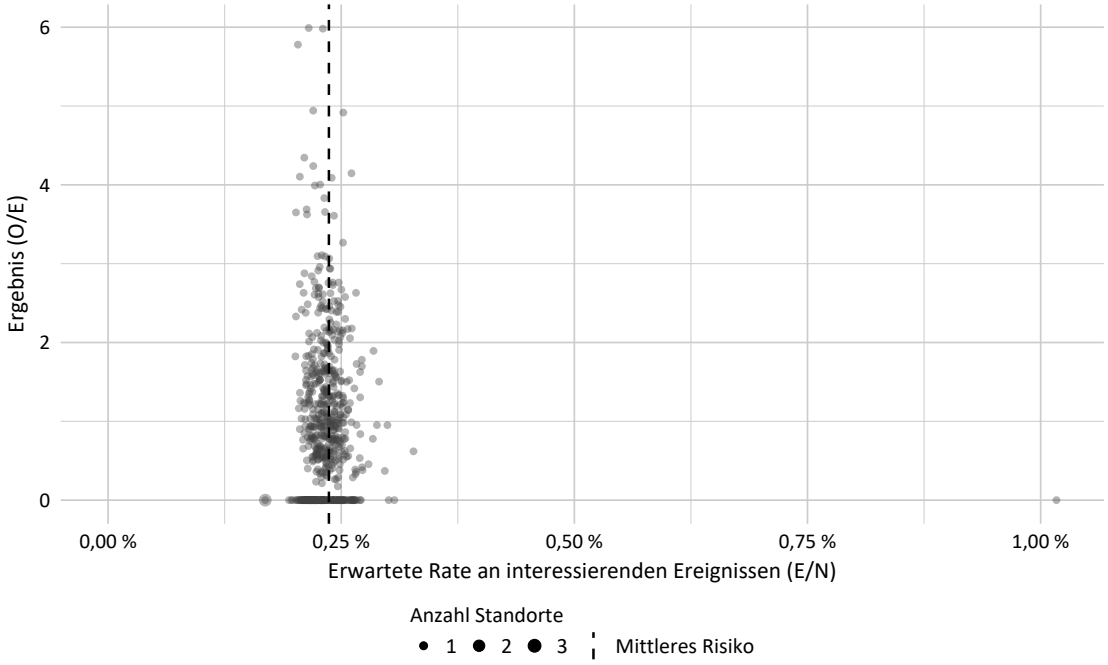
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	606	0	0,00	5,99	0,90

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle früh- und lebendgeborenen Einlinge (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 51831
Referenzbereich	≤ 4,72 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Anzahl Vorsorgeuntersuchungen unter 5 Adipositas Fehlbildung vorhanden Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung Gestationsalter 24 bis unter 32 abgeschlossene SSW Gestationsalter 32 bis unter 36 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

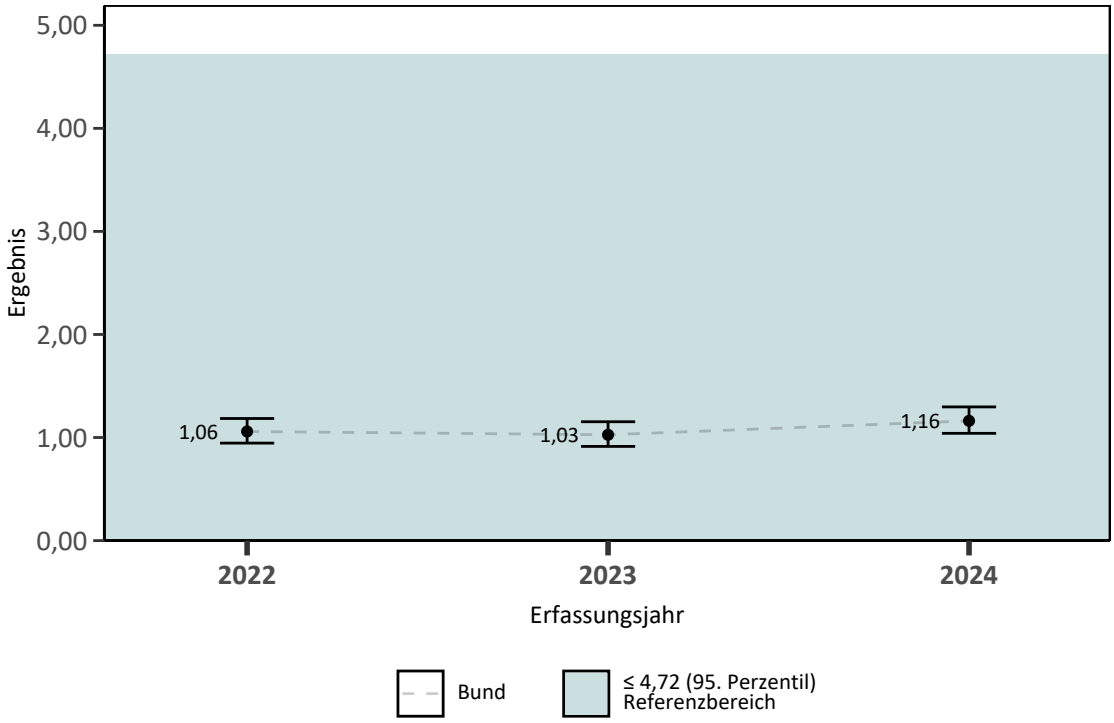
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	39.637	301 / 284,33	1,06	0,95 - 1,18
	2023	37.130	281 / 273,75	1,03	0,91 - 1,15
	2024	36.317	314 / 270,21	1,16	1,04 - 1,30

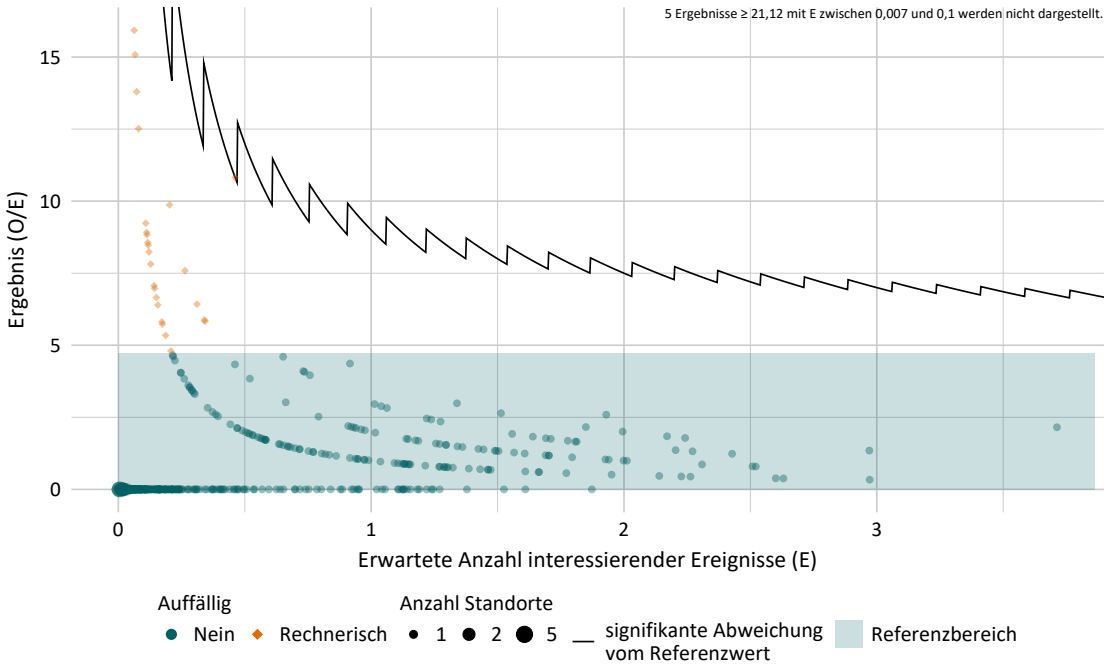
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



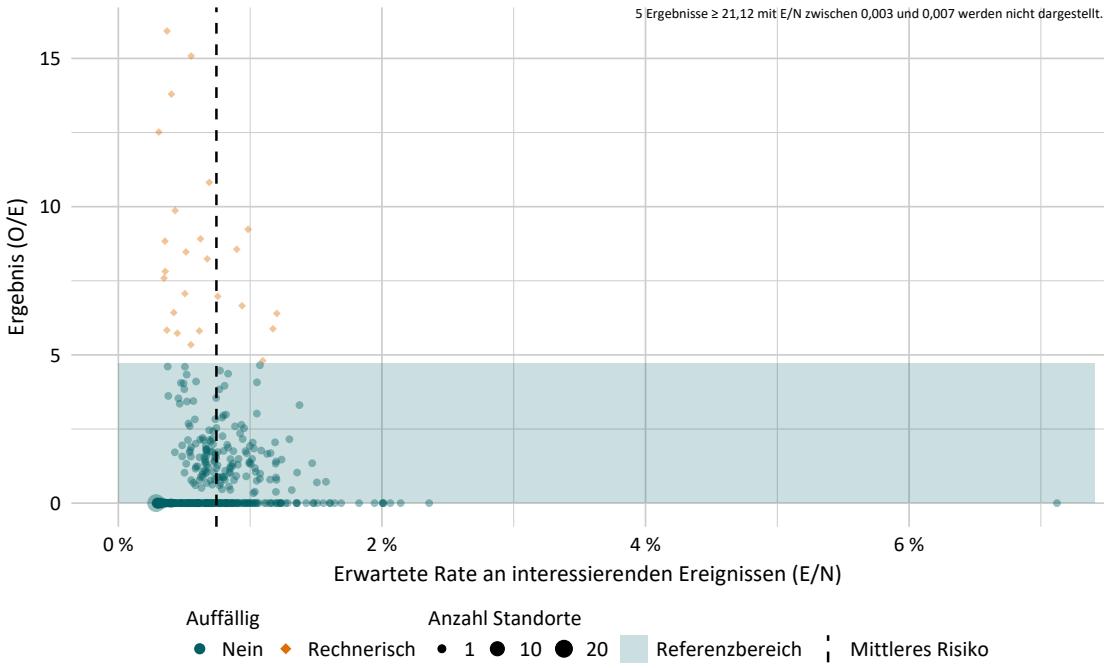
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	594	30	0,00	149,72	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 18_22004 Lebend geborene reife Einlinge mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	89,61 % 595.341/664.366
5.1.1	ID: 18_22005 pH-Wert < 7,1	2,63 % 15.665/595.341
5.1.2	**ID: 321** **pH-Wert < 7,0**	0,27 % 1.591/595.341
5.1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	
5.1.2.1.1	ID: O_51397 O/N (observed, beobachtet)	0,27 % 1.591/595.341
5.1.2.1.2	ID: E_51397 E/N (expected, erwartet)	0,24 % 1.409,60/595.341
5.1.2.1.3	**ID: 51397** **O/E**	1,13

[2] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/)

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	ID: 18_22034 Früh und lebend geborene Einlinge mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	5,47 % 36.317/664.366
5.2.1	ID: 18_22007 pH-Wert < 7,1	2,90 % 1.055/36.317
5.2.2	ID: 18_22033 pH-Wert < 7,0	0,86 % 314/36.317
5.2.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
5.2.2.1.1	ID: O_51831 O/N (observed, beobachtet)	0,86 % 314/36.317
5.2.2.1.2	ID: E_51831 E/N (expected, erwartet)	0,74 % 270,21/36.317
5.2.2.1.3	**ID: 51831** **O/E**	1,16

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/)

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

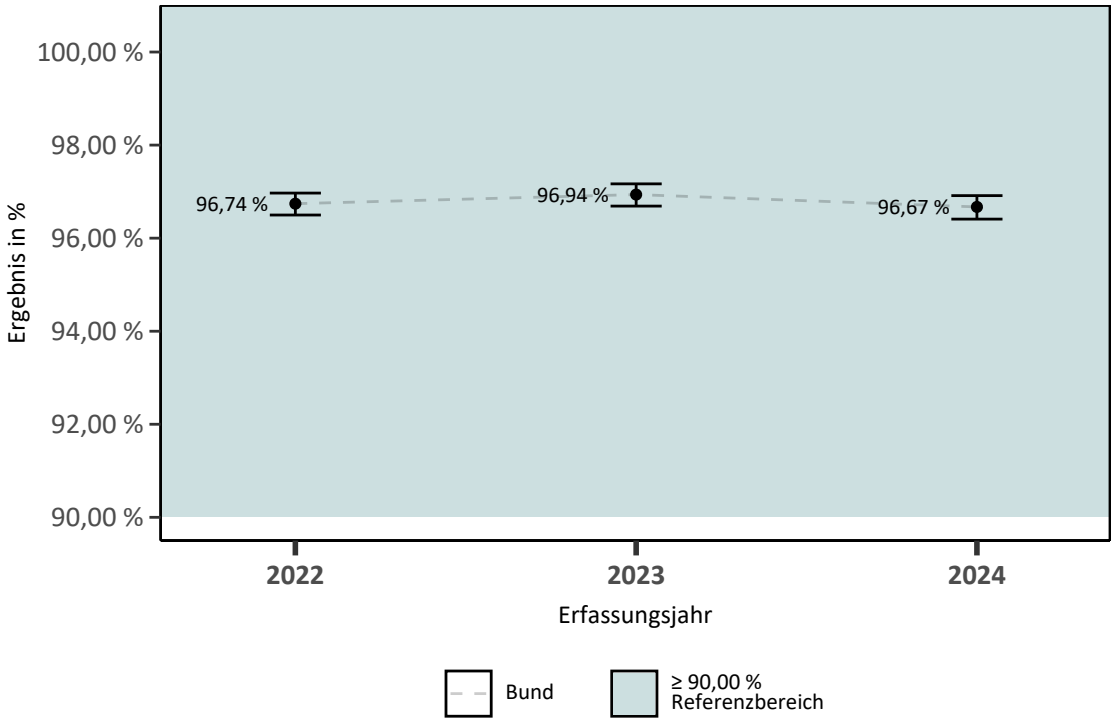
Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Zähler	Pädiater bei Geburt anwesend
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

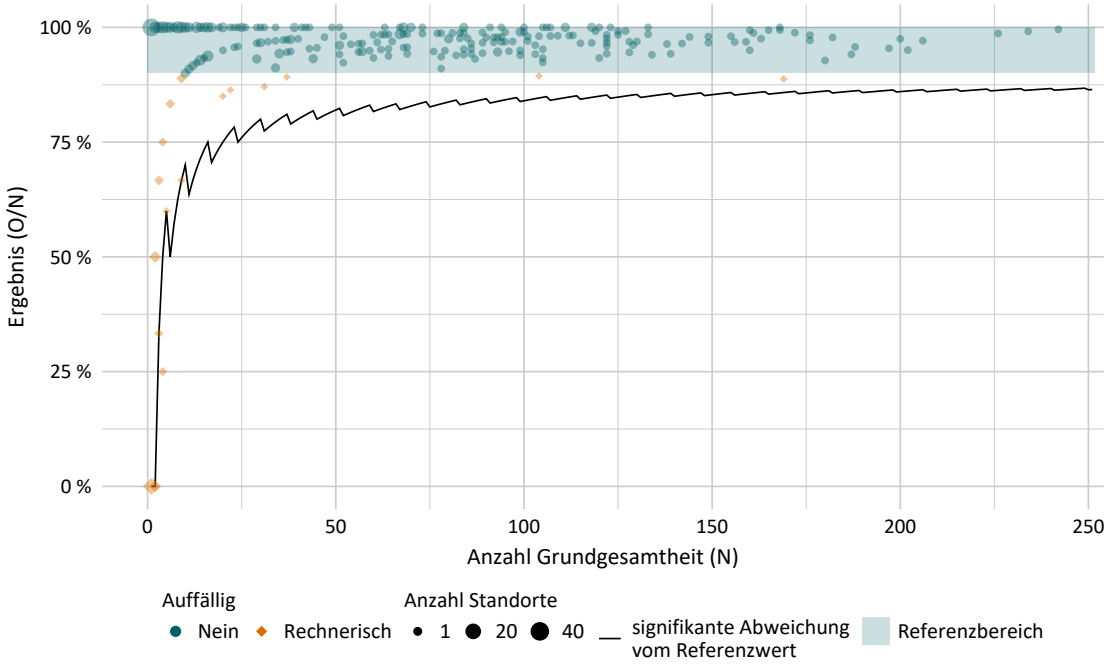
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	21.074 / 21.784	96,74	96,50 - 96,97
	2023	19.430 / 20.044	96,94	96,69 - 97,17
	2024	18.818 / 19.466	96,67	96,41 - 96,91

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	422	79	0,00	100,00	97,95

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert
Zähler	Ebene 1: Verstorbene Kinder UND Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
O (observed)	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
E (expected)	Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
Referenzbereich	≤ 2,32
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten

Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

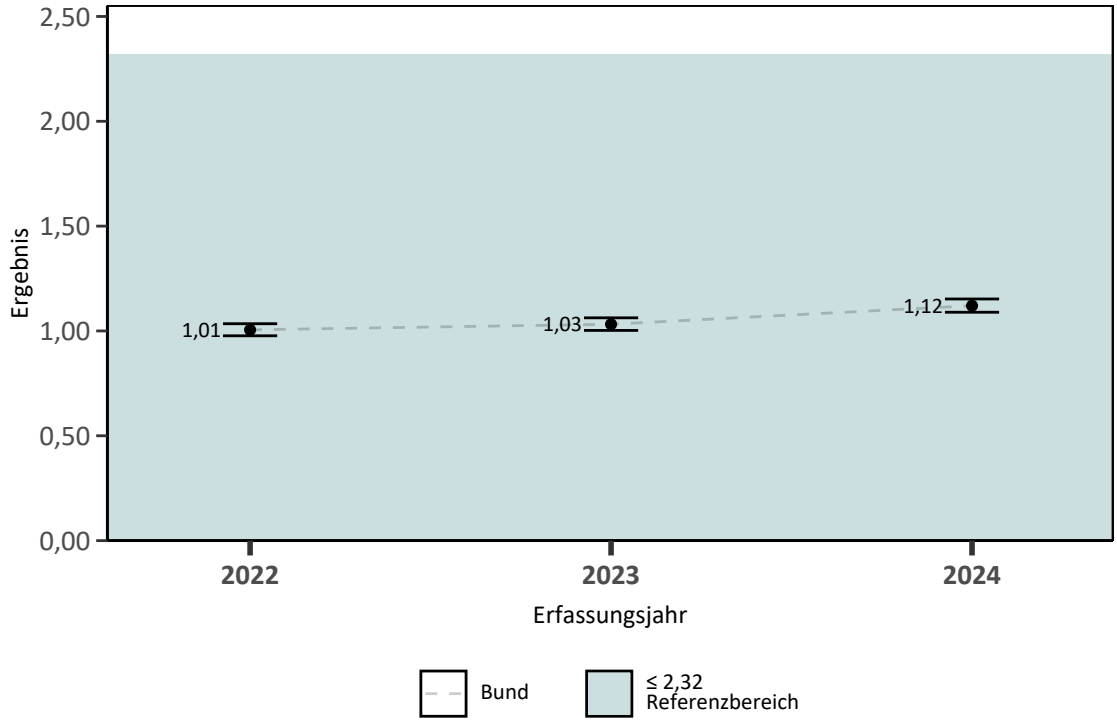
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	658.350	4.671 / 4.646,21	1,01	0,98 - 1,03
	2023	617.518	4.505 / 4.364,95	1,03	1,00 - 1,06
	2024	608.540	4.812 / 4.294,64	1,12	1,09 - 1,15

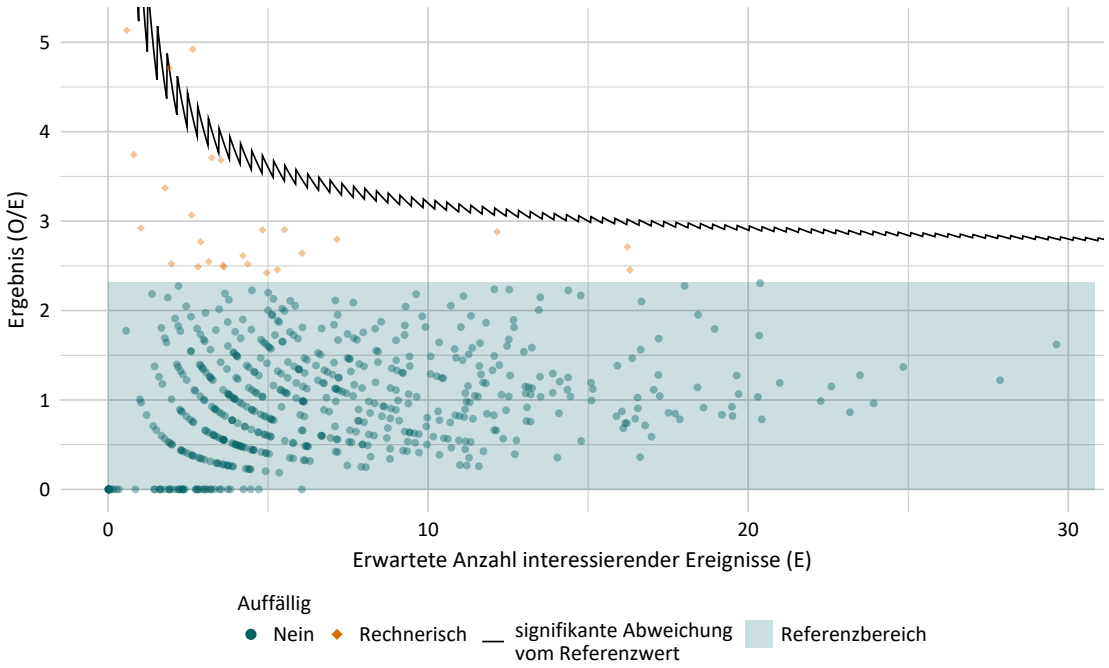
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



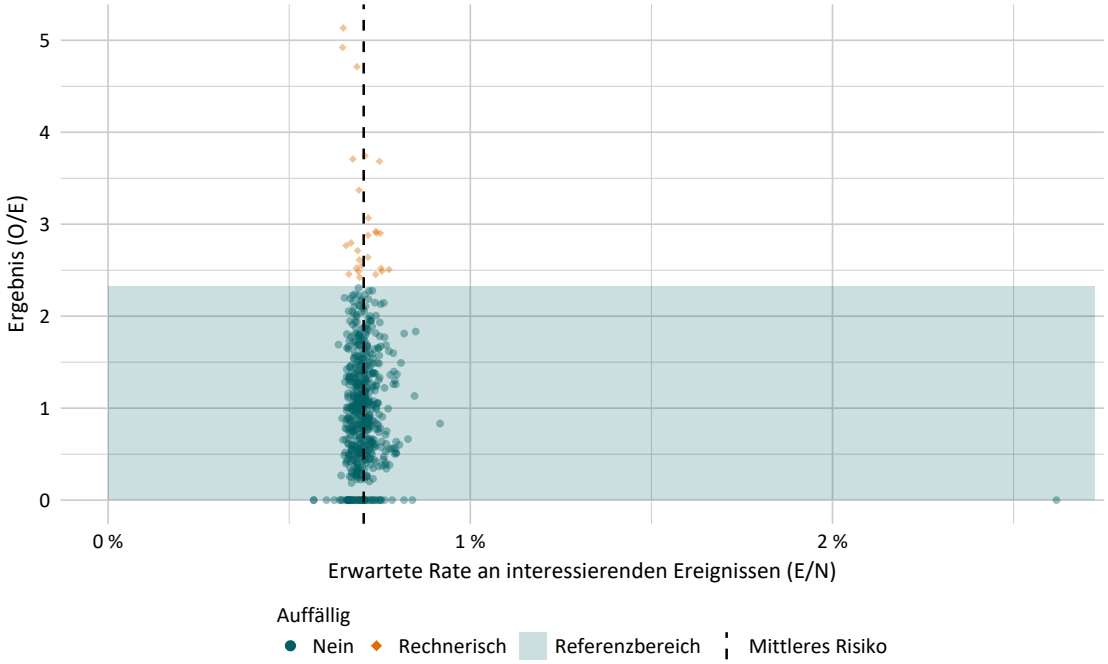
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	606	26	0,00	5,13	0,99

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 51799 Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	
7.1.1	ID: 51800 Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
7.1.1.1	ID: O_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,79 % 4.812/608.540
7.1.1.2	ID: E_51803 E/N (expected, erwartet)	0,71 % 4.294,64/608.540
7.1.1.3	**ID: 51803** **O/E**	1,12

[4] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/)

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 51804 Ebene 1: Verstorbene Kinder	
7.2.1	ID: O_51808_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,04 % 217/608.540
7.2.2	ID: E_51808_51803 E/N (expected, erwartet)	0,03 % 154,87/608.540
7.2.3	ID: 51808_51803 O/E	1,40

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.3	ID: 51809 Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	
7.3.1	ID: O_51813_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,23 % 1.411/607.576
7.3.2	ID: E_51813_51803 E/N (expected, erwartet)	0,21 % 1.245,91/607.576
7.3.3	ID: 51813_51803 O/E	1,13

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.4	ID: 51814 Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16	
7.4.1	ID: O_51818_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,26 % 1.541/604.061
7.4.2	ID: E_51818_51803 E/N (expected, erwartet)	0,26 % 1.570,84/604.061
7.4.3	ID: 51818_51803 O/E	0,98

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.5	ID: 51819 Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	
7.5.1	ID: O_51823_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,27 % 1.643/604.060
7.5.2	ID: E_51823_51803 E/N (expected, erwartet)	0,22 % 1.323,02/604.060
7.5.3	ID: 51823_51803 O/E	1,24

181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV

Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten bzw. bei vaginal-operativen Einlingsgeburten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Ebene 1: Alle spontanen Einlingsgeburten UND Ebene 2: Alle vaginal-operativen Einlingsgeburten
Zähler	Ebene 1: Dammriss Grad IV UND Ebene 2: Dammriss Grad IV
O (observed)	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV
E (expected)	Ebene 1: Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Index mit der ID 181800 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Index mit der ID 181800
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

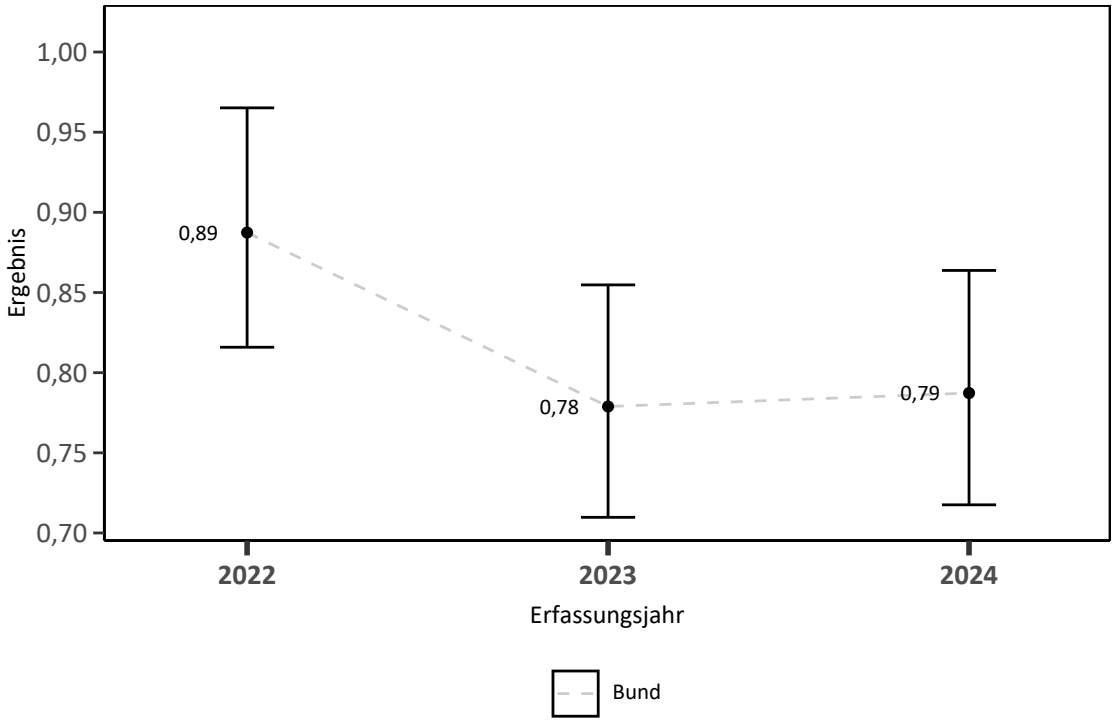
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	474.861	543 / 611,91	0,89	0,82 - 0,97
	2023	440.942	444 / 570,04	0,78	0,71 - 0,85
	2024	431.988	446 / 566,51	0,79	0,72 - 0,86

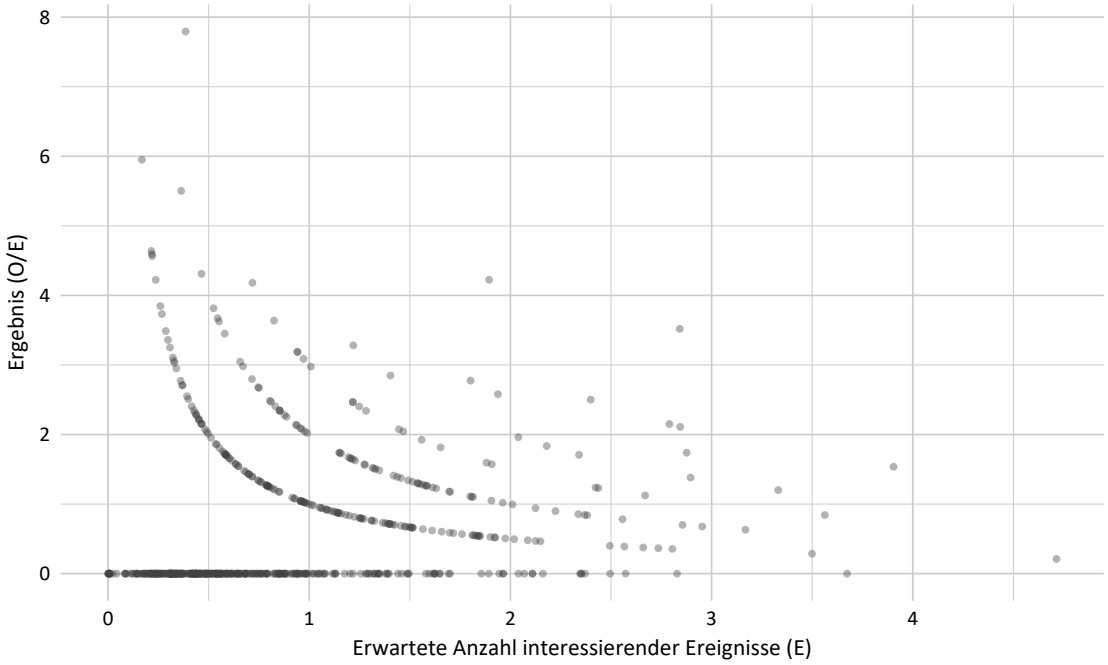
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



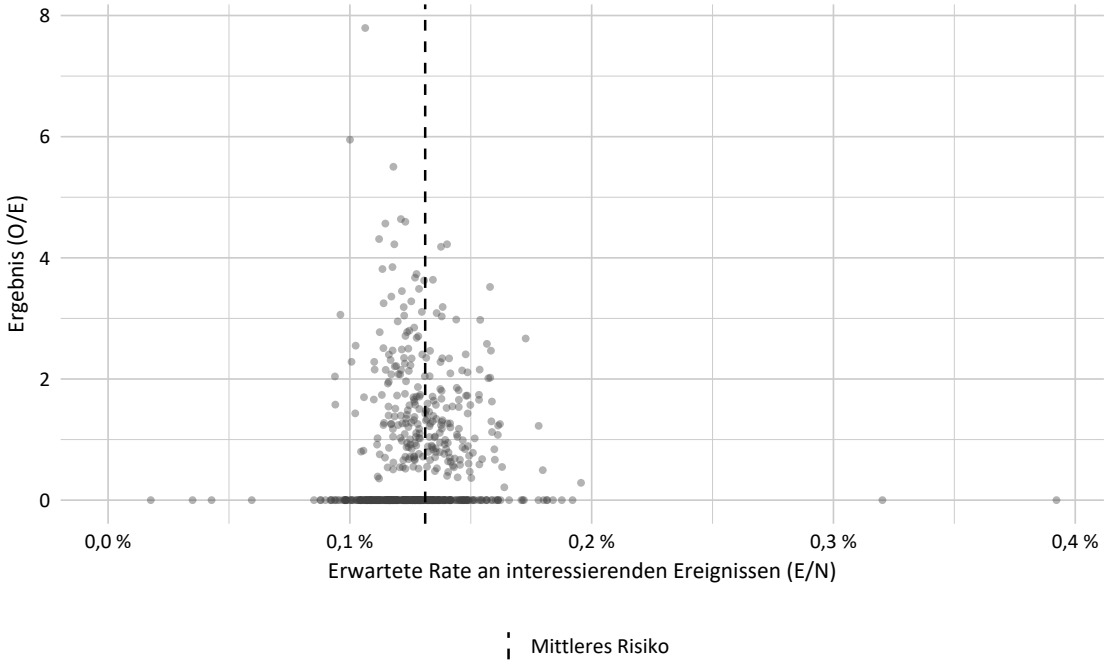
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	601	0	0,00	7,79	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 18_22024 Alle Geburten	100,00 % 653.722/653.722
8.1.1	ID: 18_22025 davon spontane Einlingsgeburten	58,82 % 384.524/653.722
8.1.1.1	ID: 18_22026 Dammriss Grad IV	0,07 % 254/384.524
8.1.1.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[5]	
8.1.1.2.1	ID: O_181800 O/N (observed, beobachtet)	0,10 % 446/431.988
8.1.1.2.2	ID: E_181800 E/N (expected, erwartet)	0,13 % 566,51/431.988
8.1.1.2.3	**ID: 181800** **O/E**	0,79

[5] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/)

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	Ebene 1: Dammrisse Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	
8.2.1	ID: O_181801_181800 O/N (observed, beobachtet)	0,07 % 254/384.524
8.2.2	ID: E_181801_181800 E/N (expected, erwartet)	0,09 % 347,47/384.524
8.2.3	ID: 181801_181800 O/E	0,73

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3	Ebene 2: Dammrisse Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	
8.3.1	ID: O_181802_181800 O/N (observed, beobachtet)	0,40 % 192/47.464
8.3.2	ID: E_181802_181800 E/N (expected, erwartet)	0,46 % 219,04/47.464
8.3.3	ID: 181802_181800 O/E	0,88

331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt

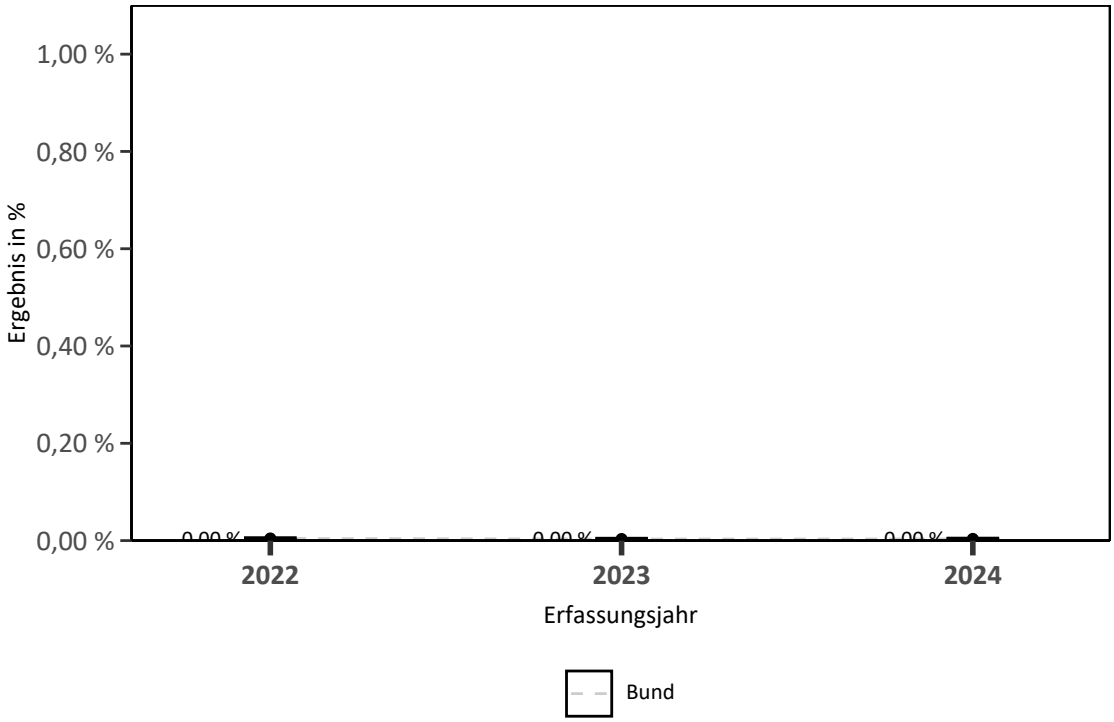
Qualitätsziel	Selten mütterliche Todesfälle
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Geburten
Zähler	Mütterliche Sterbefälle
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

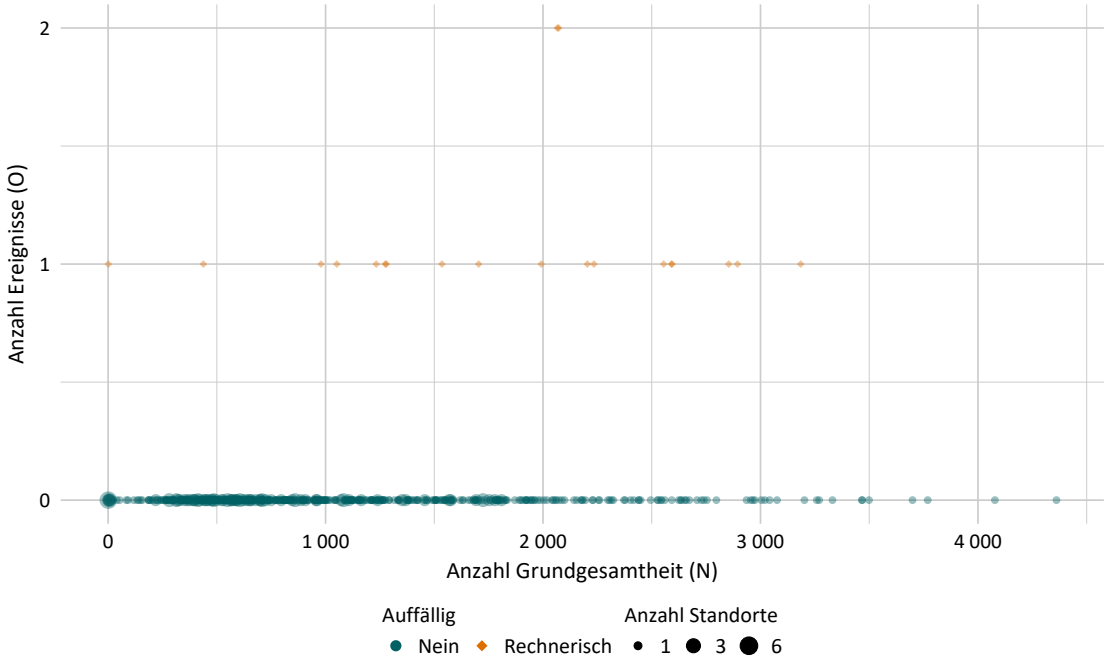
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	30 / 707.621	0,00	0,00 - 0,01
	2023	21 / 663.556	0,00	0,00 - 0,00
	2024	22 / 653.722	0,00	0,00 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe

Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe

182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

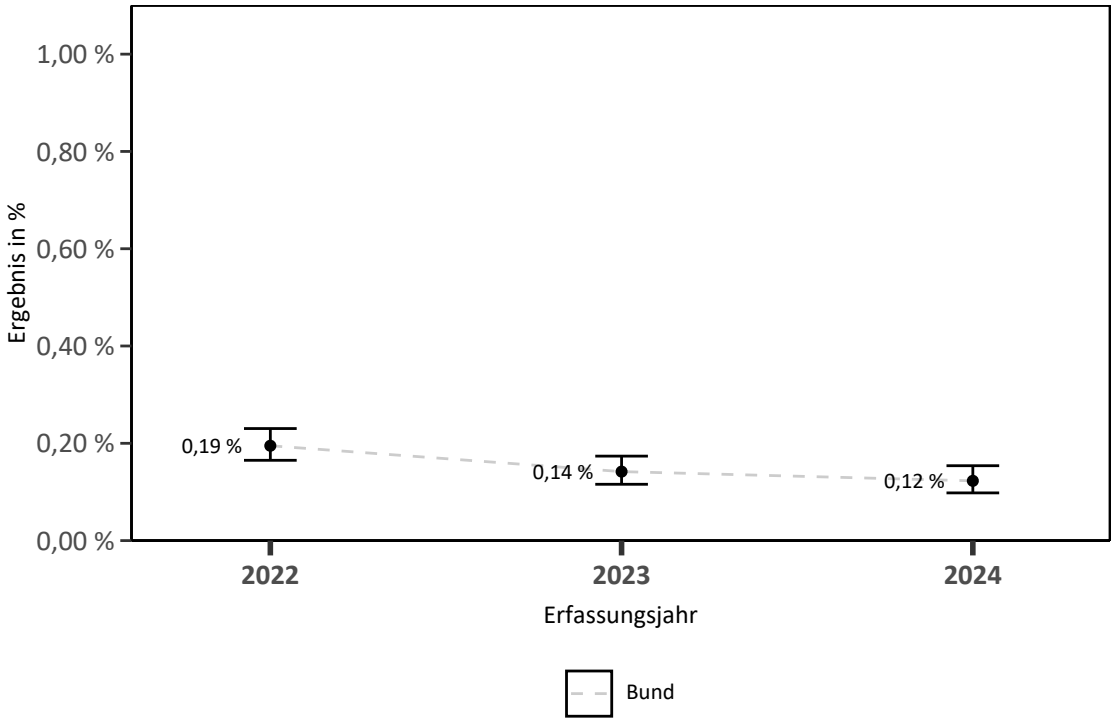
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen
Zähler	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

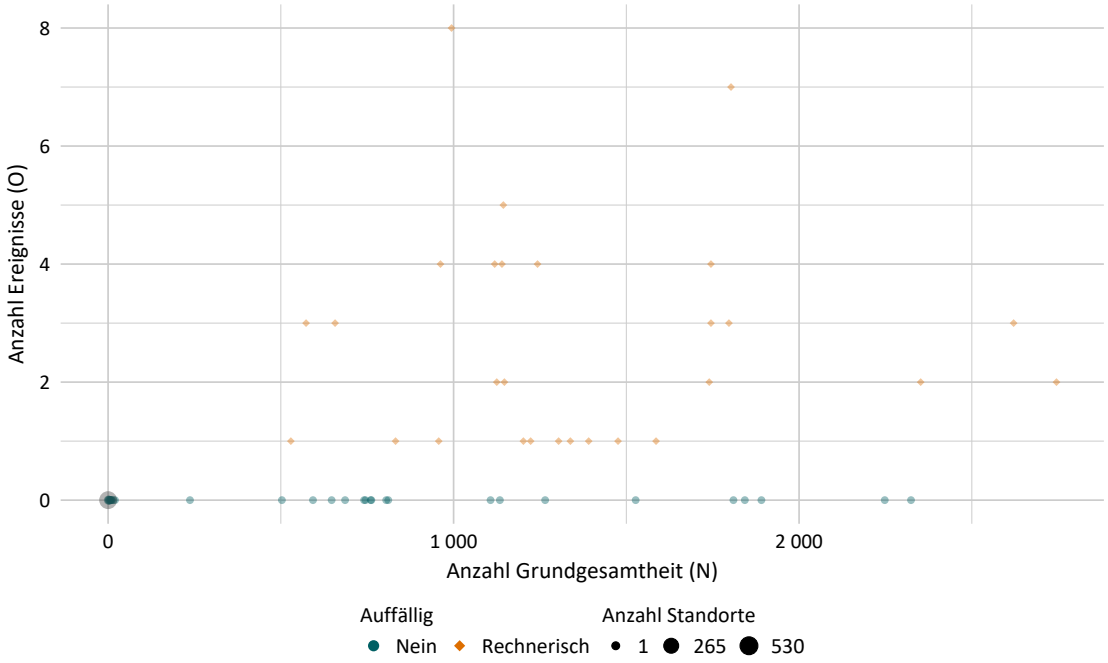
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	138 / 70.771	0,19	0,17 - 0,23
	2023	93 / 65.586	0,14	0,12 - 0,17
	2024	75 / 61.053	0,12	0,10 - 0,15

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

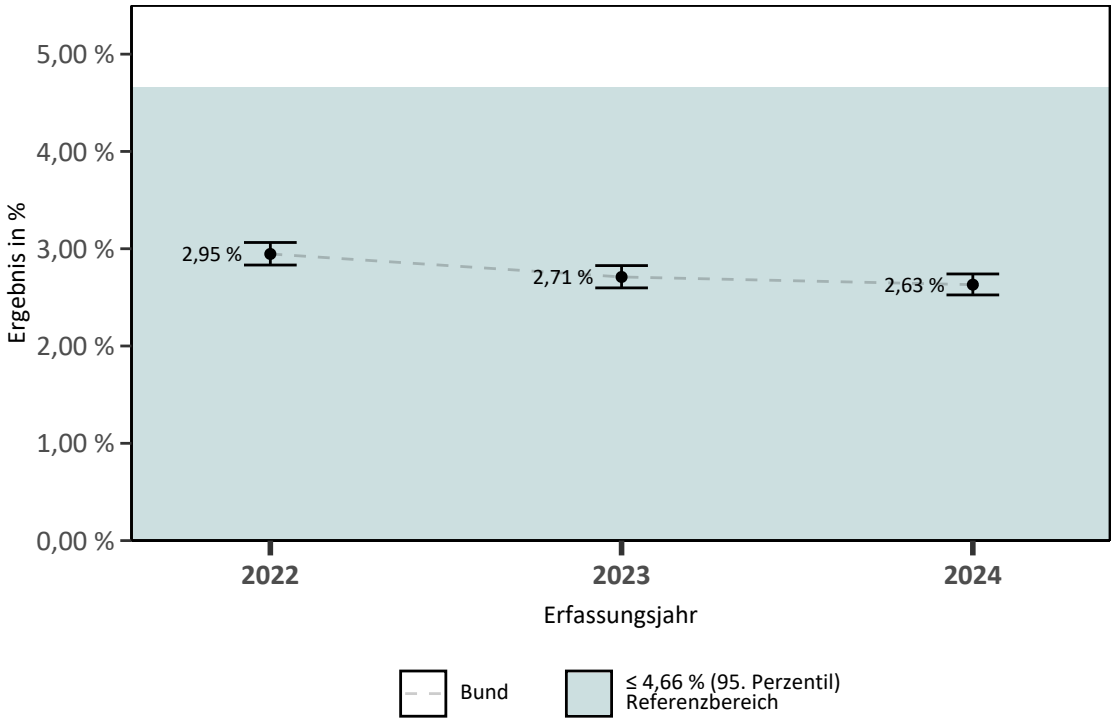
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen
Zähler	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 hätten geboren werden müssen
Referenzbereich	≤ 4,66 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

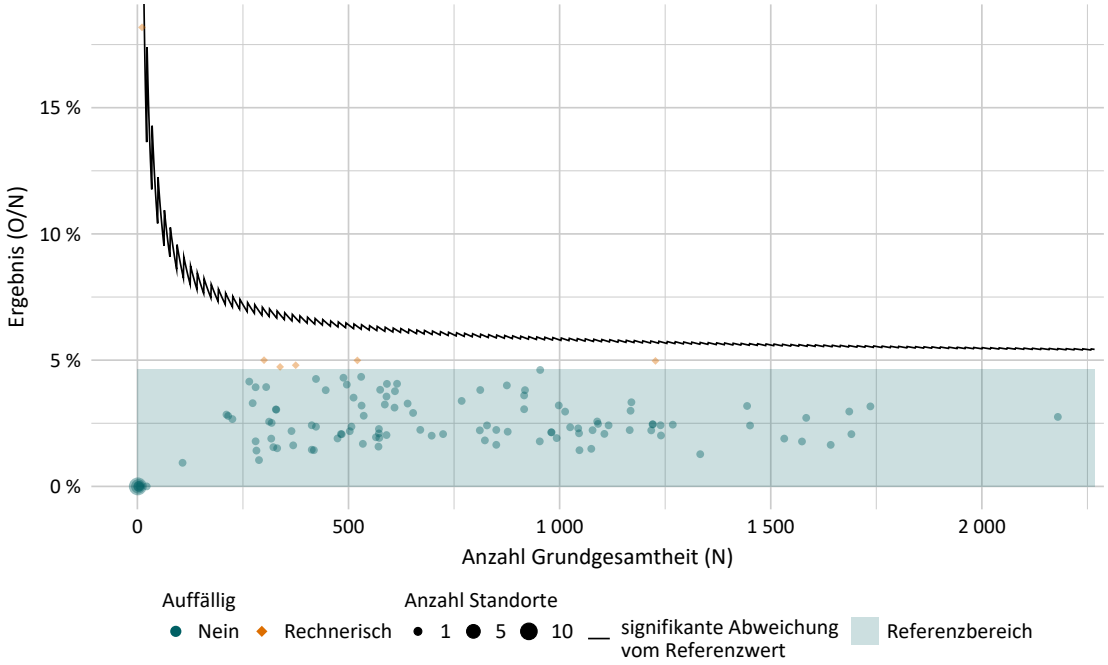
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	2.415 / 81.972	2,95	2,83 - 3,06
	2023	2.088 / 77.051	2,71	2,60 - 2,83
	2024	2.230 / 84.771	2,63	2,53 - 2,74

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	136	6	0,00	18,18	2,23

182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

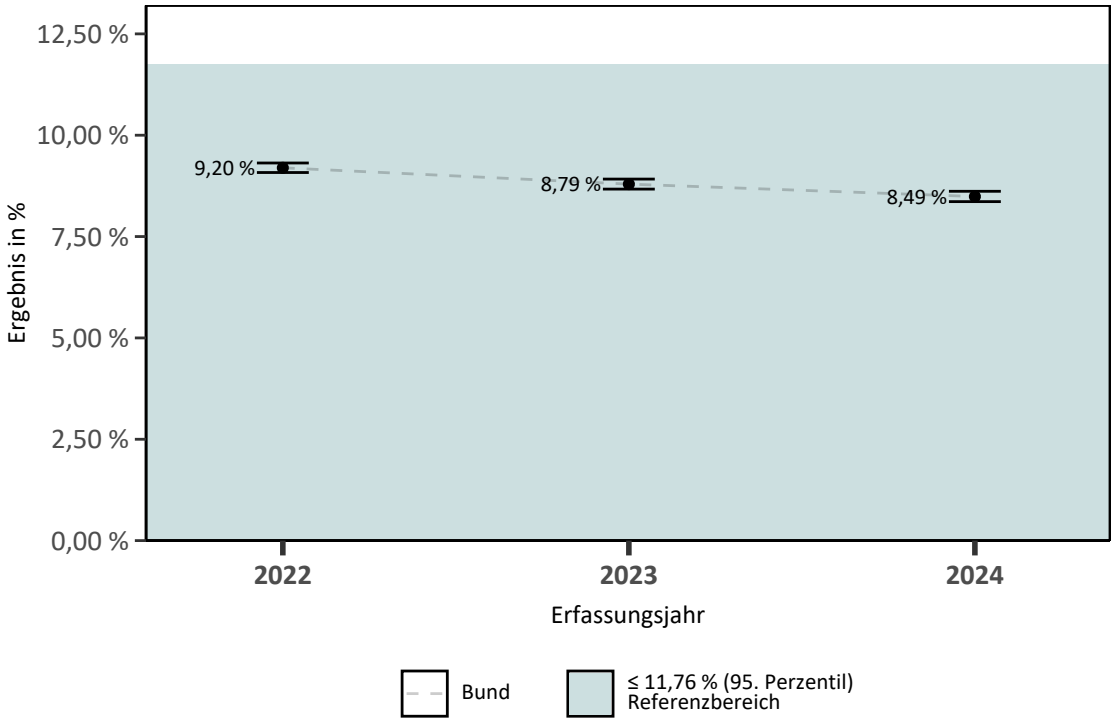
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen
Zähler	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 oder in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt hätten geboren werden müssen
Referenzbereich	≤ 11,76 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

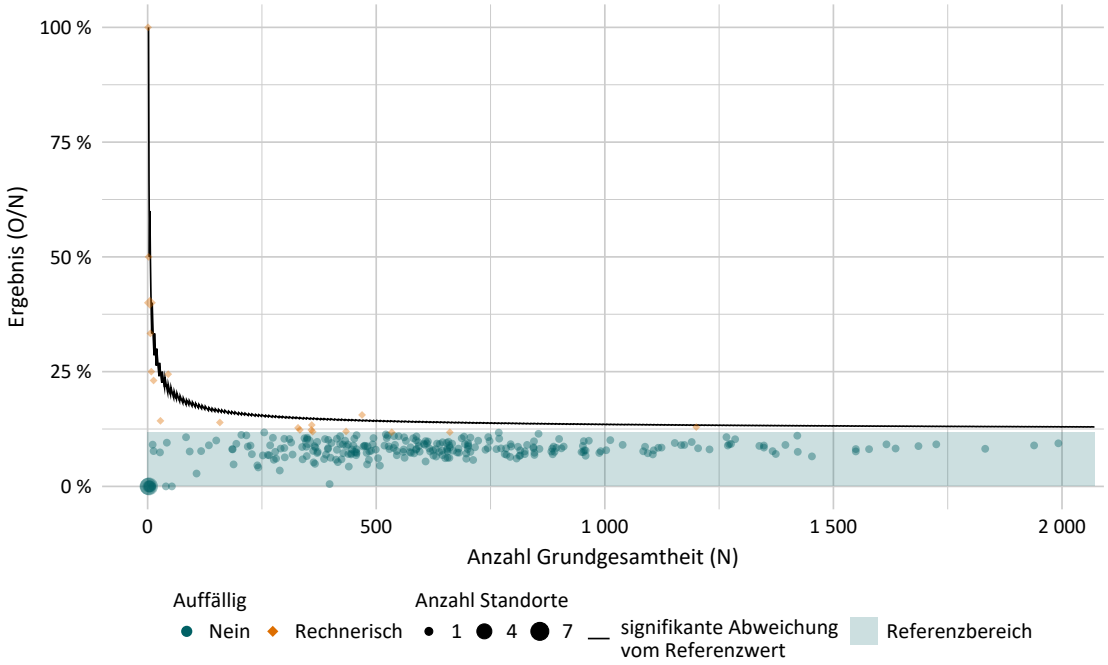
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	21.264 / 231.214	9,20	9,08 - 9,32
	2023	17.813 / 202.551	8,79	8,67 - 8,92
	2024	15.511 / 182.735	8,49	8,36 - 8,62

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	309	20	0,00	100,00	8,28

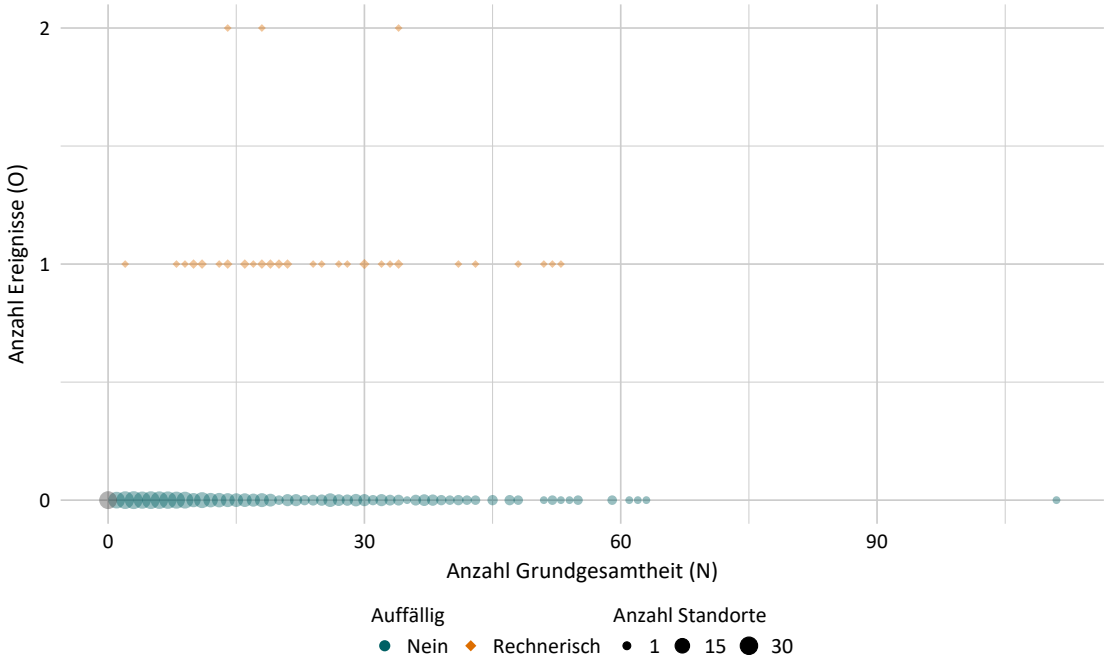
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe einer korrekten E-E-Zeit ist relevant für den planungsrelevanten Qualitätsindikator 1058. Die Durchführung eines Notfallkaiserschnitts unter 3 Minuten kann als unrealistisch angesehen werden. **Hypothese** Fehldokumentation der E-E-Zeit durch Angabe unplausibler Werte.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden
Zähler	E-E-Zeit < 3 Minuten
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



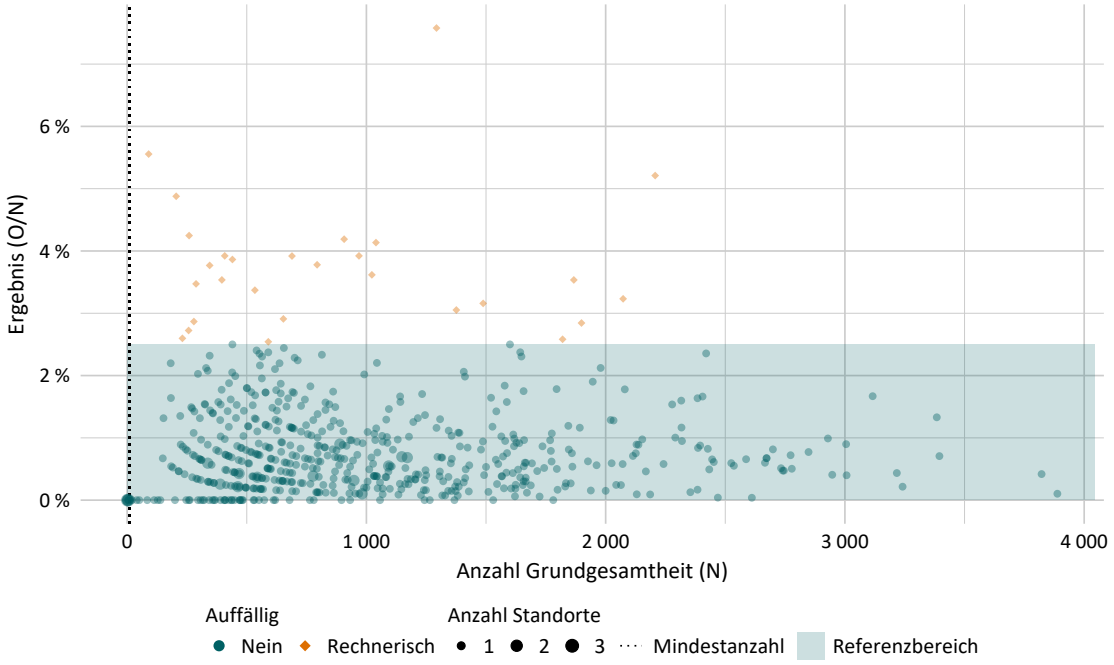
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	44 / 8.714	0,50	7,11 % 41 / 577

850224: Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die betrachteten kritischen Outcomes sind relevant für den planungsrelevanten Qualitätsindikator 51803. Der 5-Minuten-Apgar-, Nabelarterien-pH-Wert und Base Excesswert sind wichtige Angaben zum klinischen Zustand des Kindes und sollten somit korrekt dokumentiert werden. Fehlende Angaben führen zum Ausschluss aus der Grundgesamtheit des QI. **Hypothese** Unterdokumentation der Parameter zum kritischen Outcome.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Grundgesamtheit	Alle reifen lebendgeborenen Kinder
Zähler	Kinder mit fehlender Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlender Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlender Angabe des Base Excess
Referenzbereich	≤ 2,50 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	606	28	0,00	7,58	0,63

Detailergebnisse

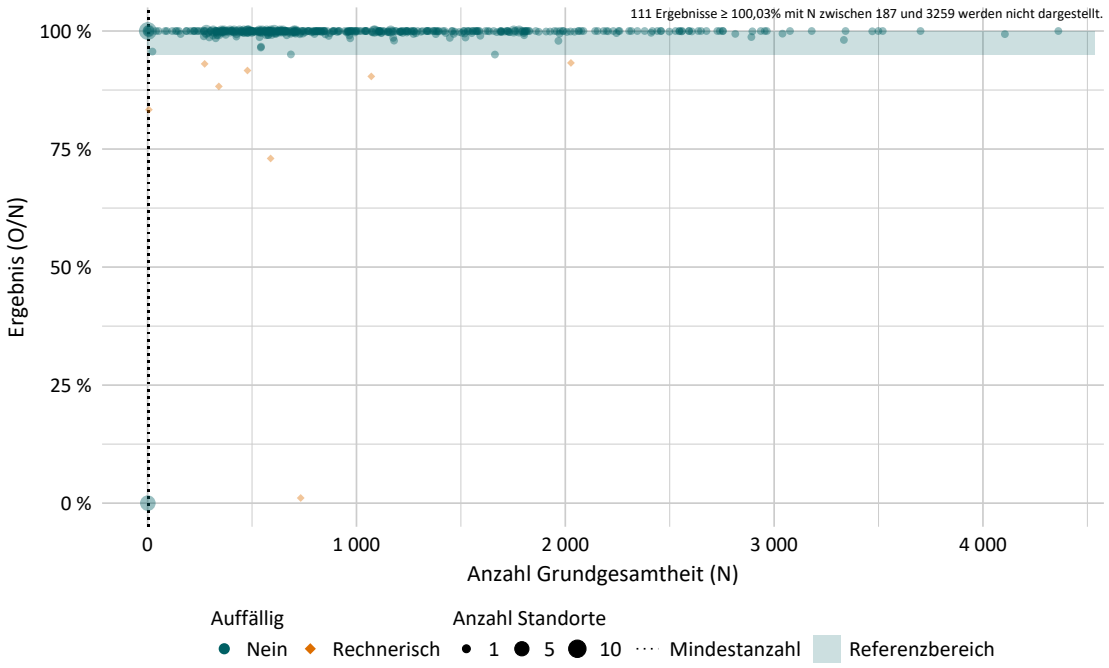
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	5.159 / 608.489	0,85	4,62 % 28 / 606

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	614	8	0,00	183,18	100,00

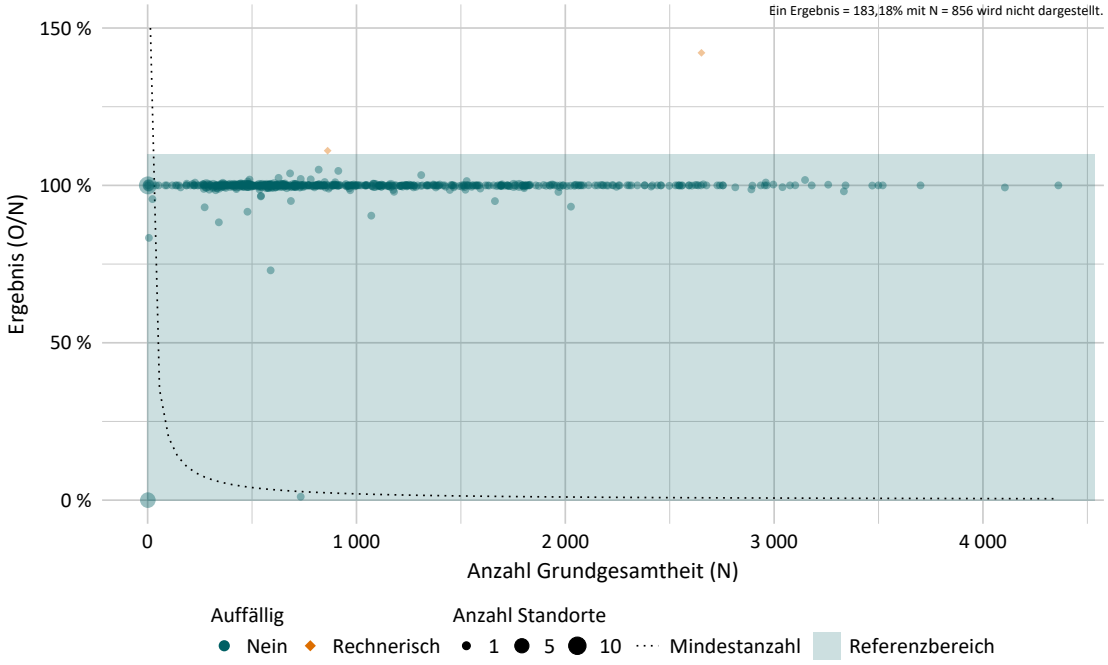
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	654.174 / 651.135	100,47	1,30 % 8 / 614

850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	614	3	0,00	183,18	100,00

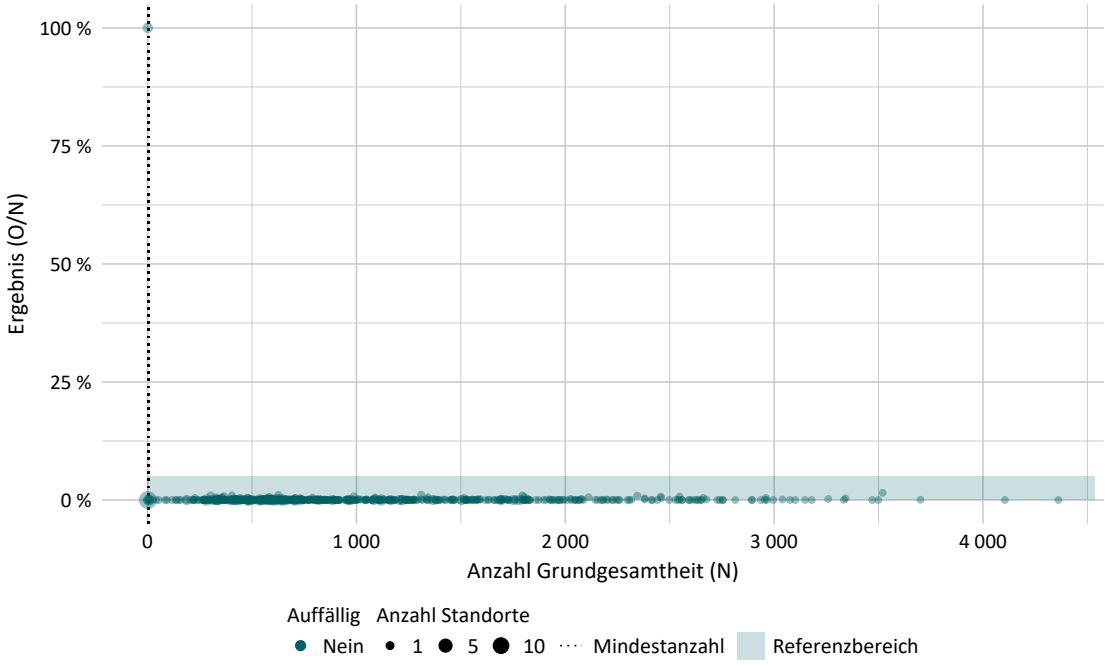
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	654.174 / 651.135	100,47	0,49 % 3 / 614

850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	614	0	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	452 / 651.135	0,07	0,00 % 0 / 614

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 653.722**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen)	5.415	0,83
1. Quartal	160.154	24,50
2. Quartal	164.104	25,10
3. Quartal	173.871	26,60
4. Quartal	150.178	22,97

Datenbasis: Anzahl der Mütter und Kinder

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl der Mütter		
Alle Mütter	653.722	100,00
davon		
Erstgebärende	305.197	46,69
Mehrgebärende	348.525	53,31
davon		
Einlingsschwangerschaften	643.234	98,40
Mehrlingsschwangerschaften	10.488	1,60

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl der Kinder		
Alle Kinder	664.366	100,00
davon		
Einlinge	643.234	96,82
Zwillinge	20.631	3,11
Drillinge	464	0,07
Höhergradige Mehrlinge	37	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Zeitliche Verteilung der Geburten		
Januar	54.387	8,19
Februar	52.962	7,97
März	55.323	8,33
April	54.078	8,14
Mai	57.072	8,59
Juni	55.601	8,37
Juli	59.964	9,03
August	59.086	8,89
September	57.411	8,64
Oktober	56.340	8,48
November	50.950	7,67
Dezember	51.192	7,71

Informationen zur Schwangeren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 653.722**	
Alter		
< 18	2.692	0,41
18 - 29	230.208	35,21
30 - 34	241.064	36,88
35 - 39	145.750	22,30
≥ 40	34.008	5,20

Vorausgegangene Schwangerschaften

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 653.722**	
Vorausgegangene Schwangerschaften		
0	240.392	36,77
1	206.050	31,52
2	107.647	16,47
3 und mehr	99.633	15,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vorausgegangenen Schwangerschaften	**N = 413.330**	
Lebendgeburten		
0	66.601	16,11
1	225.607	54,58
2	77.441	18,74
3	26.266	6,35
4	9.428	2,28
5 und mehr	7.987	1,93
Totgeburten		
0	405.828	98,18
1	6.612	1,60
2 und mehr	890	0,22

Informationen zur jetzigen Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Gestationsalter (in vollendeten Wochen)		
< 28 SSW	4.128	0,62
28 - 31 SSW	5.409	0,81
32 - 36 SSW	42.100	6,34
37 - 41 SSW	609.108	91,68
> 41 SSW	3.621	0,55

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 612.766**	
BMI bei Erstuntersuchung (BMI-Klassifikation nach WHO)		
Untergewicht (< 18,5)	20.963	3,42
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	316.372	51,63
leichtes Übergewicht (≥ 25 - < 30)	158.136	25,81
Übergewicht Klasse I (≥ 30 - < 35)	72.385	11,81
Übergewicht Klasse II (≥ 35 - < 40)	29.491	4,81
Übergewicht Klasse III (≥ 40)	15.419	2,52

Untersuchungen in der jetzigen Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 653.722**	
Anzahl Vorsorgeuntersuchungen		
≤ 4 (Unterversorgung)	28.178	4,31
5 - 7	38.996	5,97
8 - 11	272.183	41,64
≥ 12 (Überversorgung)	192.862	29,50
ohne Angabe	121.503	18,59

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 653.722**	
Befunde während der Schwangerschaft		
Schwangere ohne Befund	133.574	20,43
Schwangere mit Befund	520.148	79,57
Geburtsrisiken		
Schwangere ohne Geburtsrisiken	126.741	19,39
Schwangere mit Geburtsrisiken	526.981	80,61

Präpartale Diagnostik/Therapie

Antenatale Kortikosteroidtherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 653.722**	
Antenatale Kortikosteroidtherapie		
(0) nein	637.822	97,57
(1) ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik	13.498	2,06
(2) ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	2.402	0,37

Mütter, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik und nach der Geburt des Kindes erfolgte

	Bund (gesamt)
	N
Alle Mütter	**N = 653.722**
Mütter, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik erfolgte	13.498
Begonnene Kortikosteroidtherapie erfolgte nach der Geburt des Kindes	89

Kortikosteroidtherapie (begonnen in eigner Klinik) bei Lebendgeborenen

nach Schwangerschaftswoche bei Geburt

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Abstand zwischen Kortikosteroidgabe und Geburt (in Stunden)[6]	< 24+0 SSW	≥ 24+0 SSW - < 34+0 SSW	≥ 34+0 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)				
< 24	86 **0,64 %**	2.156 **16,04 %**	130 **0,97 %**	2.372 **17,65 %**
≥ 24 - < 168	130 **0,97 %**	3.494 **26,00 %**	383 **2,85 %**	4.007 **29,82 %**
≥ 168	13 **0,10 %**	2.730 **20,32 %**	4.323 **32,17 %**	7.065 **52,57 %**
Gesamt	226 **1,68 %**	8.380 **62,36 %**	4.836 **35,99 %**	13.438 **100,00 %**

[6] Mehrfachnennung möglich

Informationen zur Geburt

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 653.722**	
Aufnahmeart		
(1) Geburt in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt	650.994	99,58
(2) Geburt in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde	2.727	0,42
Aufnahmediagnose (ICD 10)[7]		
(O42.-) Vorzeitiger Blasensprung	62.828	9,61
(O43.-) Pathologische Zustände der Plazenta	1.070	0,16
(O44.-) Placenta praevia	1.211	0,19
(O45.-) Vorzeitige Plazentalösung	591	0,09
(O48) Übertragene Schwangerschaft	22.026	3,37
(O80) Spontangeburt eines Einlings	126.475	19,35
(O82) Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung	28.016	4,29

[7] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vaginaler Geburt	**N = 435.267**	
Muttermundsweite bei Aufnahme		
0 - 2 cm	185.556	42,63
3 - 5 cm	98.128	22,54
> 5 cm	49.067	11,27
ohne Angabe	102.516	23,55

Geburtseinleitung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 653.722**	
Geburtseinleitung		
eingeleitete Geburten	151.547	23,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 653.722**	
Wehentherapie		
Wehenmittel s.p.	195.339	29,88

Geburtsmodus und Lage des Kindes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Lage des Kindes		
(1) regelrechte Schädellage	590.653	88,90
(2) regelwidrige Schädellage	35.465	5,34
(3) Beckenendlage	33.191	5,00
(4) Querlage	4.022	0,61
(9) nicht bestimmt	1.035	0,16

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Geburtsmodus		
Spontangeburt	389.060	58,56
Sectio caesarea	226.616	34,11
davon		
primär	94.107	41,53
sekundär	111.694	49,29
nicht näher bezeichnet	20.815	9,19
vaginal-operativ	47.936	7,22
davon		
Vakuumentbindung	46.824	97,68
Forzepsentbindung	1.093	2,28
sonstige	19	0,04
sonstige	754	0,11

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 542.405**	
Geburtsmodus		
Spontangeburt	353.524	65,18
Sectio caesarea	147.388	27,17
davon		
primär	63.593	43,15
sekundär	66.931	45,41
nicht näher bezeichnet	16.864	11,44
vaginal-operativ	41.384	7,63
davon		
Vakuumentbindung	40.580	98,06
Forzepsentbindung	794	1,92
sonstige	10	0,02
sonstige	109	0,02

Geburtsmodus bei Kindern < 1500 g

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g	**N = 9.239**	
Geburtsmodus		
Spontangeburt	2.392	25,89
primäre Sectio caesarea	2.030	21,97
sekundäre Sectio caesarea	4.468	48,36
vaginal-operativ	21	0,23
sonstige	328	3,55

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g in Schädellage	**N = 5.674**	
Geburtsmodus bei Schädellage		
Spontangeburt	1.568	27,63
primäre Sectio caesarea	1.291	22,75
sekundäre Sectio caesarea	2.613	46,05
vaginal-operativ	19	0,33
sonstige	183	3,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g in Beckenendlage	**N = 2.841**	
Geburtsmodus bei Beckenendlage		
Spontangeburt	744	26,19
primäre Sectio caesarea	548	19,29
sekundäre Sectio caesarea	1.435	50,51
Extraktion/Sonstiges	114	4,01

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g in Querlage	**N = 553**	
Geburtsmodus bei Querlage		
primäre Sectio caesarea	161	29,11
sekundäre Sectio caesarea	366	66,18
sonstige	26	4,70

Geburtsmodus bei Kindern ≥ 1500 g

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g	**N = 655.127**	
Geburtsmodus		
Spontangeburt	386.668	59,02
primäre Sectio caesarea	92.077	14,05
sekundäre Sectio caesarea	107.226	16,37
vaginal-operativ	47.915	7,31
sonstige	21.241	3,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g in Schädellage	**N = 620.444**	
Geburtsmodus bei Schädellage		
Spontangeburt	384.696	62,00
primäre Sectio caesarea	72.691	11,72
sekundäre Sectio caesarea	96.157	15,50
vaginal-operativ	47.883	7,72
sonstige	19.017	3,07

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g in Beckenendlage	**N = 30.350**	
Geburtsmodus bei Beckenendlage		
Spontangeburt	1.820	6,00
primäre Sectio caesarea	17.242	56,81
sekundäre Sectio caesarea	9.360	30,84
Extraktion/Sonstiges	1.928	6,35

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g in Querlage	**N = 3.469**	
Geburtsmodus bei Querlage		
primäre Sectio caesarea	1.920	55,35
sekundäre Sectio caesarea	1.266	36,49
sonstige	283	8,16

Sectiomanagement bei Beckenendlage

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW)	**N = 600.242**	
Sectiomanagement bei Beckenendlage[8]		
Beckenendlage (87)	21.885	3,65
davon		
primäre Sectio	14.121	64,52

[8] Geburtsrisiken nach Schlüssel 2

Sectiomanagement bei Schädellage

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 542.405**	
Sectiomanagement bei Schädellage[9]		
absolutes oder relatives Missverhältnis (84)	12.129	2,24
davon		
Sectio	10.279	84,75
protrahierte Geburt: Eröffnungsperiode (82)	18.328	3,38
davon		
sekundäre Sectio	12.767	69,66
pathologisches CTG (77)	89.529	16,51
davon		
sekundäre Sectio	26.487	29,58
Z. n. Sectio oder anderen Uterus-OP (69)	98.907	18,23
davon		
Sectio	68.653	69,41

[9] Geburtsrisiken nach Schlüssel 2, Mehrfachnennung möglich

Indikation zur Sectio

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge	**N = 643.234**	
Indikation zur Sectio		
Sectio	210.660	32,75
davon Indikation[10]		
absolutes oder relatives Missverhältnis (84)	11.917	5,66
pathologisches CTG (77)	39.333	18,67
Z. n. Sectio oder anderen Uterus-OP (69)	70.081	33,27
primäre Sectio (> 36 SSW)	79.678	12,39
davon Indikation[11]		
Beckenendlage (87)	13.319	16,72
sekundäre Sectio	104.092	16,18
davon Indikation[12]		
protrahierte Geburt: Eröffnungsperiode (82)	19.788	19,01

[10] Indikation zur operativen Geburt nach Schlüssel 2, Mehrfachnennung möglich
[11] Indikation zur operativen Geburt nach Schlüssel 2
[12] Indikation zur operativen Geburt nach Schlüssel 2

Allgemeinanästhesie bei Sectio

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder, die per Sectio geboren wurden	**N = 226.616**	
Allgemeinanästhesie bei Sectio		
Allgemeinanästhesie	26.733	11,80

E-E-Zeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Notsectiones	**N = 8.714**	
E-E-Zeit		
< 21 Minuten	8.682	99,63
21 - 30 Minuten	17	0,20
> 30 Minuten	15	0,17

	Bund (gesamt)	
	n	%
Notsectiones bei Einlingen	**N = 8.100**	
Hauptindikation bei Notsectio[13]		
(60) vorzeitiger Blasensprung	28	0,35
(61) Übertragung des Termins	5	0,06
(62) Fehlbildung	≤3	x
(63) Frühgeburt	69	0,85
(64) Mehrlingsschwangerschaft	0	0,00
(65) Plazentainsuffizienz	17	0,21
(66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung	92	1,14
(67) Rh-Inkompatibilität	0	0,00
(68) Diabetes mellitus	4	0,05
(69) Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen	70	0,86
(70) Placenta praevia	68	0,84
(71) vorzeitige Plazentalösung	863	10,65
(72) sonstige uterine Blutungen	100	1,23
(73) Amnioninfektionssyndrom	15	0,19
(74) Fieber unter der Geburt	0	0,00
(75) mütterliche Erkrankung	48	0,59

	Bund (gesamt)	
	n	%
Notsectiones bei Einlingen	**N = 8.100**	
(76) mangelnde Kooperation der Mutter	13	0,16
(77) pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	5.315	65,62
(78) grünes Fruchtwasser	6	0,07
(79) Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)	420	5,19
(80) Nabelschnurvorfall	244	3,01
(81) sonstige Nabelschnurkomplikationen	15	0,19
(82) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode	11	0,14
(83) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode	56	0,69
(84) absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken	25	0,31
(85) Uterusruptur	158	1,95
(86) Querlage/Schräglage	25	0,31
(87) Beckenendlage	111	1,37
(88) hintere Hinterhauptslage	5	0,06
(89) Vorderhauptslage	≤3	x
(90) Gesichtslage/Stirnlage	20	0,25
(91) tiefer Querstand	0	0,00
(92) hoher Geradstand	10	0,12
(93) sonstige regelwidrige Schädellagen	17	0,21
(95) HELLP-Syndrom	11	0,14
(96) intrauteriner Fruchttod	≤3	x
(97) pathologischer Dopplerbefund	10	0,12
(98) Schulterdystokie	≤3	x
(94) sonstige	242	2,99

[13] nach Schlüssel 2

Zeitpunkt der Geburt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit risikofreien Geburten	**N = 126.741**	
Wochentag der Geburt		
Montag	17.840	14,08
Dienstag	17.881	14,11
Mittwoch	18.293	14,43
Donnerstag	18.377	14,50
Freitag	18.494	14,59
Samstag	18.257	14,40
Sonntag	17.600	13,89

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Sectio	**N = 218.675**	
Wochentag der Geburt		
Montag	38.254	17,49
Dienstag	34.790	15,91
Mittwoch	35.173	16,08
Donnerstag	35.643	16,30
Freitag	39.828	18,21
Samstag	17.602	8,05
Sonntag	17.392	7,95

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit primärer Sectio	**N = 90.277**	
Zeitpunkt der Geburt		
Montag - Freitag: 7 - 18 Uhr	83.071	92,02
Montag - Freitag: sonstige Uhrzeit	3.442	3,81
Samstag, Sonntag, Feiertag	5.017	5,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit sekundärer Sectio	**N = 108.006**	
Zeitpunkt der Geburt		
Montag - Freitag: 7 - 18 Uhr	42.667	39,50
Montag - Freitag: sonstige Uhrzeit	35.977	33,31
Samstag, Sonntag, Feiertag	32.415	30,01

Diagnostik/Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vaginaler Geburt	**N = 435.267**	
Episiotomie		
(0) nein	381.702	87,69
(1) median	2.906	0,67
(2) mediolateral	49.617	11,40
(3) sonstige	1.042	0,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Blutgasanalyse Fetalblut		
(1) ja	31.787	4,78
davon pH-Wert		
< 7,000	59	0,19
7,000 - 7,099	388	1,22
7,100 - 7,199	2.277	7,16
≥ 7,200	29.063	91,43
davon Base Excess		
< -16	124	0,39
-16 bis < -10	1.061	3,34
-10 bis < -5	5.783	18,19
-5 bis < 0	18.821	59,21
≥ 0	5.998	18,87

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge mit pathologischem CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen	**N = 108.350**	
Blutgasanalyse Fetalblut		
(1) ja	18.659	17,22

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge mit pathologischem CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen und sekundärer Sectio	**N = 36.488**	
Blutgasanalyse Fetalblut		
(1) ja	6.968	19,10

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Aufnahme-CTG		
(1) ja	586.526	88,28
CTG-Kontrolle		
(1) ja	642.530	96,71
davon		
(1) intermittierend	236.349	36,78
(2) kontinuierlich bis Geburt	327.334	50,94
(3) kontinuierlich bis Desinfektion	91.483	14,24

Befunde und Risiken

Verteilung von Befunden und Risiken

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Befunde während der Schwangerschaft	ohne Geburtsrisiko	mit Geburtsrisiko	Gesamt
Schwangere mit Mutterpass erschienen			
Bund (gesamt)			
ohne Befund	39.607 **6,08 %**	92.622 **14,21 %**	132.229 **20,29 %**
mit Befund	86.783 **13,32 %**	432.625 **66,39 %**	519.408 **79,71 %**
Gesamt	126.390 **19,40 %**	525.247 **80,60 %**	651.637 **100,00 %**

Befunde während der Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Befund	**N = 520.148**	
Befunde (Schlüssel 1)[14]		
(01) Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)	195.760	37,64
(02) Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)	129.230	24,84
(03) Blutungs-/Thromboseneigung	15.971	3,07
(04) Allergie	132.225	25,42
(05) Frühere Bluttransfusionen	5.794	1,11
(06) Besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)	24.113	4,64
(07) Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)	22.674	4,36
(08) Rhesus-Inkompatiblität (bei vorausgegangenen Schwangerschaften)	2.440	0,47

Befunde während der Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Befund	**N = 520.148**	
(09) Diabetes mellitus	7.440	1,43
(10) Adipositas	80.947	15,56
(11) Kleinwuchs	4.342	0,83
(12) Skelettanomalien	10.787	2,07
(13) Schwangere unter 18 Jahren	2.896	0,56
(14) Schwangere über 35 Jahren	131.990	25,38
(15) Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	7.361	1,42
(16) Z. n. Sterilitätsbehandlung	25.415	4,89
(17) Z. n. Frühgeburt (< 37 SSW)	13.566	2,61
(18) Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht < 2500 g)	5.400	1,04
(19) Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen	44.353	8,53
(20) Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese	10.838	2,08
(21) Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen	31.311	6,02
(22) Komplikationen post partum	9.314	1,79
(23) Z. n. Sectio caesarea	103.778	19,95
(24) Z. n. anderen Uterusoperationen	25.666	4,93
(25) rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)	20.274	3,90
(26) sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde	42.392	8,15
(27) Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankung	14.602	2,81
(28) Dauermedikation	34.035	6,54
(29) Abusus	17.454	3,36
(30) Besondere psychische Belastung	4.036	0,78
(31) Besondere soziale Belastung	2.445	0,47
(32) Blutungen < 28 SSW	5.459	1,05

Befunde während der Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Befund	**N = 520.148**	
(33) Blutungen ≥ 28 SSW	1.100	0,21
(34) Placenta praevia	2.003	0,39
(35) Mehrlingsschwangerschaft	9.383	1,80
(36) Hydramnion	1.474	0,28
(37) Oligohydramnie	2.284	0,44
(38) Terminunklarheit	1.724	0,33
(39) Plazentainsuffizienz	3.950	0,76
(40) Isthmozervikale Insuffizienz	4.537	0,87
(41) Vorzeitige Wehentätigkeit	3.511	0,68
(42) Anämie	15.730	3,02
(43) Harnwegsinfektion	1.192	0,23
(44) Indirekter Coombstest positiv	216	0,04
(45) Risiko aus anderen serologischen Befunden	2.522	0,48
(46) Hypertonie (Blutdruck über 140/90)	9.537	1,83
(47) Eiweißausscheidung über 1000 mg/l Urin	687	0,13
(48) Mittelgradige - schwere Ödeme	1.108	0,21
(49) Hypotonie	513	0,10
(50) Gestationsdiabetes	52.148	10,03
(51) Lageanomalie	7.691	1,48
(52) sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf	28.367	5,45
(53) Hyperemesis	1.344	0,26
(54) Z. n. HELLP-Syndrom	562	0,11
(55) Z. n. Eklampsie	263	0,05
(56) Z. n. Hypertonie	461	0,09

[14] Mehrfachnennung möglich

Geburtsrisiken

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit einem Risiko zur Geburt (Schlüssel 2)	**N = 526.981**	
Geburtsrisiken (Schlüssel 2)[15]		
(60) vorzeitiger Blasensprung	114.143	21,66
(61) Übertragung des Termins	32.216	6,11
(62) Fehlbildung	2.808	0,53
(63) Frühgeburt	26.054	4,94
(64) Mehrlingsschwangerschaft	10.075	1,91
(65) Plazentainsuffizienz	12.778	2,42
(66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung	16.275	3,09
(67) Rh-Inkompatibilität	2.797	0,53
(68) Diabetes mellitus	37.138	7,05
(69) Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen	118.295	22,45
(70)Placenta praevia	3.172	0,60
(71) vorzeitige Plazentalösung	3.470	0,66
(72) sonstige uterine Blutungen	4.377	0,83
(73) Amnioninfektionssyndrom	7.961	1,51
(74) Fieber unter der Geburt	5.796	1,10
(75) mütterliche Erkrankung	35.322	6,70
(76) mangelnde Kooperation der Mutter	4.612	0,88
(77) pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	109.436	20,77
(78) grünes Fruchtwasser	54.527	10,35
(79) Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)	1.838	0,35
(80) Nabelschnurvorfall	522	0,10
(81) sonstige Nabelschnurkomplikationen	62.770	11,91
(82) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode	24.502	4,65

Geburtsrisiken

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit einem Risiko zur Geburt (Schlüssel 2)	**N = 526.981**	
(83) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode	46.088	8,75
(84) absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken	14.875	2,82
(85) Uterusruptur	2.597	0,49
(86) Querlage/Schräglage	3.576	0,68
(87) Beckenendlage	30.840	5,85
(88) hintere Hinterhauptslage	16.130	3,06
(89) Vorderhauptslage	1.760	0,33
(90) Gesichtslage/Stirnlage	1.013	0,19
(91) tiefer Querstand	1.235	0,23
(92) hoher Geradstand	5.781	1,10
(93) sonstige regelwidrige Schädellagen	9.242	1,75
(95) HELLP-Syndrom	2.273	0,43
(96) intrauteriner Fruchttod	1.604	0,30
(97) pathologischer Dopplerbefund	3.928	0,75
(98) Schulterdystokie	4.185	0,79
(94) sonstige	160.721	30,50

[15] Mehrfachnennung möglich

Informationen zum Kind

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Gestationsalter (in vollendeten Wochen)		
< 28 SSW	4.128	0,62
28 - 31 SSW	5.409	0,81
32 - 36 SSW	42.100	6,34
37 - 41 SSW	609.108	91,68
> 41 SSW	3.621	0,55

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Geschlecht		
(1) männlich	341.089	51,34
(2) weiblich	323.057	48,63
(3) divers	28	0,00
(8) unbestimmt	192	0,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Geburtsgewicht		
< 500 g	1.143	0,17
500 - 749 g	1.739	0,26
750 - 999 g	1.806	0,27
1000 - 1499 g	4.551	0,69
1500 - 1999 g	7.969	1,20
2000 - 2499 g	25.648	3,86
2500 - 2999 g	101.150	15,23
3000 - 3999 g	452.244	68,07
4000 - 4499 g	60.442	9,10
≥ 4500 g	7.674	1,16

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 661.591**	
Kopfumfang des Kindes		
< 31 cm	12.688	1,92
31 bis < 33 cm	40.155	6,07
33 bis < 35 cm	235.372	35,58
35 bis < 37 cm	295.398	44,65
≥ 37 cm	63.848	9,65
ohne Angabe	14.130	2,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 661.591**	
Apgar nach 1 Minute		
0	500	0,08
1 - 3	7.233	1,09
4 - 6	25.616	3,87
7 - 9	564.945	85,39
10	61.713	9,33
ohne Angabe	1.584	0,24
Apgar nach 5 Minuten		
0	296	0,04
1 - 3	1.486	0,22
4 - 6	7.996	1,21
7 - 9	149.624	22,62
10	500.616	75,67
ohne Angabe	1.573	0,24
Apgar nach 10 Minuten		
0	430	0,06
1 - 3	815	0,12
4 - 6	1.749	0,26
7 - 9	66.432	10,04
10	590.485	89,25
ohne Angabe	1.680	0,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit durchgeführter Blutgasanalyse der Nabelschnurarterie	**N = 655.848**	
pH-Wert Nabelschnurarterie		
< 7,00	2.019	0,31
7,00 - 7,09	15.237	2,32
7,10 - 7,19	108.740	16,58
≥ 7,20	529.852	80,79
Base Excess Nabelschnurarterie		
< -16	1.820	0,28
-16 bis < -10	34.286	5,23
-10 bis < -5	196.122	29,90
-5 bis 0	348.910	53,20

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 542.405**	
5-Minuten-Apgar		
Spontangeburt	353.524	65,18
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	2.364	0,67
7 - 8	11.797	3,34
9 - 10	338.802	95,84
primäre Sectio caesarea	63.593	11,72
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	603	0,95
7 - 8	3.995	6,28
9 - 10	58.886	92,60
sekundäre Sectio caesarea	66.931	12,34
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	1.769	2,64
7 - 8	6.626	9,90
9 - 10	58.418	87,28
vaginal-operativ	41.384	7,63
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	812	1,96
7 - 8	4.032	9,74
9 - 10	36.493	88,18
sonstige	16.973	3,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 542.405**	
Blutgasanalyse (Nabelschnurarterie)		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	14.096	2,60
davon Base Excess		
< -16	1.037	7,36
-16 bis < -10	8.400	59,59
-10 bis < -5	4.300	30,51
-5 bis 0	304	2,16
pH-Wert 7,10 bis 7,19	95.119	17,54
davon Base Excess		
< -16	157	0,17
-16 bis < -10	15.685	16,49
-10 bis < -5	61.718	64,89
-5 bis 0	16.889	17,76

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 542.405**	
Geburtsmodus und Blutgasanalyse (Nabelschnurarterie)		
Spontangeburt	353.524	65,18
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	8.832	2,50
davon Base Excess		
< -16	564	6,39
-16 bis < -10	5.314	60,17
-10 bis < -5	2.740	31,02
-5 bis 0	187	2,12

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 542.405**	
pH-Wert 7,10 bis 7,19	72.635	20,55
davon Base Excess		
< -16	109	0,15
-16 bis < -10	11.580	15,94
-10 bis < -5	47.712	65,69
-5 bis 0	12.746	17,55
primäre Sectio caesarea	63.593	11,72
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	349	0,55
davon Base Excess		
< -16	11	3,15
-16 bis < -10	149	42,69
-10 bis < -5	158	45,27
-5 bis 0	26	7,45
pH-Wert 7,10 bis 7,19	1.816	2,86
davon Base Excess		
< -16	≤3	x
-16 bis < -10	79	4,35
-10 bis < -5	889	48,95
-5 bis 0	802	44,16
sekundäre Sectio caesarea	66.931	12,34
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	1.580	2,36
davon Base Excess		
< -16	217	13,73
-16 bis < -10	787	49,81

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 542.405**	
-10 bis < -5	512	32,41
-5 bis 0	53	3,35
pH-Wert 7,10 bis 7,19	5.074	7,58
davon Base Excess		
< -16	9	0,18
-16 bis < -10	602	11,86
-10 bis < -5	2.997	59,07
-5 bis 0	1.418	27,95
vaginal-operativ	41.384	7,63
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	3.205	7,74
davon Base Excess		
< -16	233	7,27
-16 bis < -10	2.080	64,90
-10 bis < -5	847	26,43
-5 bis 0	33	1,03
pH-Wert 7,10 bis 7,19	15.005	36,26
davon Base Excess		
< -16	36	0,24
-16 bis < -10	3.378	22,51
-10 bis < -5	9.821	65,45
-5 bis 0	1.689	11,26
sonstige	16.973	3,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge	**N = 643.234**	
Gestationsalter (in vollendeten Wochen) und Geburtsgewicht[16]		
Einlinge < 37 SSW	39.373	6,12
davon Neugeborene		
< 10. Perzentile	4.351	11,05
> 90. Perzentile	3.288	8,35
Einlinge ≥ 37 SSW	603.861	93,88
davon Neugeborene		
< 10. Perzentile	55.171	9,14
> 90. Perzentile	59.829	9,91

[16] Für die Perzentilberechnung wurden die geschlechtsspezifischen Perzentilwerte für das Geburtsgewicht von Jungen und Mädchen für vollendete Schwangerschaftswochen nach Voigt et al. (2014) verwendet. Dabei werden Fälle mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 43+0 SSW berücksichtigt. Die Gesamtzahl kann aufgrund dessen von der ursprünglichen Gesamtzahl abweichen.

Grundlage zur Perzentilberechnung: Voigt, M; Rochow, N; Schneider, KTM; Hagenah, HP; Straube, S; Scholz, R; et al. (2014): Neue Perzentilwerte für die Körpermaße neugeborener Einlinge: Ergebnisse der deutschen Perinatalerhebung der Jahre 2007–2011 unter Beteiligung aller 16 Bundesländer. Z Geburtshilfe Neonatol 218(05): 210-217. DOI: 10.1055/s-0034-1385857.

Kindliche Morbidität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 661.591**	
Kindliches Outcome		
5-Minuten-Apgar < 7	9.778	1,48
Nabelschnur-Arterien-pH < 7,10	17.256	2,61

Kindliche Morbidität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 661.591**	
Akute postpartale Therapie[17]		
Maskenbeatmung	19.151	2,89
Pufferung	1.547	0,23
Volumensubstitution	4.776	0,72
O2-Anreicherung	18.322	2,77

[17] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 661.591**	
Fehlbildungen vorhanden		
(0) nein	656.213	99,19
(1) ja	5.378	0,81
Frühgeburten		
Kinder < 37 SSW	49.485	7,48

Risikokollektivbildung

Nach den Leitlinien der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin sollte bei den aufgeführten Risiken die Geburt in einem Perinatalzentrum erfolgen.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 653.722**	
Risikokollektivbildung		
Frühgeburt < 1500 g	8.210	1,26
Frühgeburt < 32 SSW	8.212	1,26
Frühgeburt 32 - 33 SSW mit sonstigen Risiken[18]	2.758	0,42
(73) Amnion-Infektionssyndrom oder (74) Fieber unter der Geburt[19]	11.973	1,83
(66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung[20]	16.275	2,49
(09) Diabetes mellitus[21]	7.440	1,14

[18] Sonstige Risiken (Geburtsrisiken nach Schlüssel 2):
(60) vorzeitiger Blasensprung, (66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung, (67) Rh-Inkompatibilität, (70) Placenta praevia, (72) sonstige uterine Blutungen, (83) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode

[19] Geburtsrisiken nach Schlüssel 2

[20] Geburtsrisiken nach Schlüssel 2

[21] Befunde im Mutterpass nach Schlüssel 1

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Risikokollektivbildung Mehrlinge		
Zwillinge < 34 SSW	4.032	0,61
Höhergradige Mehrlinge	501	0,08

Verlegung des Kindes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Kind in Kinderklinik verlegt		
(0) nein	591.434	89,02
(1) ja	72.932	10,98
davon Verlegungszeitpunkt		
< 1 Stunde	48.129	65,99
1 bis < 2 Stunden	0	0,00
2 bis < 4 Stunden	0	0,00
4 bis < 24 Stunden	16	0,02
≥ 24 Stunden	24.787	33,99
ohne Angabe	0	0,00
davon Verlegungsdiagnosen (ICD 10)[22]		
(P05.-) Intrauterine Mangelernährung und fetale Mangelernährung	2.367	3,25
(P08.-) Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	871	1,19
(P20.-) Intrauterine Hypoxie oder (P21,-) Asphyxie unter der Geburt	2.488	3,41
(P22.-) Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	11.335	15,54
(P23.-) Angeborene Pneumonie	146	0,20
(P28.-) Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode	5.133	7,04
(P29.-) Kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode	559	0,77
(P36.-) Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	882	1,21
(P57.- bis P59.-) Ikterus	2.252	3,09
(P77) Enterocolitis necroticans (NEC) beim Fetus und Neugeborenen	6	0,01

[22] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW)	**N = 600.242**	
Geburtsrisiken		
(0) nein	124.475	20,74
davon Kind in Kinderklinik verlegt		
(0) nein	119.842	96,28
(1) ja	4.633	3,72
davon Verlegungsgrund (ICD 10)[23]		
(P20.-, P21.-, P22.-) Atemstörungen	882	19,04
(P35.- bis P39.-) Infektionen	840	18,13
(P57.-, P58.-, P59.-) Ikterus	222	4,79

[23] Mehrfachnennung möglich

Mortalität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Mortalität		
Totgeborene gesamt	2.775	0,42
davon		
(1) Tod ante partum	1.961	70,67
(2) Tod sub partu	133	4,79
(3) Todeszeitpunkt unbekannt	681	24,54
Tod vor Klinikaufnahme	2.249	0,34
Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	910	0,14
fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	299.237	45,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge	**N = 643.234**	
Mortalität		
Totgeborene gesamt	2.464	0,38
davon		
(1) Tod ante partum	1.747	70,90
(2) Tod sub partu	106	4,30
(3) Todeszeitpunkt unbekannt	611	24,80
Tod vor Klinikaufnahme	2.000	0,31
Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	745	0,12
fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	291.750	45,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Entlassungsgrund = Tod	**N = 937**	
Todesursachen (ICD 10)[24]		
(P02.-) Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten	10	1,07
(P07.0-) Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht	79	8,43
(P07.1-) Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht	9	0,96
(P07.2) Neugeborenes mit extremer Unreife	234	24,97
(P07.3) sonstige vor dem Termin Geborene	116	12,38
(P20.-) Intrauterine Hypoxie oder (P21.-) Asphyxie unter der Geburt	26	2,77
(Q-) Fehlbildung	155	16,54
(P95) Fetaltod nicht näher bezeichneter Ursache	39	4,16

[24] Mehrfachnennung möglich

Mortalität und Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Gewichtsgruppen	Totgeburt	Tod ≤ 7 Tage	Gesamt	Fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage
Alle Kinder				
Bund (gesamt)				
< 500 g	357 **0,05 %**	389 **0,06 %**	1.143 **0,17 %**	414 **0,06 %**
500 - 749 g	525 **0,08 %**	177 **0,03 %**	1.739 **0,26 %**	599 **0,09 %**
750 - 999 g	301 **0,05 %**	53 **0,01 %**	1.806 **0,27 %**	506 **0,08 %**
1000 - 1499 g	376 **0,06 %**	42 **0,01 %**	4.551 **0,69 %**	1.212 **0,18 %**
1500 - 1999 g	306 **0,05 %**	59 **0,01 %**	7.969 **1,20 %**	2.064 **0,31 %**
2000 - 2499 g	269 **0,04 %**	43 **0,01 %**	25.648 **3,86 %**	8.836 **1,33 %**
2500 - 2999 g	265 **0,04 %**	53 **0,01 %**	101.150 **15,23 %**	44.720 **6,73 %**
3000 - 3999 g	315 **0,05 %**	82 **0,01 %**	452.244 **68,07 %**	209.532 **31,54 %**
4000 - 4499 g	47 **0,01 %**	11 **0,00 %**	60.442 **9,10 %**	27.897 **4,20 %**
≥ 4500 g	14 **0,00 %**	≤3 **x %**	7.674 **1,16 %**	3.457 **0,52 %**
Gesamt	2.775 **0,42 %**	910 **0,14 %**	664.366 **100,00 %**	299.237 **45,04 %**

Mortalität und Tragzeit

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Gestationsalter (in vollendeten Wochen)	Totgeburt	Tod ≤ 7 Tage	Gesamt	Fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage
Alle Kinder				
Bund (gesamt)				
< 28 SSW	1.046 **0,16 %**	611 **0,09 %**	4.128 **0,62 %**	1.306 **0,20 %**
28 - 31 SSW	460 **0,07 %**	51 **0,01 %**	5.409 **0,81 %**	1.443 **0,22 %**
32 - 36 SSW	646 **0,10 %**	106 **0,02 %**	42.100 **6,34 %**	14.155 **2,13 %**
37 - 41 SSW	619 **0,09 %**	140 **0,02 %**	609.108 **91,68 %**	280.583 **42,23 %**
> 41 SSW	4 **0,00 %**	≤3 **x %**	3.621 **0,55 %**	1.750 **0,26 %**
Gesamt	2.775 **0,42 %**	910 **0,14 %**	664.366 **100,00 %**	299.237 **45,04 %**

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Alle Kinder	**N = 664.366**	
Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung		
(1) ausschließlich mit Frauenmilch ernährt	464.735	69,95
(2) teilweise mit Frauenmilch ernährt	109.068	16,42
(3) ausschließlich mit Formula ernährt	38.994	5,87
ohne Angabe	51.569	7,76

Informationen zur Mutter

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 653.722**	
Wochenbettkomplikationen[25]		
Mütter mit Komplikationen gesamt	300.170	45,92
Dammriss Grad I bis IV	197.771	30,25
Blutung > 1000 ml	16.235	2,48
Hysterektomie/Laparotomie	491	0,08
Sepsis[26]	195	0,03
Fieber im Wochenbett[27]	1.040	0,16
Anämie[28]	133.736	20,46
allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen	7.849	1,20

[25] Mehrfachnennung möglich
[26] nach den KISS-Definitionen
[27] > 38 °C > 2 Tage
[28] Hb < 10 g/dl

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vaginal-operativer Geburt	**N = 47.839**	
Dammrisse		
Dammriss Grad I	4.967	10,38
Dammriss Grad II	14.672	30,67
Dammriss Grad III	2.836	5,93
Dammriss Grad IV	192	0,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Spontangeburt	**N = 387.064**	
Dammrisse		
Dammriss Grad I	75.521	19,51
Dammriss Grad II	93.665	24,20
Dammriss Grad III	5.494	1,42
Dammriss Grad IV	254	0,07

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 653.722**	
Allgemeine Komplikationen[29]		
Mütter mit allgemeinen behandlungsbedürftigen postpartalen Komplikationen	7.849	1,20
Pneumonie[30]	159	0,02
Kardiovaskuläre Komplikation(en)	509	0,08
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	44	0,01
Lungenembolie	29	0,00
Harnwegsinfektion[31]	327	0,05
Wundinfektion/Abszessbildung	199	0,03
Wundhämatom/Nachblutung	1.321	0,20
sonstige Komplikation	5.692	0,87

[29] Mehrfachnennung möglich
[30] nach den KISS-Definitionen
[31] nach den KISS-Definitionen

Verweildauer

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 653.722**	
Präpartale Verweildauer		
0 Tage	366.247	56,02
1 Tag	188.777	28,88
> 1 Tag	98.503	15,07
Postpartale Verweildauer		
0 Tage	20.618	3,15
1 - 2 Tage	252.123	38,57
3 - 6 Tage	372.852	57,04
7 - 13 Tage	7.331	1,12
14 - 21 Tage	565	0,09
> 21 Tage	270	0,04
Gesamtverweildauer		
1 Tag	25.754	3,94
2 - 3 Tage	369.371	56,50
4 - 6 Tage	206.009	31,51
7 - 13 Tage	32.450	4,96
14 - 21 Tage	3.996	0,61
> 21 Tage	3.872	0,59

© IQTIG 2025

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 653.722**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	613.504	93,85
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	21.351	3,27
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	2.591	0,40
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	8.303	1,27
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	10	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	2.713	0,42
(07) Tod	22	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[32]	645	0,10
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	78	0,01
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	23	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	16	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	19	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	73	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	242	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[33]	187	0,03
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	40	0,01
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[34]	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	29	0,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 653.722**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[35]		
(1) ja	3.873	0,59

[32] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[33] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[34] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[35] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

PM-NEO: Neonatologie

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Neonatologie. Bundesauswertung. Auftragsjahr 2025

Abgabe 15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 7

Datengrundlagen 9

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 9

Ergebnisübersicht 11

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 12

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 18

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus 18

51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate) 18

222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen 21

51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate) 25

51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen 28

Details zu den Ergebnissen 32

Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) 33

51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate) 33

50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) 36

222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus 39

Details zu den Ergebnissen 42

Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) 43

51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate) 43

51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) 46

222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate) 50

222401: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) 53

222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP 56

Details zu den Ergebnissen 60

Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) ... 62
51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate) ... 62
50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) ... 65
Details zu den Ergebnissen ... 69
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) ... 70
51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) ... 70
50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) ... 73
Details zu den Ergebnissen ... 77
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) ... 78
51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) ... 78
50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) ... 81
Details zu den Ergebnissen ... 85
51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung ... 86
Details zu den Ergebnissen ... 91
50060: Nosokomiale Infektion ... 93
Details zu den Ergebnissen ... 97
50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung ... 98
Details zu den Ergebnissen ... 102
52262: Zunahme des Kopfumfangs ... 103
50063: Durchführung eines Hörtests ... 106
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C ... 109
50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen ... 109
50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen ... 113
Details zu den Ergebnissen ... 117
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 118
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 118
850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben ... 118
850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme ... 120
851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert ... 122
851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben ... 124

852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums ... 126

852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben ... 128

852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben ... 130

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 132

850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 132

850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 134

850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 136

Basisauswertung ... 138

Gesamtauswertung (Alle Kinder) ... 138

Basisdokumentation ... 138

Primär palliative Therapie (ab Geburt) ... 139

Angaben zur Geburt ... 139

Aufnahme ... 141

Diagnostik und Therapie ... 143

ROP-Screening nicht durchgeführt ... 145

Durchführung des ersten ROP-Screenings vor dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum ... 146

Durchführung des ersten ROP-Screenings nach dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum ... 147

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie ... 148

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen bzw. nach Hause entlassene Kinder) ... 150

Operation(en) und Prozeduren ... 155

Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes ... 156

Entlassung ... 158

VLBW-Auswertung (Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g) ... 159

Primärer Verzicht auf kurative Therapie ... 160

Aufnahme ... 161

Diagnostik und Therapie ... 173

Dauer der Beatmungsart nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) ... 179

ROP-Screening nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) ... 189

Entlassung 192

Einleitung

Bei der Neonatologie handelt es sich um einen Zweig der angewandten Kinderheilkunde, der sich mit der Versorgung und Behandlung von Neu- bzw. Frühgeborenen beschäftigt. Hierbei ist die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität, insbesondere die Vermeidung von Erkrankungen sowie die Durchführung einer adäquaten Therapie, von großer Bedeutung.

Im Auswertungsmodul PM-NEO werden alle Neugeborenen erfasst, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden und eine Aufenthaltsdauer im Krankenhaus von über 12 Stunden haben oder die im Alter von 8 bis 120 Tagen von einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Aufnahmegewicht von weniger als 2.000 g
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung
- Beatmung länger als eine Stunde
- schwerwiegende Erkrankung bei einem Aufnahmegewicht ab 2.000 g

Dokumentationspflichtig sind darüber hinaus Kinder, die im Kreißsaal oder in den ersten 7 Lebenstagen versterben oder die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt wurden und verstorben sind.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien werden pro Jahr aktuell über 100.000 Früh- oder Neugeborene erfasst. Bei ca. 10.000 Kindern von diesen handelt es sich um sehr kleine Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g oder mit einem Gestationsalter von weniger als 32 vollendeten Schwangerschaftswochen. Ein Großteil der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Auswertungsmodul PM-NEO bezieht sich auf diese Hochrisikogruppe. Neben der Erfassung der Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei sehr kleinen Frühgeborenen (IDs 51832 und 51837) und Risiko-Lebendgeborenen (IDs 51070 und 222402) werden auch schwerwiegende Erkrankungen betrachtet, die Langzeitfolgen für diese Kinder nach sich ziehen können. Hierunter fallen höhergradige Hirnblutungen, die vermehrt mit späteren Behinderungen einhergehen (IDs 51076, 50050 und 222200 zur intra- und periventrikulären Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)), entzündliche Darmerkrankungen (IDs 51838, 51843, 222400, 222401 und 222201 zur nekrotisierenden Enterokolitis (NEK) und fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP)) sowie schwerwiegende Schädigungen der weißen Hirnsubstanz (IDs 51077 und 50051 zur zystischen periventrikulären Leukomalazie (PVL)), der Lunge (IDs 51079 und 50053 zur bronchopulmonalen Dysplasie (BPD)) oder der Netzhaut des Auges (IDs 51078 und 50052 zur höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP)). Zudem werden nosokomiale Infektionen – Infektionen, die im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts erworben werden und zu den häufigsten Ursachen der Sterblichkeit dieser Kinder gehören – erfasst (ID 50060). Darüber hinaus wird erhoben, ob sich bei beatmeten Kindern eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand gebildet hat (ID 50062 zum Pneumothorax). Ein Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901), in dem verschiedene Kennzahlen der Ergebnisqualität für Frühgeborene verrechnet werden, wird ausgewiesen, da aufgrund der geringen Anzahl an Frühgeborenen zufällige statistische Schwankungen sehr ausgeprägt sind und oftmals keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität mittels eines einzelnen Indikators ermöglichen. Des Weiteren wird die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts

erfasst (ID 52262), da sich hierdurch zusätzliche Rückschlüsse auf die Kindesentwicklung und mögliche Qualitätsprobleme ziehen lassen. Neben diesen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität werden auch Prozessindikatoren gemessen. Beispielsweise wird erhoben, ob die Körpertemperatur bei Aufnahme ins Krankenhaus unter 36,0 °C beträgt (IDs 50069 und 50074), da eine Unterkühlung schwerwiegende Komplikationen und Folgeerkrankungen hervorruft und sich somit auf die spätere Entwicklung der Kinder negativ auswirken kann. Zudem wird erfasst, ob ein Hörtest durchgeführt wurde (ID 50063), um frühestmöglich angeborene Hörstörungen diagnostizieren und eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichts basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.

Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird ebenfalls pro Vergleichsgruppe und zusätzlich auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene dargestellt.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das Auswertungsmodul Neonatologie (PM-NEO) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem entlassenden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	91.833 91.147 686	91.550	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	445		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	470	482	97,51

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	441	450	98,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zum Auswertungsmodul PM-NEO finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pm/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	0,23 % O = 179 N = 76.662
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 3,84 (95. Perzentil)	0,94 O/E = 179 / 190,62 N = 76.662
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	3,49 % O = 286 N = 8.197
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	Transparenzkennzahl	1,06 O/E = 286 / 269,85 N = 8.197
Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)			
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	3,23 % O = 261 N = 8.070
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	Transparenzkennzahl	1,16 O/E = 261 / 225,68 N = 8.070
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus	Transparenzkennzahl	0,48 % O = 42 N = 8.682

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)			
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	1,96 % O = 173 N = 8.847
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	Transparenzkennzahl	1,03 O/E = 173 / 167,81 N = 8.847
222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	1,24 % O = 110 N = 8.847
222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	Transparenzkennzahl	1,05 O/E = 110 / 104,53 N = 8.847
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP	Transparenzkennzahl	0,88 O/E = 169 / 192,55 N = 8.847
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)			
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	1,57 % O = 117 N = 7.444
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	Transparenzkennzahl	1,20 O/E = 117 / 97,83 N = 7.444

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)			
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	7,84 % O = 469 N = 5.984
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	Transparenzkennzahl	2,25 O/E = 469 / 208,44 N = 5.984
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)			
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	5,40 % O = 226 N = 4.184
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	Transparenzkennzahl	1,10 O/E = 226 / 206,06 N = 4.184
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	≤ 2,43 (95. Perzentil)	1,26 O/E = 1.141 / 905,95 N = 8.847
50060	Nosokomiale Infektion	≤ 2,60 (95. Perzentil)	0,90 O/E = 819 / 908,66 N = 73.969
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	≤ 2,36 (95. Perzentil)	1,04 O/E = 815 / 782,68 N = 33.443
52262	Zunahme des Kopfumfangs	≤ 21,28 % (95. Perzentil)	9,71 % O = 1.102 N = 11.346

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
50063	Durchführung eines Hörtests	≥ 95,00 %	98,13 % O = 81.866 N = 83.423
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C			
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	≤ 2,97 (95. Perzentil)	0,96 O/E = 384 / 399,31 N = 9.183
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 1,96 (95. Perzentil)	0,90 O/E = 2.581 / 2.857,46 N = 77.106

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

© IQTIG 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	≤ 2,68 % (95. Perzentil)	0,72 % 628 / 87.623	3,67 % 16 / 436
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	≤ 2,86 % (95. Perzentil)	0,63 % 75 / 11.889	3,63 % 11 / 303
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	= 0	14,78 % 458 / 3.099	17,83 % 46 / 258
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	≤ 80,00 %	57,50 % 598 / 1.040	16,17 % 27 / 167
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	≤ 57,44 % (90. Perzentil)	37,66 % 1.656 / 4.397	20,20 % 41 / 203
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	= 0	15,10 % 108 / 715	13,71 % 24 / 175
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	≤ 11,30 % (95. Perzentil)	3,46 % 3.150 / 90.914	4,98 % 22 / 442
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,31 % 91.833 / 91.550	2,90 % 14 / 482
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,31 % 91.833 / 91.550	1,66 % 8 / 482
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,75 % 686 / 91.550	3,32 % 16 / 482

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit

51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)

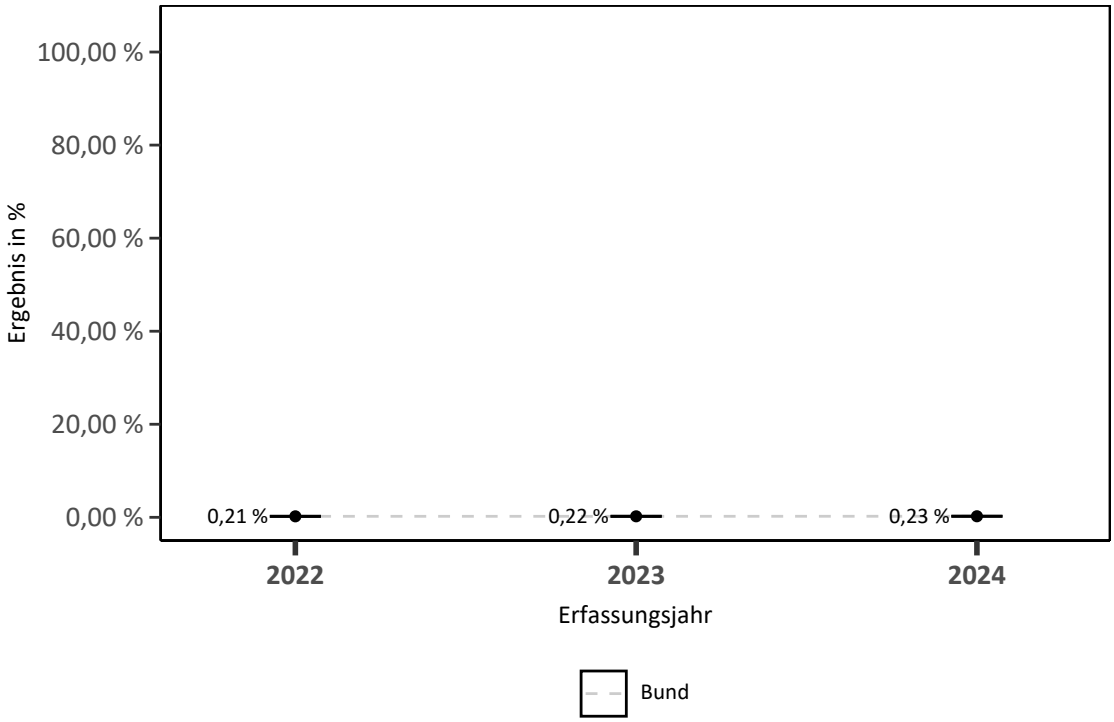
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g
Zähler	Verstorbene Kinder
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

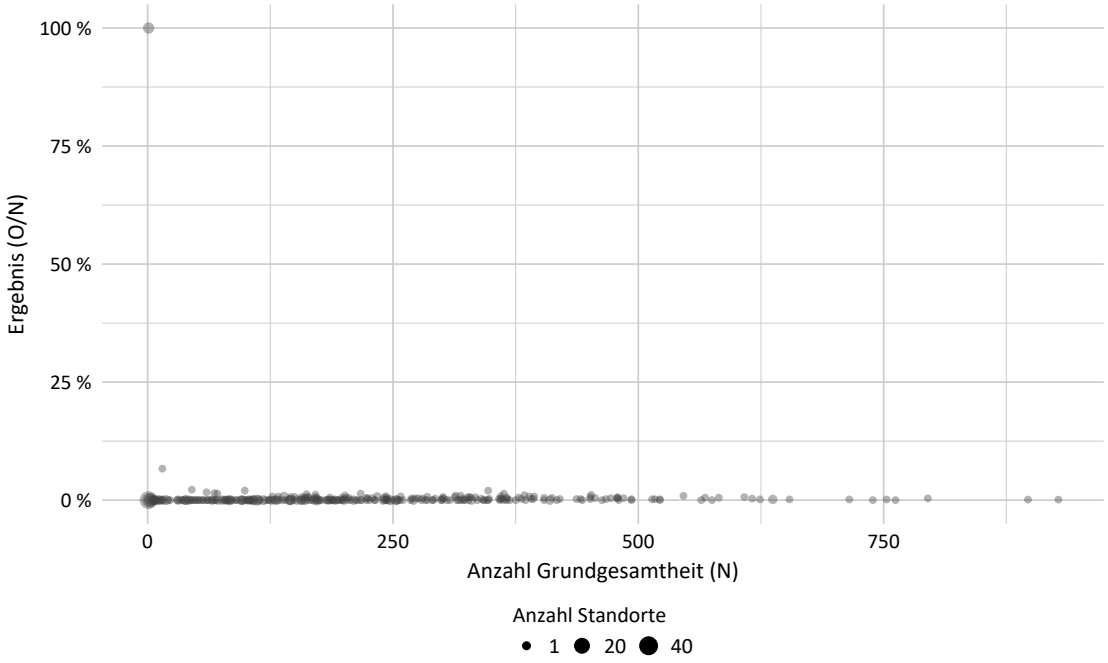
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	170 / 80.081	0,21	0,18 - 0,25
	2023	167 / 76.629	0,22	0,19 - 0,25
	2024	179 / 76.662	0,23	0,20 - 0,27

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	432	0	0,00	100,00	0,00

222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g
Zähler	Verstorbene Kinder
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Sterbefällen bei Risiko-Lebendgeborenen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Sterbefällen bei Risiko-Lebendgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 222402
Referenzbereich	≤ 3,84 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Asphyxie mit HIE Asphyxie ohne HIE Gestationsalter 32 abgeschlossene SSW Gestationsalter 33 abgeschlossene SSW Gestationsalter 34 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

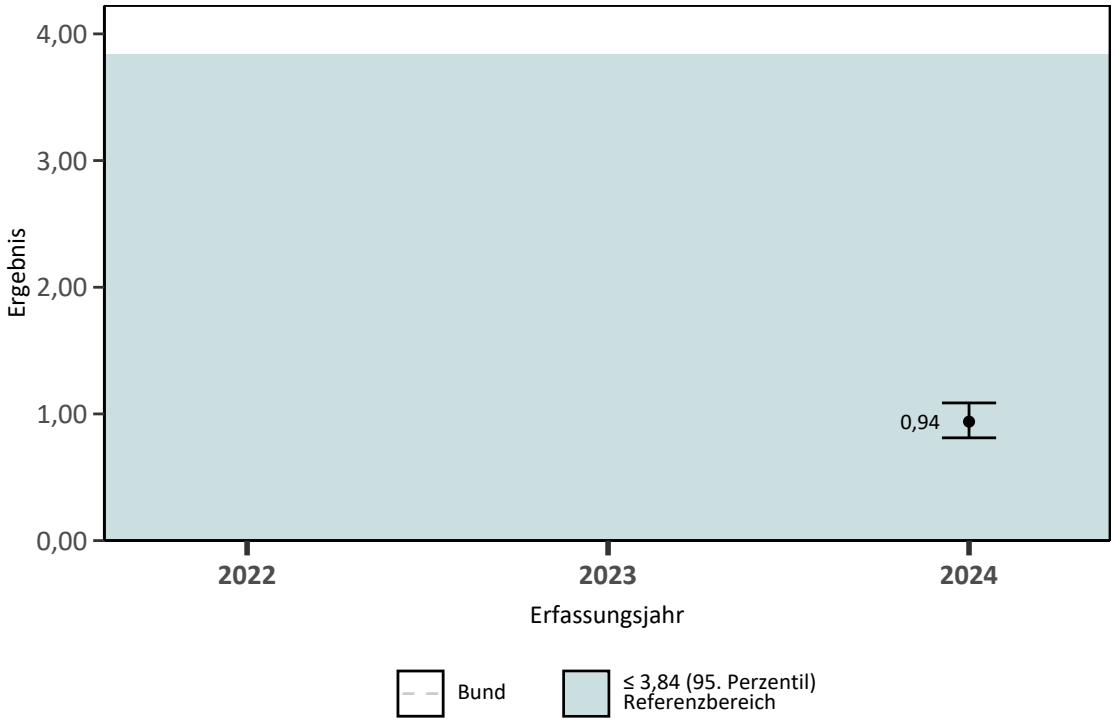
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	-	- / -	-	-
	2023	-	- / -	-	-
	2024	76.662	179 / 190,62	0,94	0,81 - 1,09

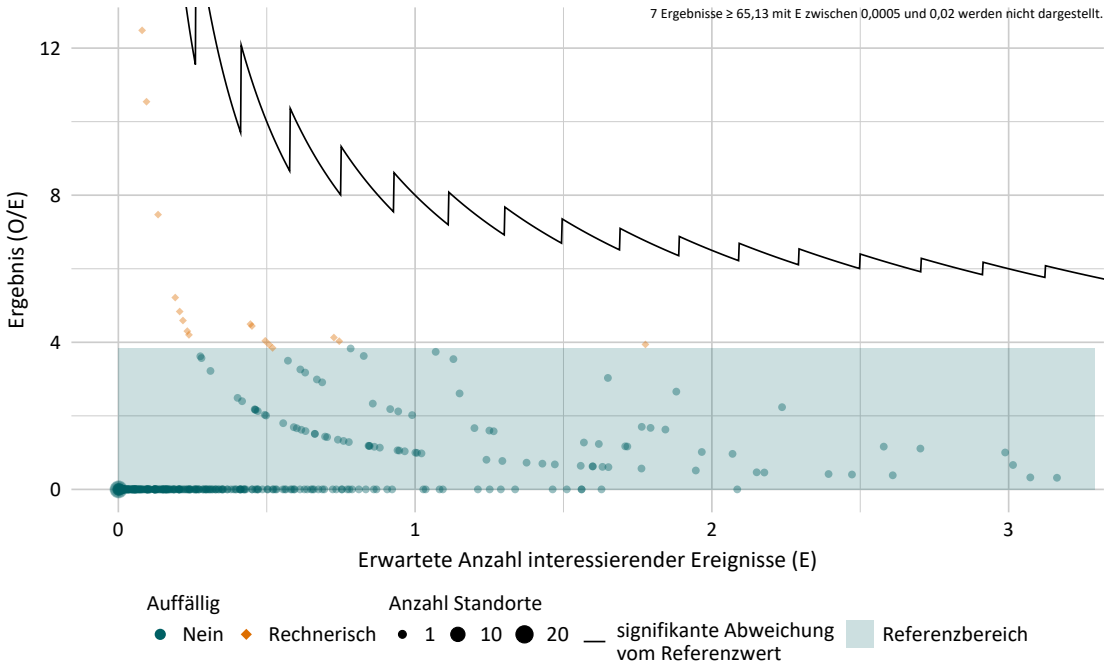
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



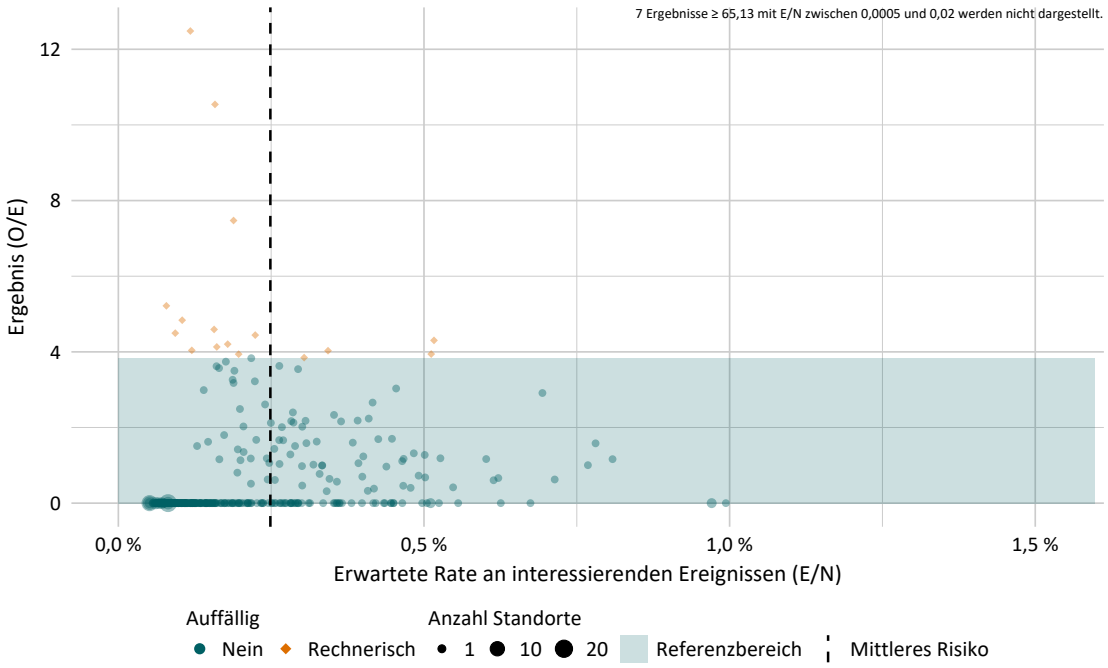
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	432	23	0,00	1.956,70	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)

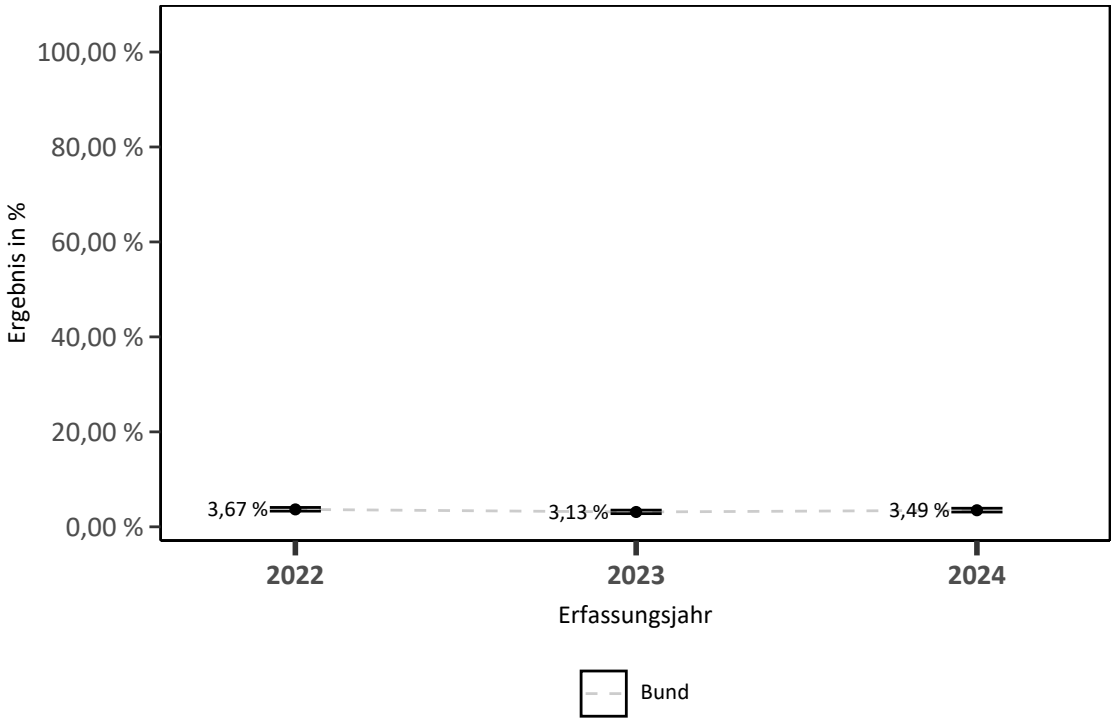
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Verstorbene Kinder
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

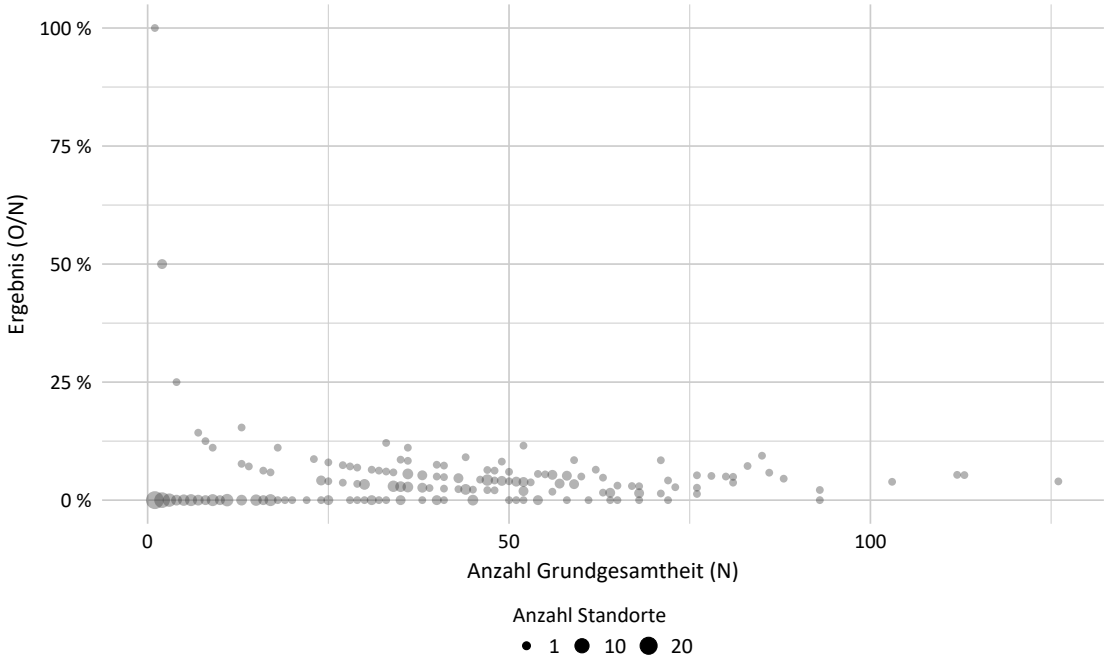
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	332 / 9.038	3,67	3,30 - 4,08
	2023	265 / 8.478	3,13	2,78 - 3,52
	2024	286 / 8.197	3,49	3,11 - 3,91

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	257	0	0,00	100,00	1,47

51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Verstorbene Kinder
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 51837
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

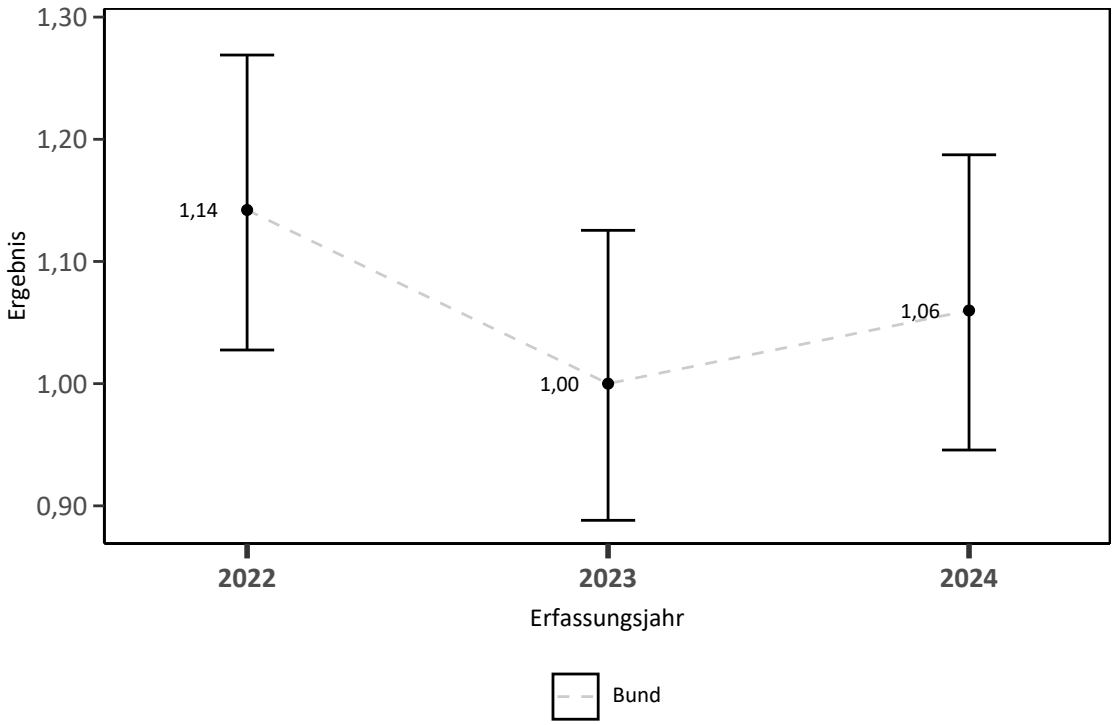
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	9.038	332 / 290,69	1,14	1,03 - 1,27
	2023	8.478	265 / 265,00	1,00	0,89 - 1,13
	2024	8.197	286 / 269,85	1,06	0,95 - 1,19

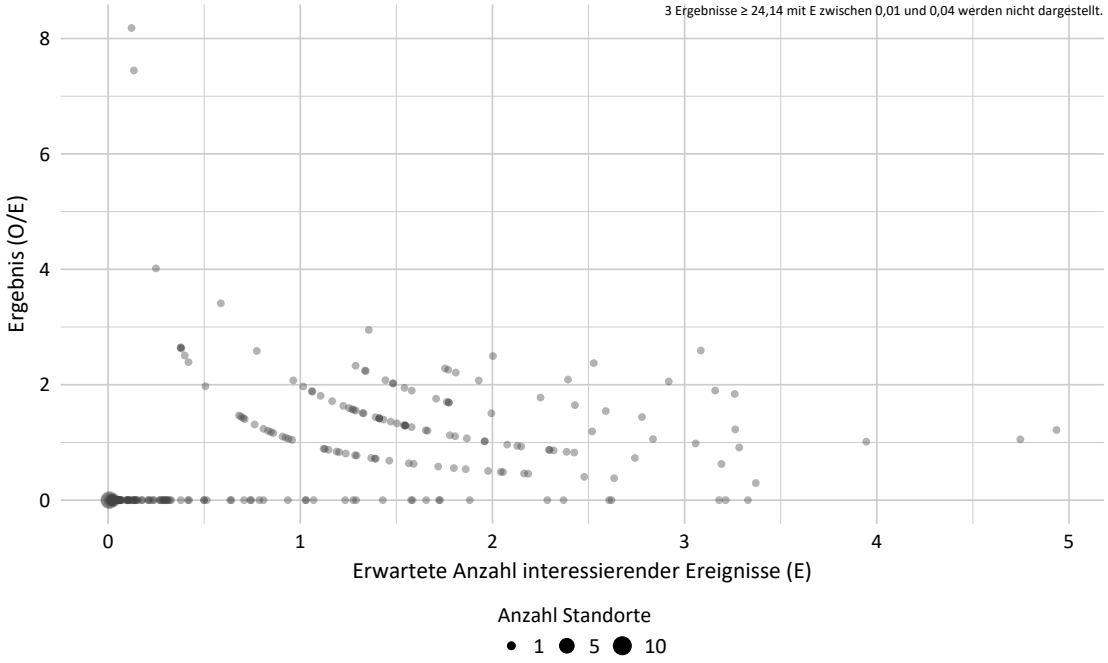
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



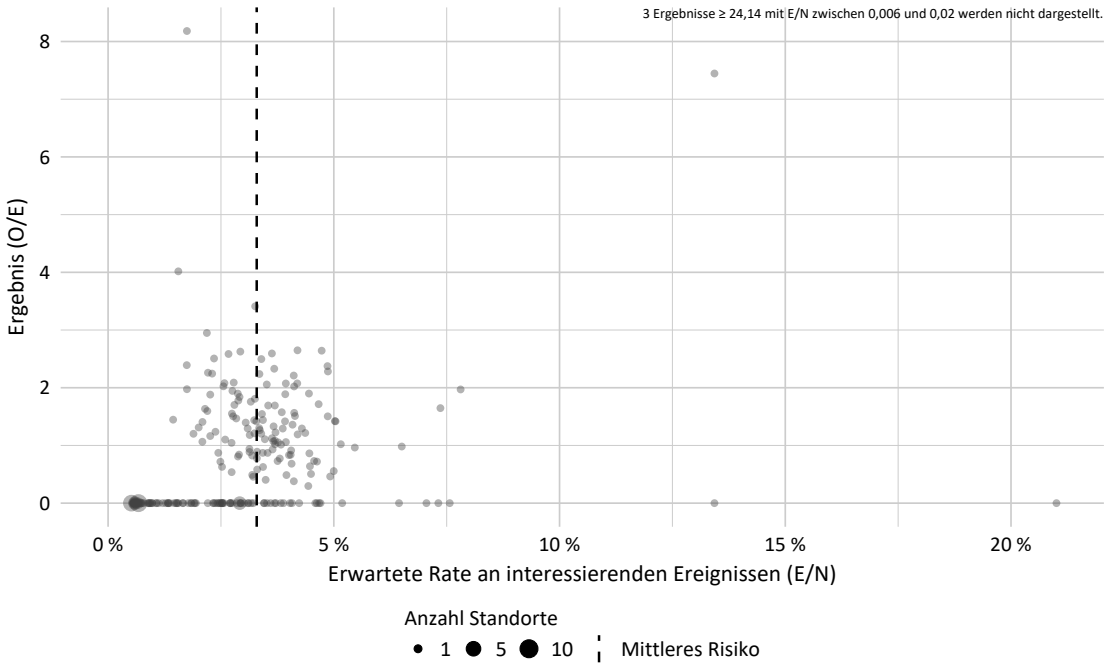
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	257	0	0,00	84,17	0,40

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 22_22000 Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen	0,58 % 507/87.226

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 51070** **Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)**	0,23 % 179/76.662

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.3.1	ID: O_222402 O/N (observed, beobachtet)	0,23 % 179/76.662
1.3.2	ID: E_222402 E/N (expected, erwartet)	0,25 % 190,62/76.662
1.3.3	**ID: 222402** **O/E**	0,94

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 51832** **Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)**	3,49 % 286/8.197

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.5	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.5.1	ID: O_51837 O/N (observed, beobachtet)	3,49 % 286/8.197
1.5.2	ID: E_51837 E/N (expected, erwartet)	3,29 % 269,85/8.197
1.5.3	**ID: 51837** **O/E**	1,06

[1] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)

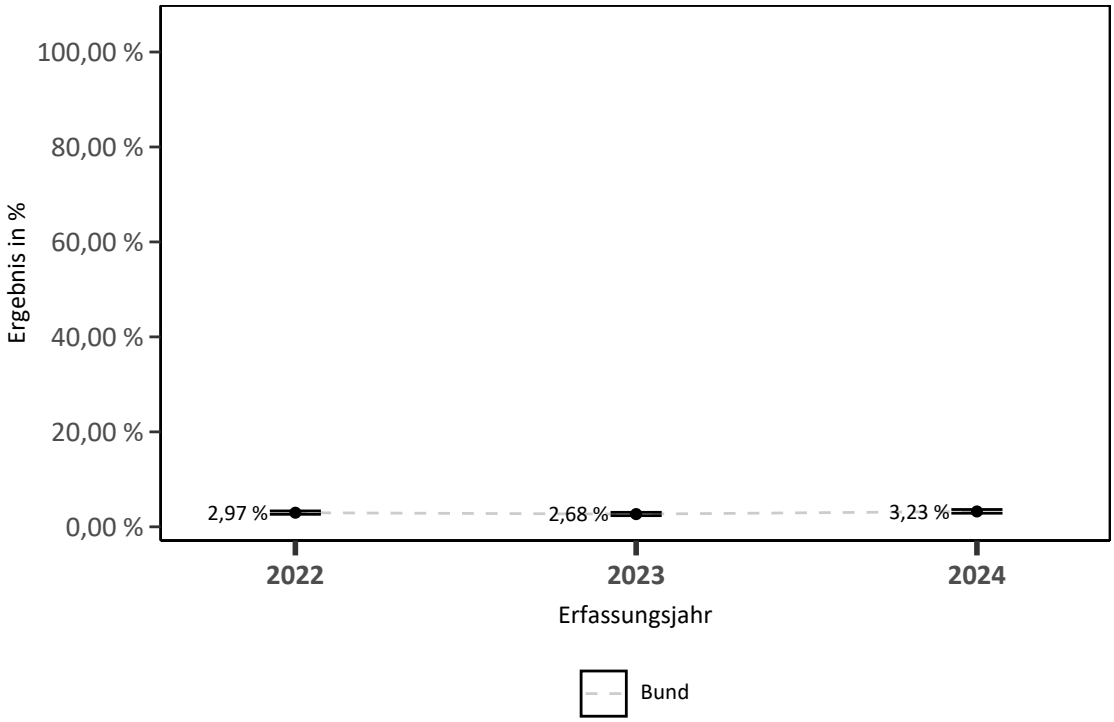
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

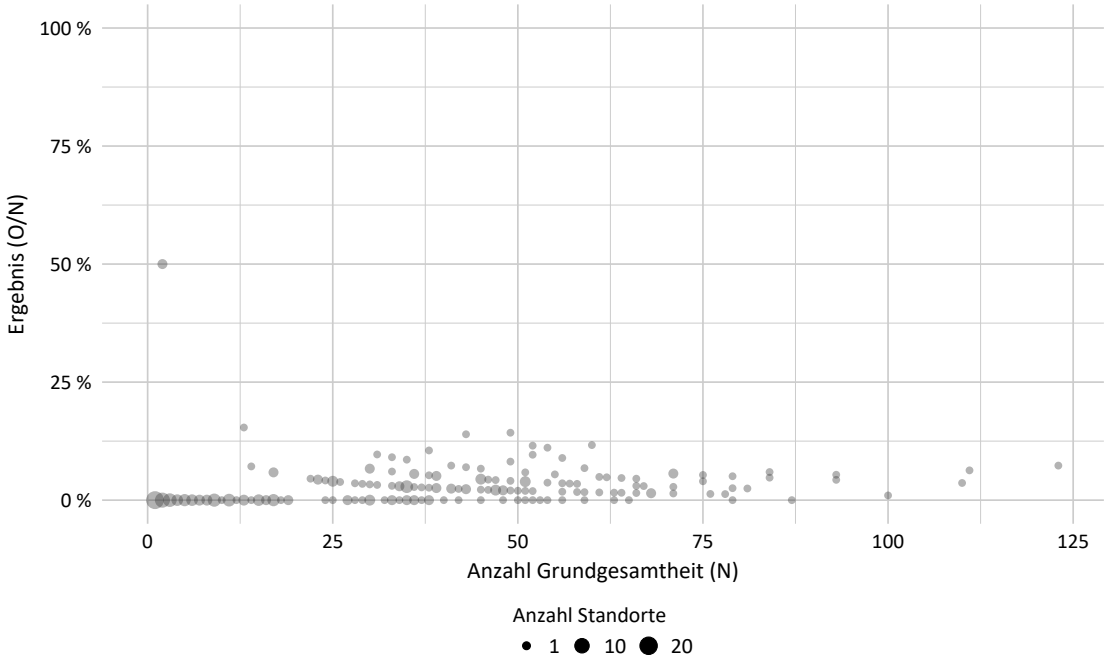
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	264 / 8.882	2,97	2,64 - 3,35
	2023	224 / 8.362	2,68	2,35 - 3,05
	2024	261 / 8.070	3,23	2,87 - 3,64

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	250	0	0,00	50,00	0,00

50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

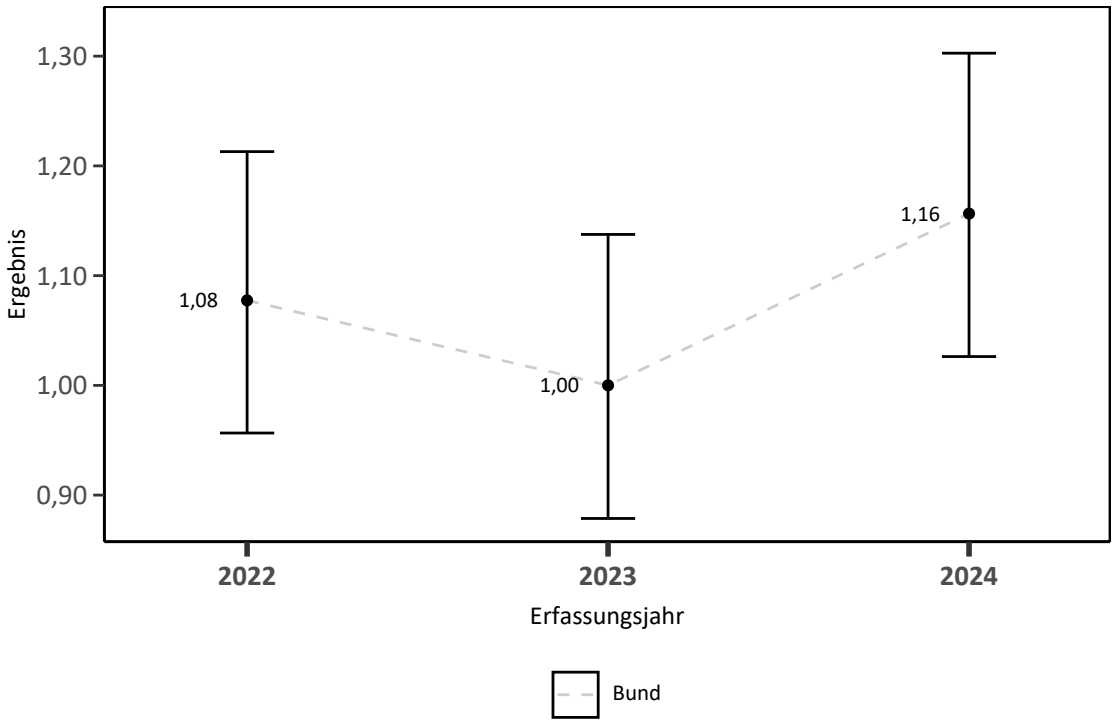
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50050
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

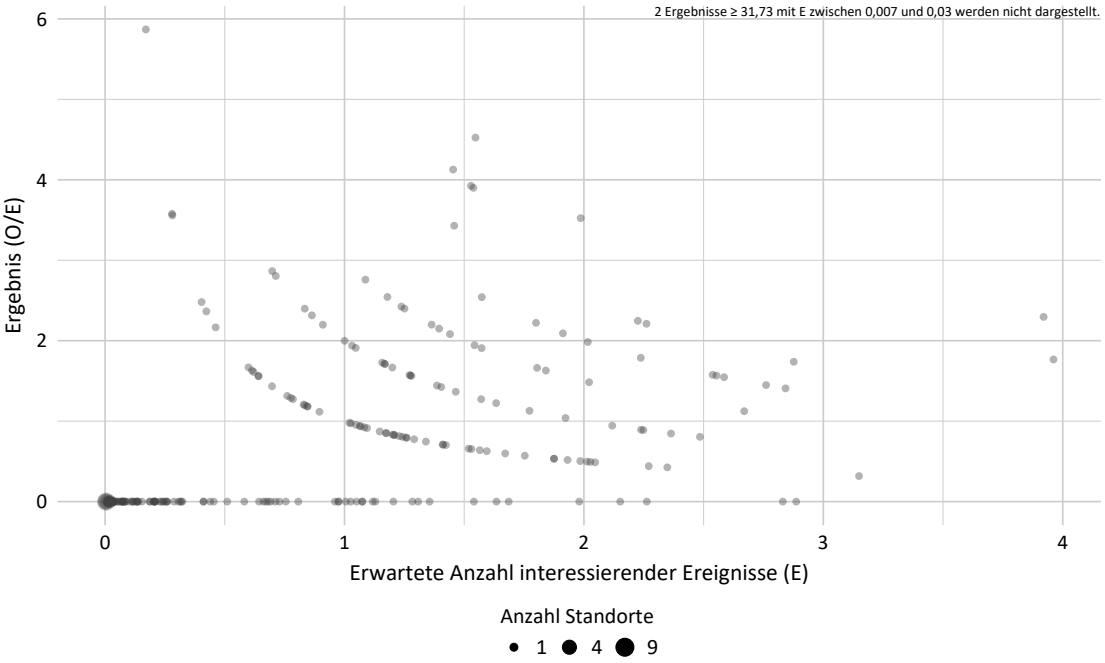
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	8.882	264 / 245,03	1,08	0,96 - 1,21
	2023	8.362	224 / 224,00	1,00	0,88 - 1,14
	2024	8.070	261 / 225,68	1,16	1,03 - 1,30

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



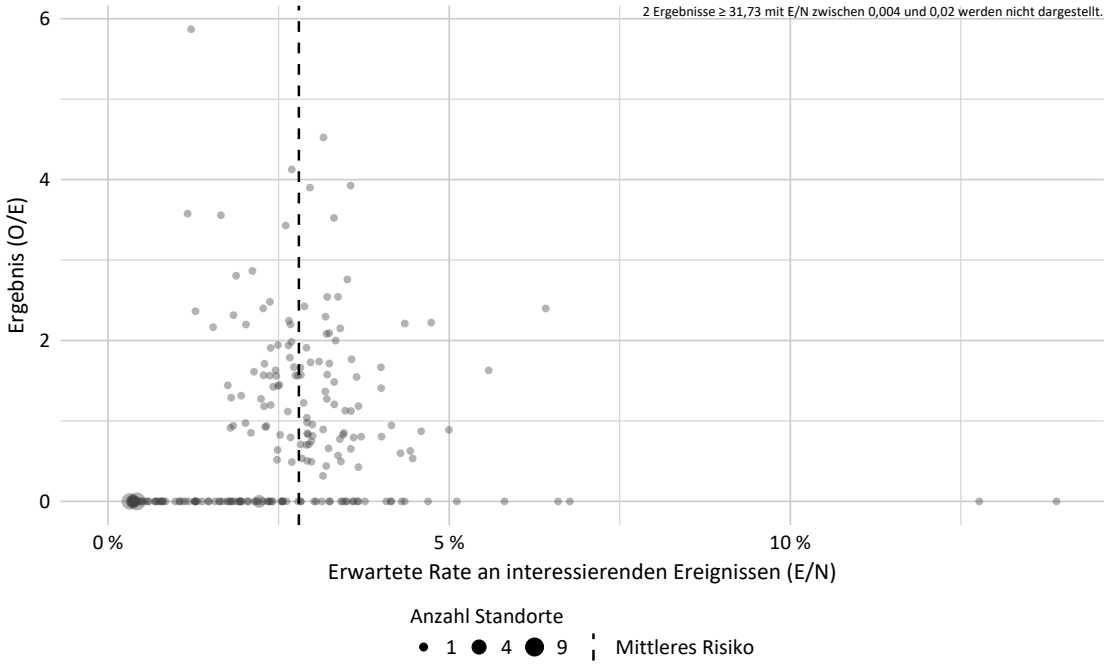
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	250	0	0,00	135,05	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus

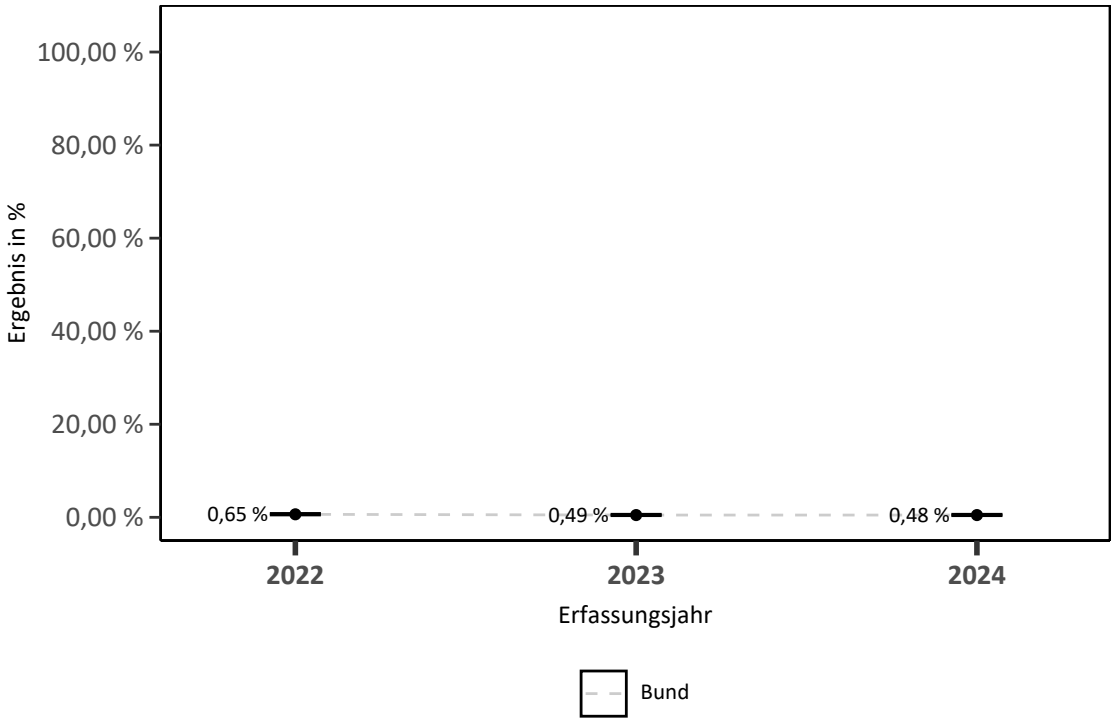
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

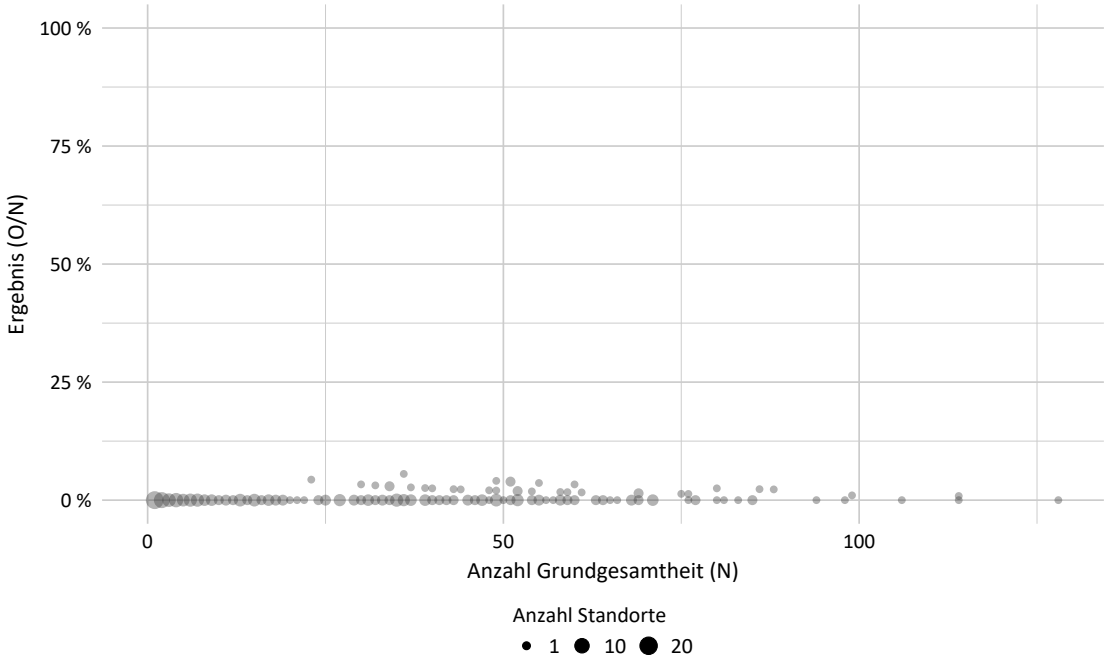
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	63 / 9.695	0,65	0,51 - 0,83
	2023	44 / 9.048	0,49	0,36 - 0,65
	2024	42 / 8.682	0,48	0,36 - 0,65

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	272	0	0,00	5,56	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 51076** **Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)**	3,23 % 261/8.070

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	
2.2.1	ID: O_50050 O/N (observed, beobachtet)	3,23 % 261/8.070
2.2.2	ID: E_50050 E/N (expected, erwartet)	2,80 % 225,68/8.070
2.2.3	**ID: 50050** **O/E**	1,16

[2] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	**ID: 222200** **Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus**	0,48 % 42/8.682

Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)

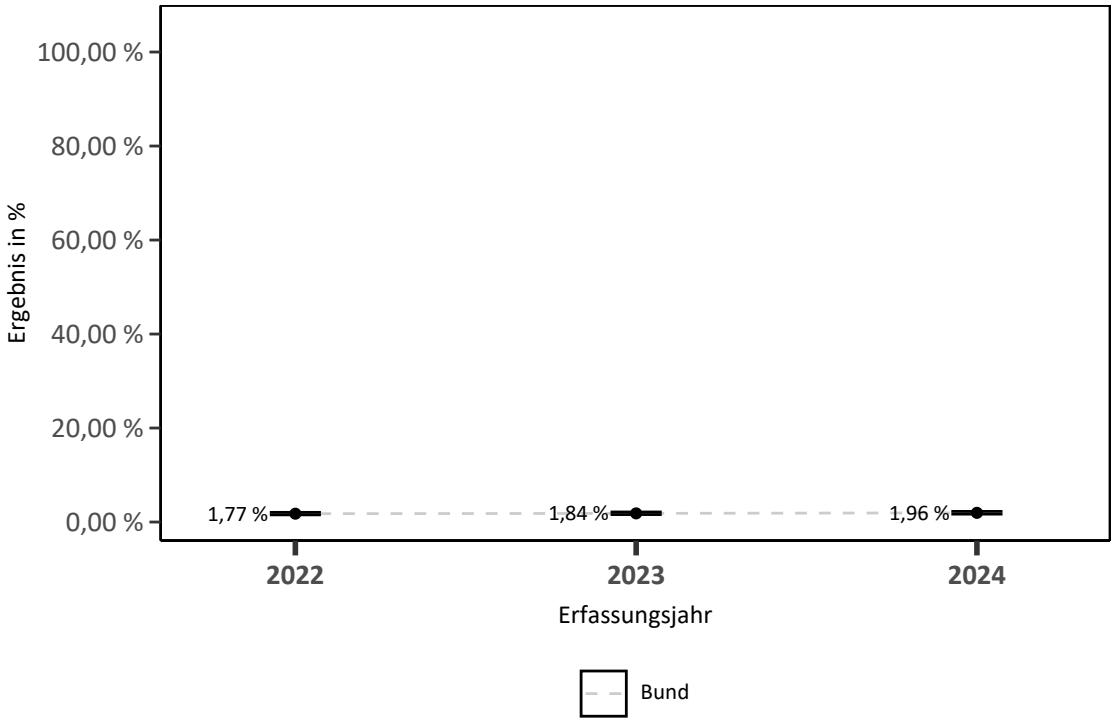
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

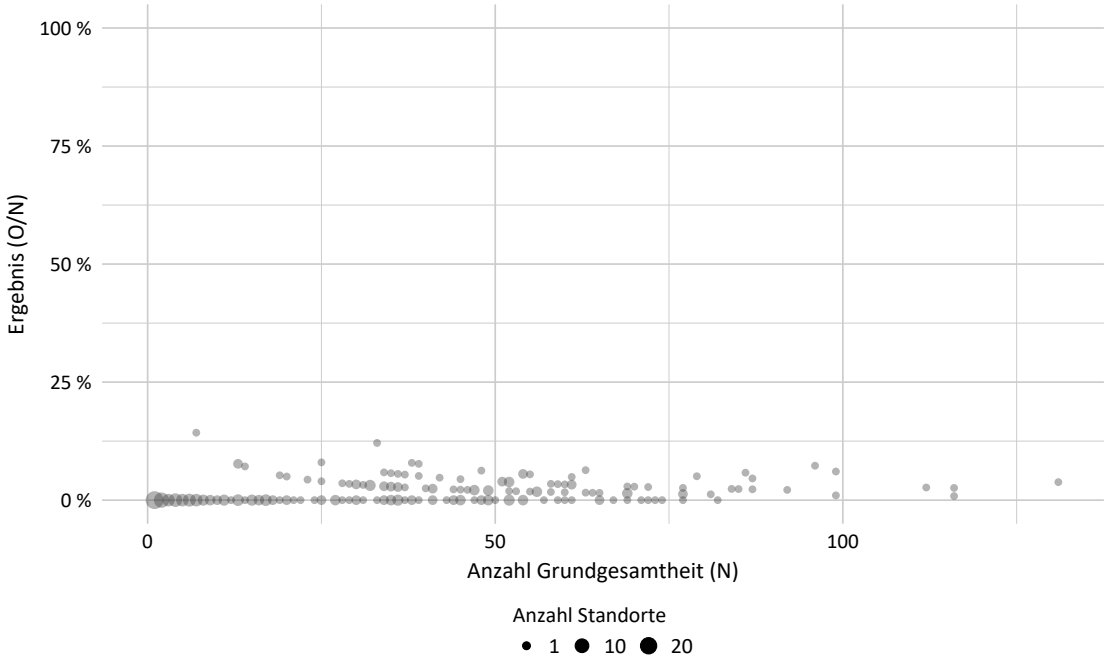
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	176 / 9.923	1,77	1,53 - 2,05
	2023	170 / 9.221	1,84	1,59 - 2,14
	2024	173 / 8.847	1,96	1,69 - 2,27

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	281	0	0,00	14,29	0,00

51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 51843
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

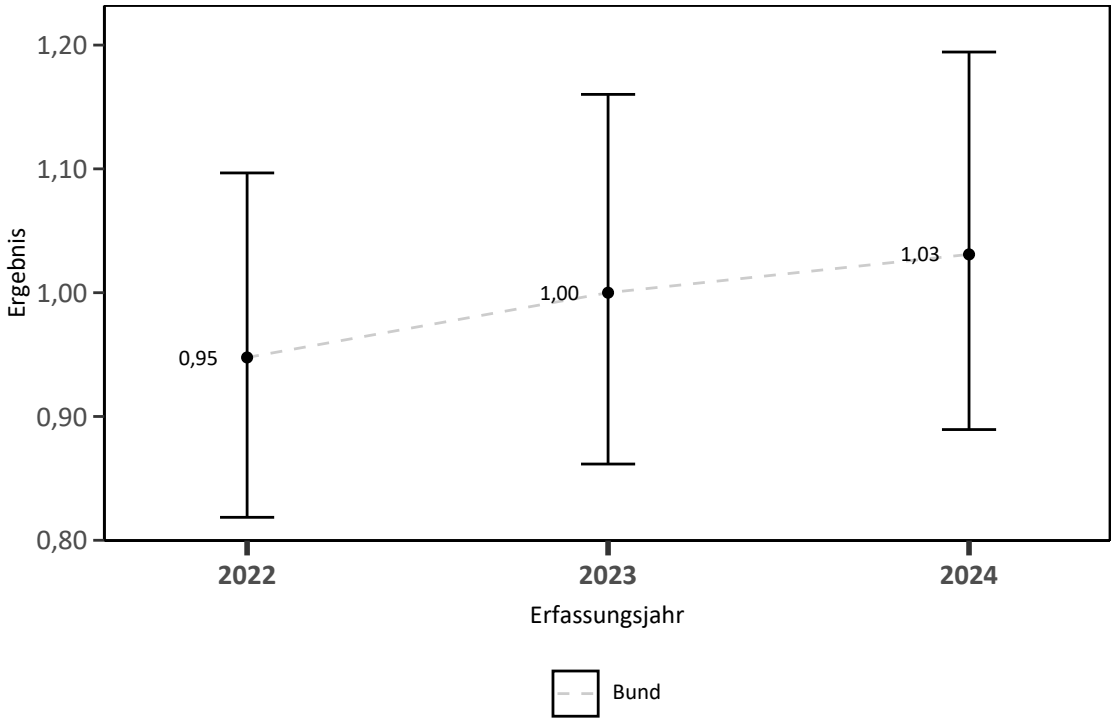
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	9.923	176 / 185,72	0,95	0,82 - 1,10
	2023	9.221	170 / 170,00	1,00	0,86 - 1,16
	2024	8.847	173 / 167,81	1,03	0,89 - 1,19

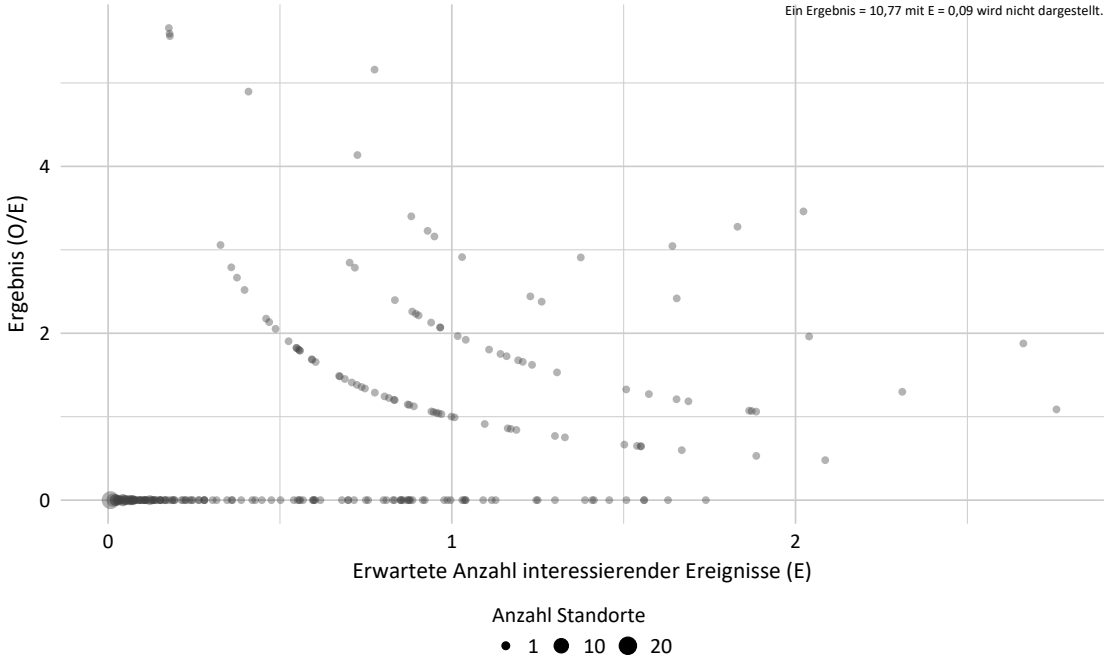
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



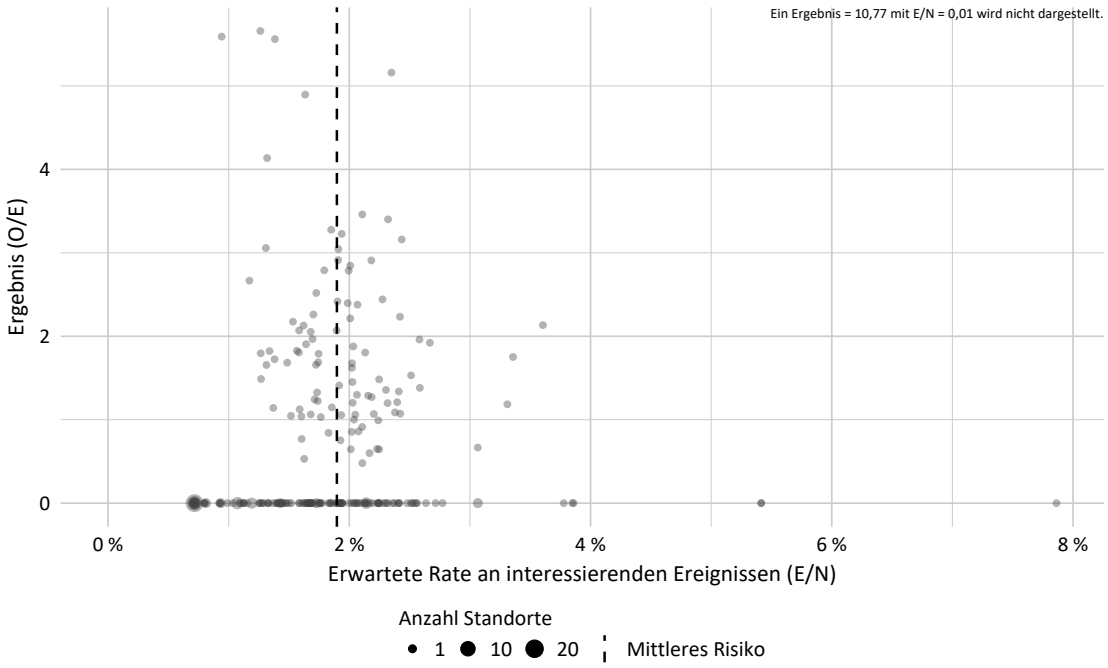
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	281	0	0,00	10,77	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)

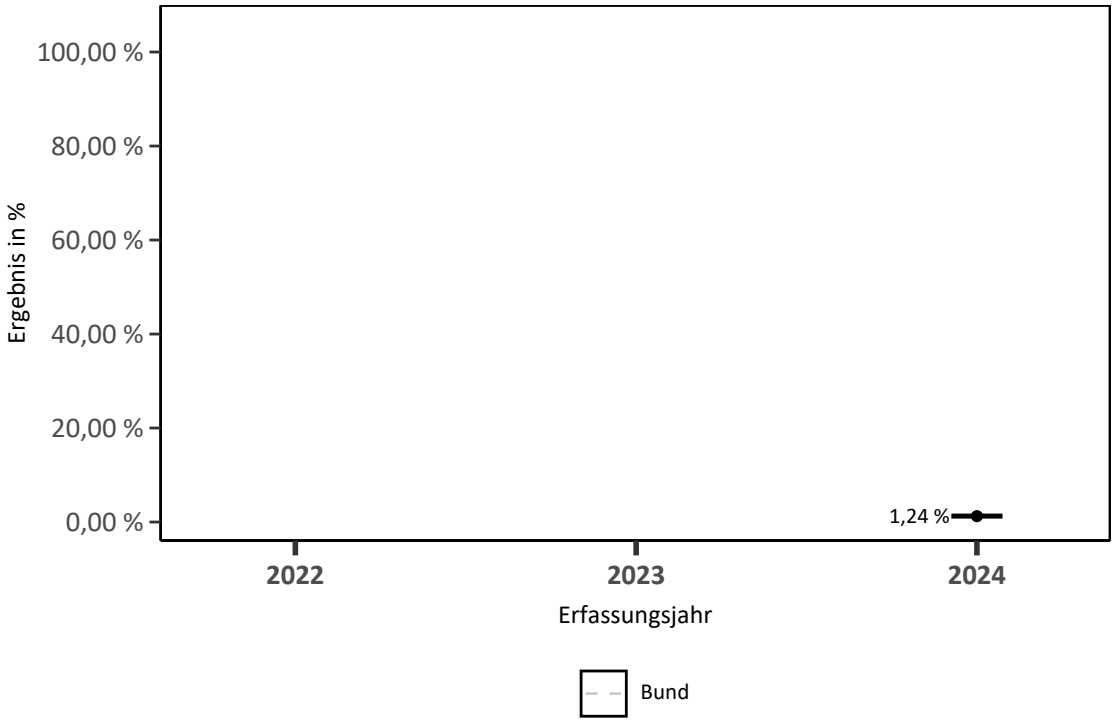
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

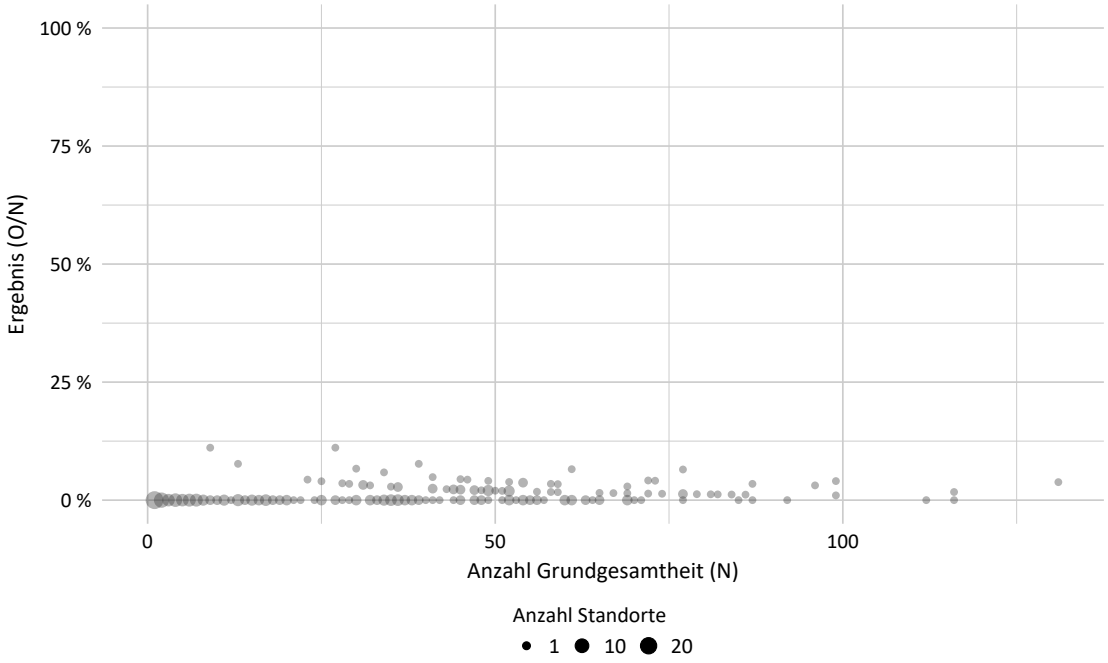
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	110 / 8.847	1,24	1,03 - 1,50

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	281	0	0,00	11,11	0,00

222401: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

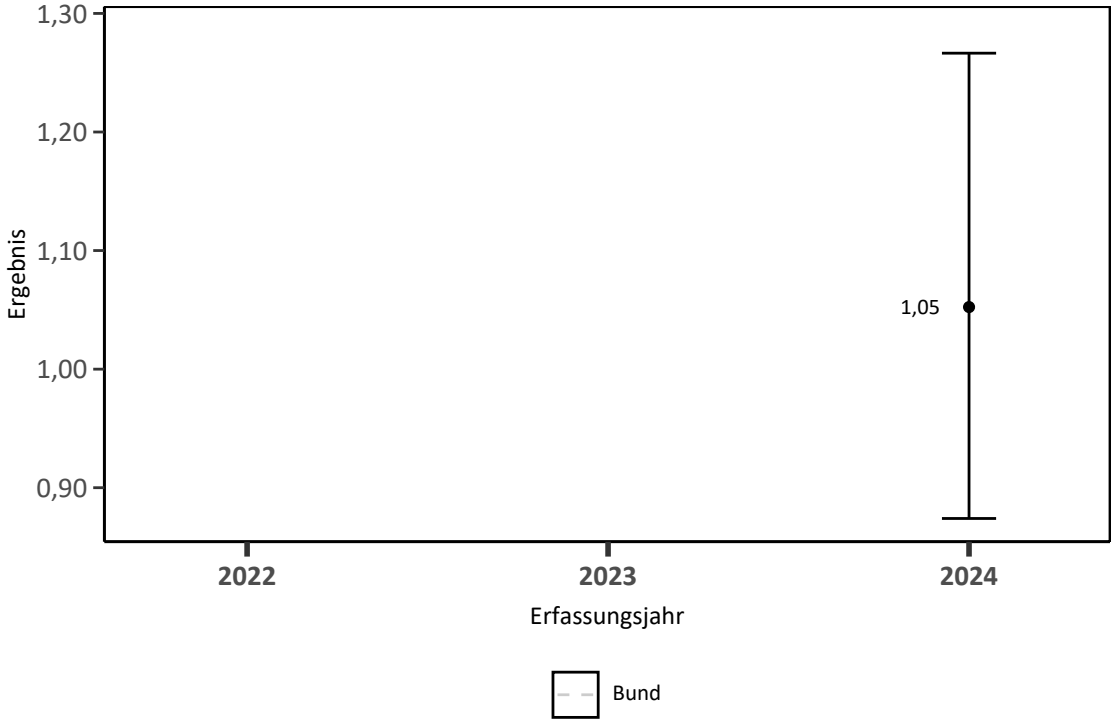
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m
Zähler	Kinder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 222401
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

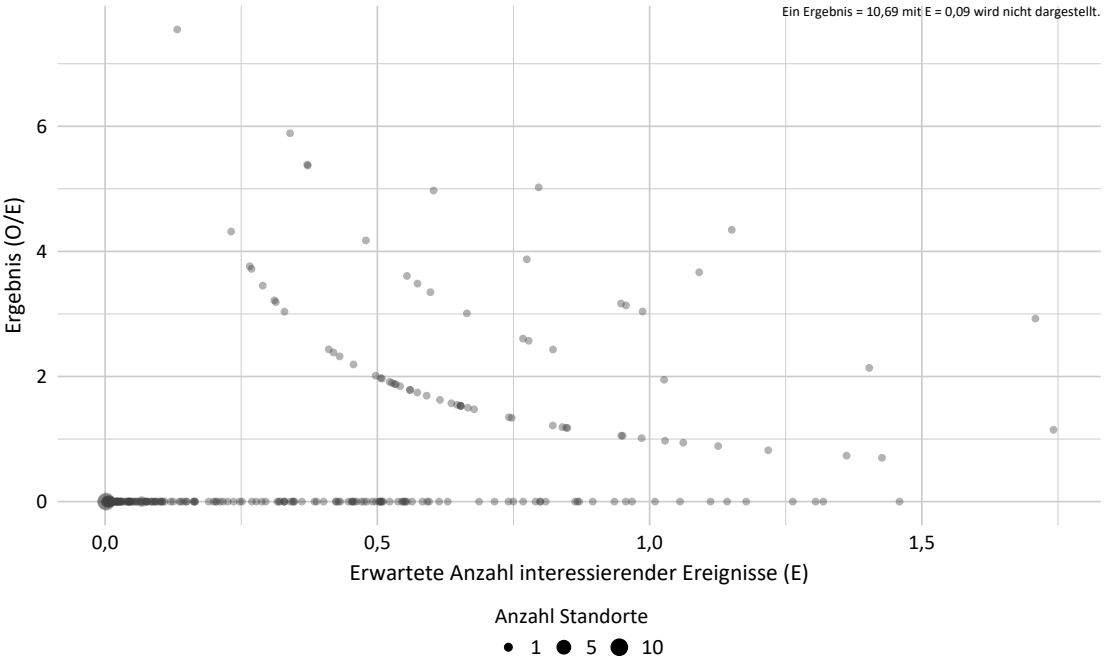
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	-	- / -	-	-
	2023	-	- / -	-	-
	2024	8.847	110 / 104,53	1,05	0,87 - 1,27

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



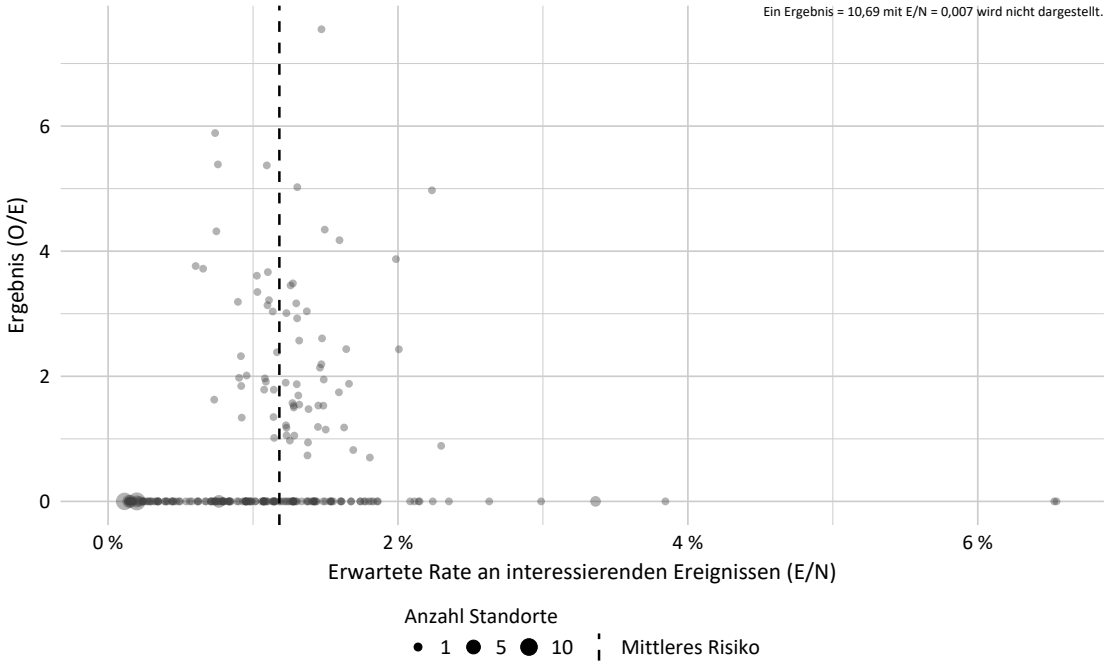
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	281	0	0,00	10,69	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 222201
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

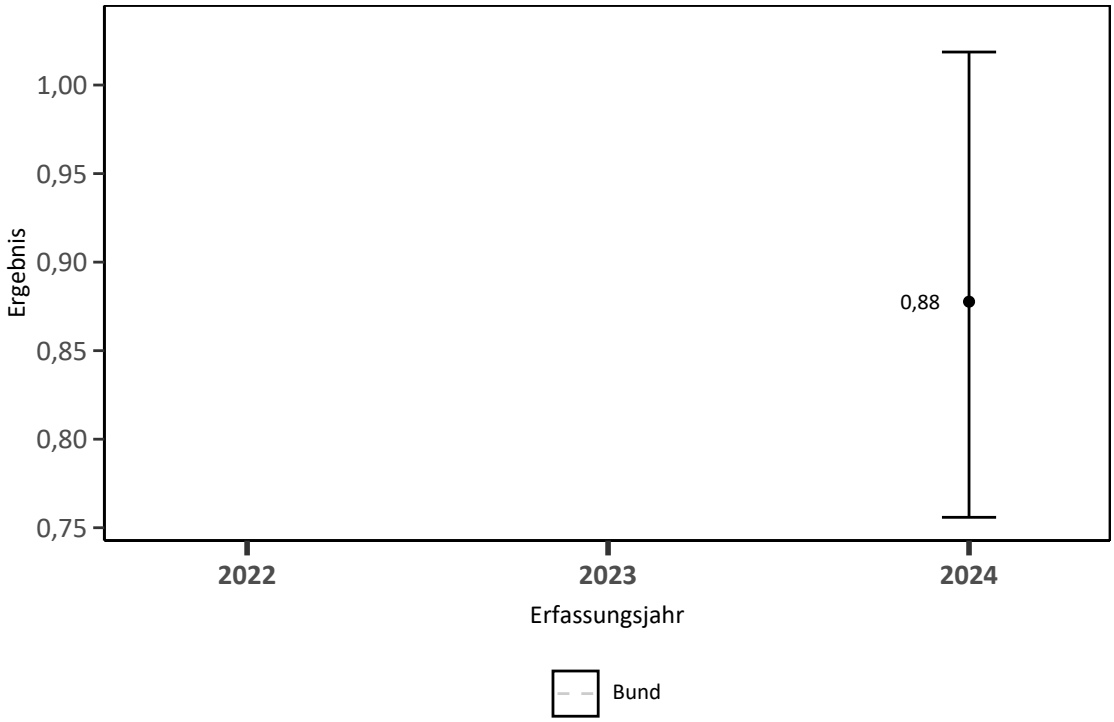
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	-	- / -	-	-
	2023	-	- / -	-	-
	2024	8.847	169 / 192,55	0,88	0,76 - 1,02

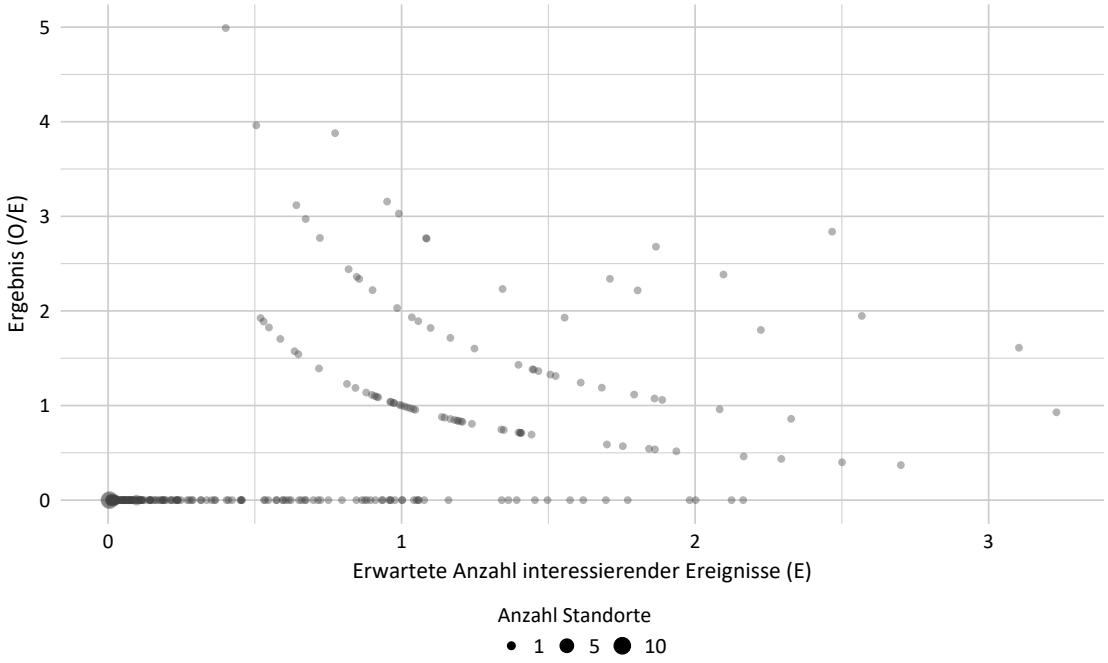
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



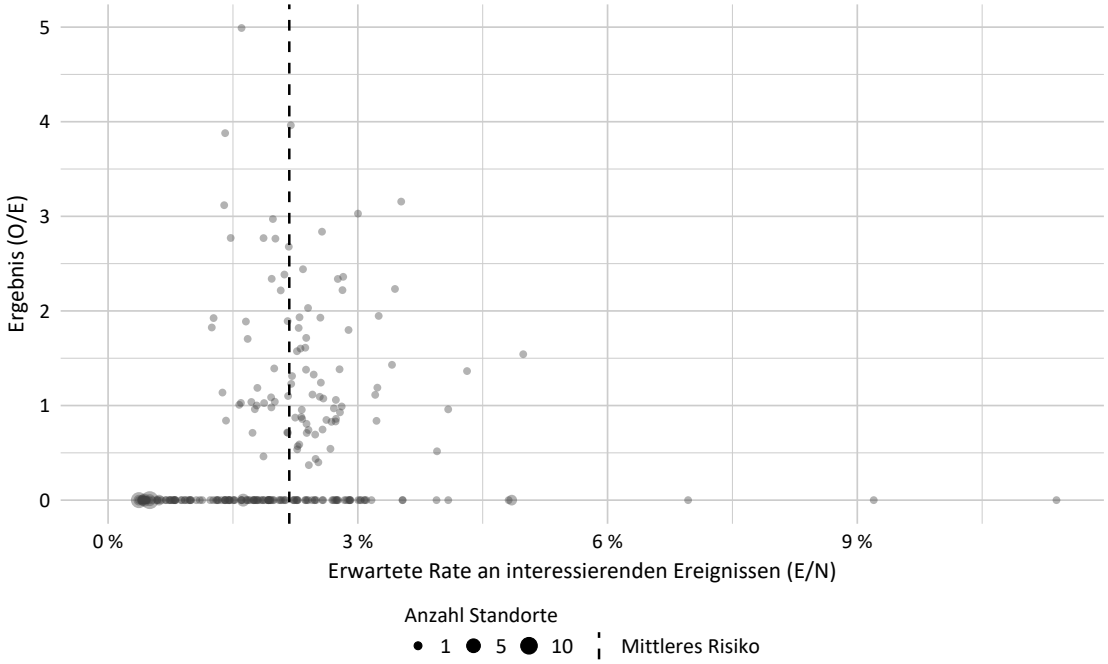
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	281	0	0,00	4,99	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 51838** **Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)**	1,96 % 173/8.847

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
3.2.1	ID: O_51843 O/N (observed, beobachtet)	1,96 % 173/8.847
3.2.2	ID: E_51843 E/N (expected, erwartet)	1,90 % 167,81/8.847
3.2.3	**ID: 51843** **O/E**	1,03

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	**ID: 222400** **Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)**	1,24 % 110/8.847

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.4.1	ID: O_222401 O/N (observed, beobachtet)	1,24 % 110/8.847
3.4.2	ID: E_222401 E/N (expected, erwartet)	1,18 % 104,53/8.847
3.4.3	**ID: 222401** **O/E**	1,05

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.5	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.5.1	ID: O_222201 O/N (observed, beobachtet)	1,91 % 169/8.847

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.5.2	ID: E_222201 E/N (expected, erwartet)	2,18 % 192,55/8.847
3.5.3	**ID: 222201** **O/E**	0,88

Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

Qualitätsziel	Selten zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)

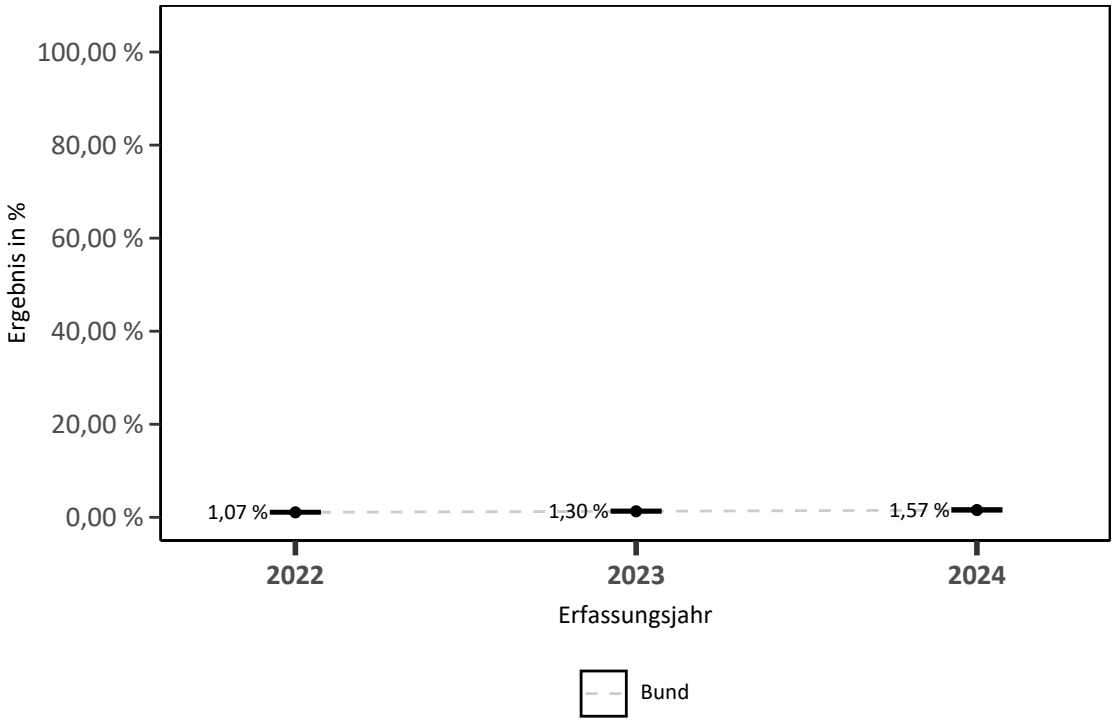
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde, und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen
Zähler	Kinder mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

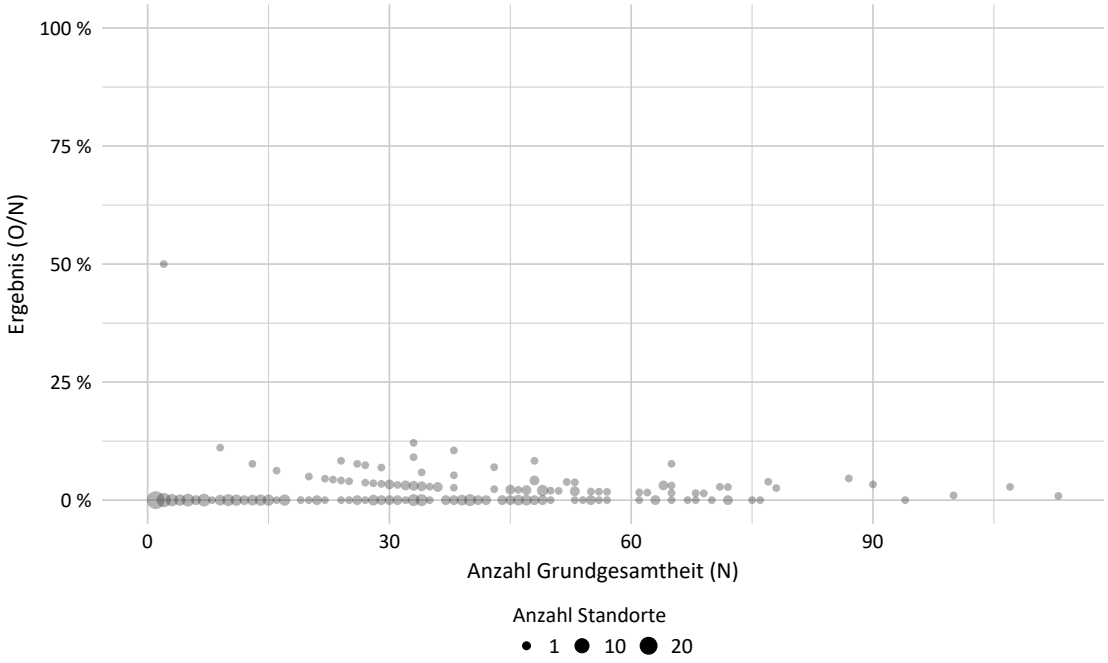
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	87 / 8.139	1,07	0,87 - 1,32
	2023	100 / 7.712	1,30	1,07 - 1,57
	2024	117 / 7.444	1,57	1,31 - 1,88

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	248	0	0,00	50,00	0,00

50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde, und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen
Zähler	Kinder mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50051
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Gestationsalter 24 bis 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW Gestationsalter 30 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

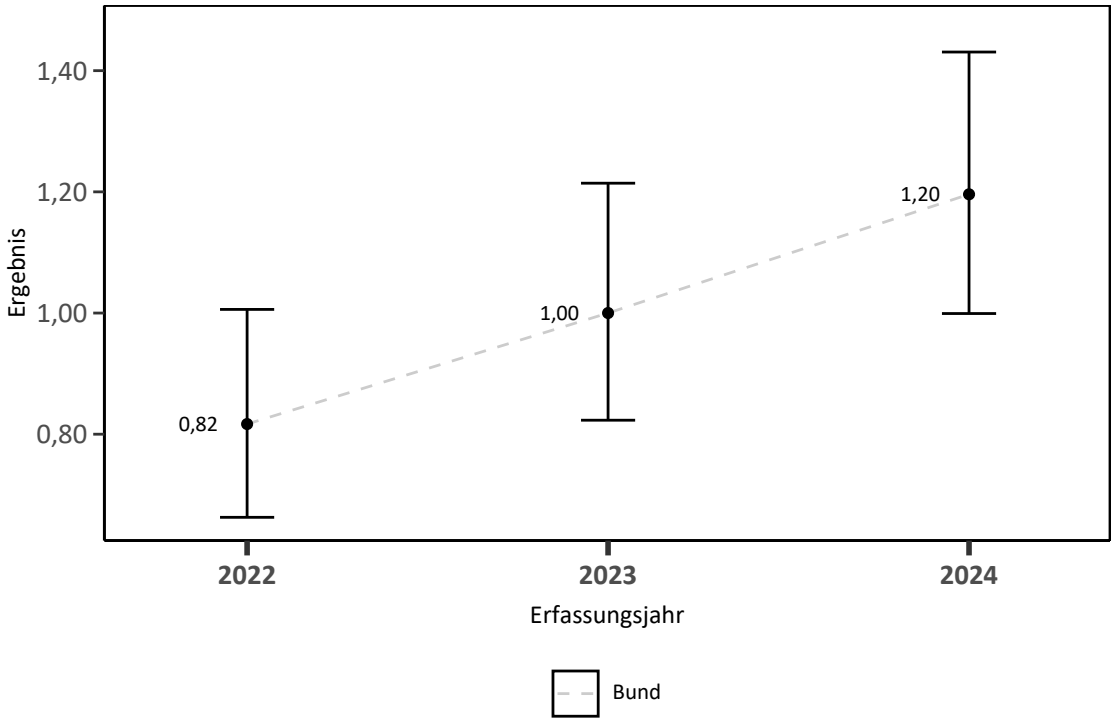
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	8.139	87 / 106,52	0,82	0,66 - 1,01
	2023	7.712	100 / 100,00	1,00	0,82 - 1,21
	2024	7.444	117 / 97,83	1,20	1,00 - 1,43

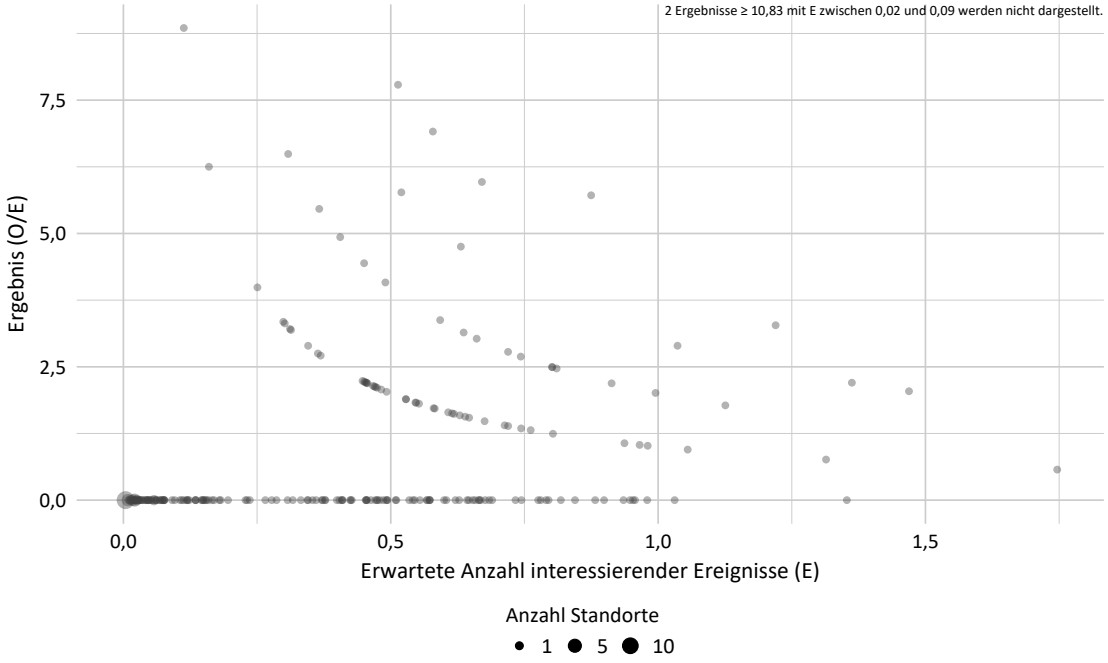
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



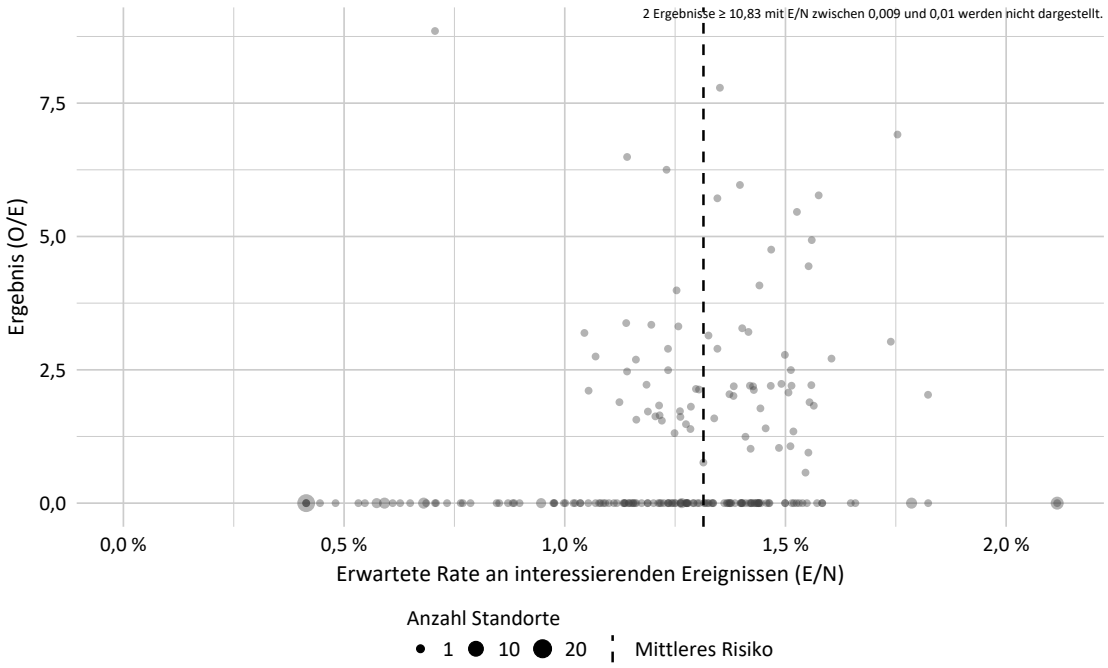
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	248	0	0,00	52,83	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	**ID: 51077** **Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)**	1,57 % 117/7.444

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
4.1.1	ID: O_50051 O/N (observed, beobachtet)	1,57 % 117/7.444
4.1.2	ID: E_50051 E/N (expected, erwartet)	1,31 % 97,83/7.444
4.1.3	**ID: 50051** **O/E**	1,20

[4] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)

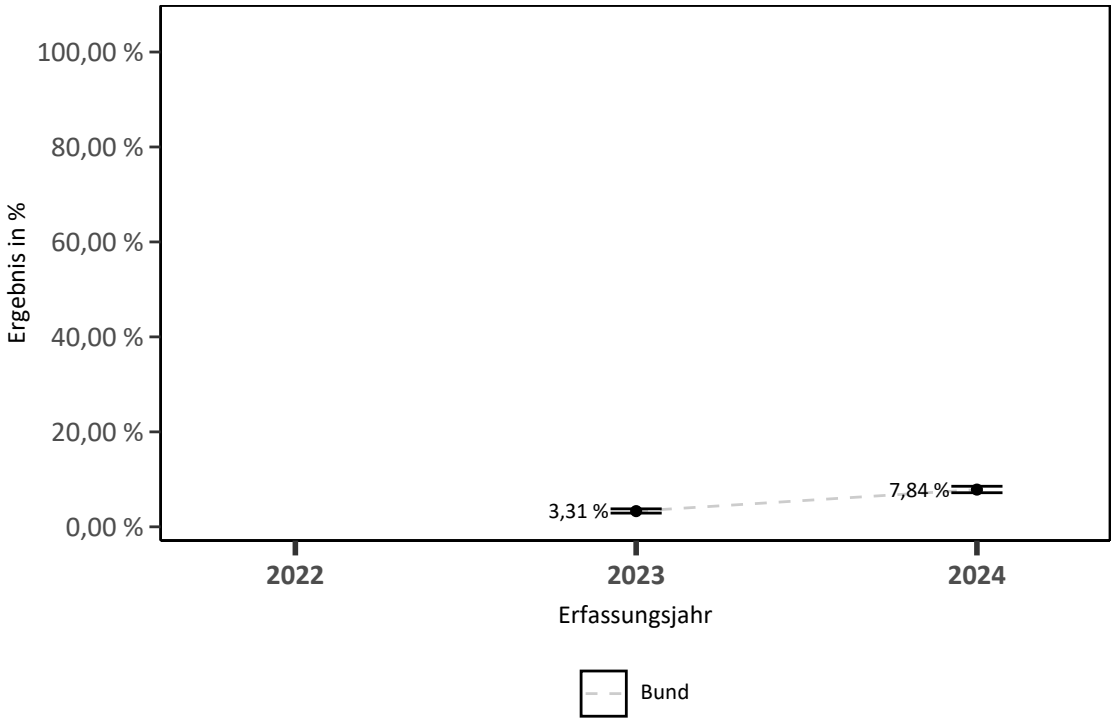
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren
Zähler	Kinder mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

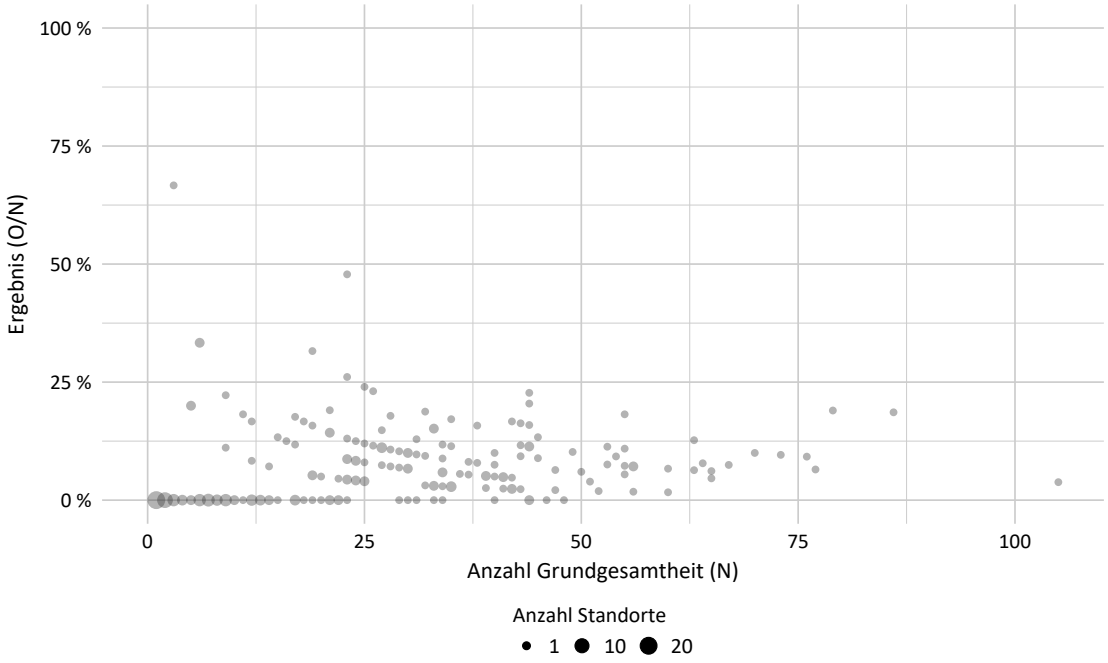
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	203 / 6.139	3,31	2,89 - 3,78
	2024	469 / 5.984	7,84	7,18 - 8,55

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	246	0	0,00	66,67	3,03

50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren
Zähler	Kinder mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50053
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

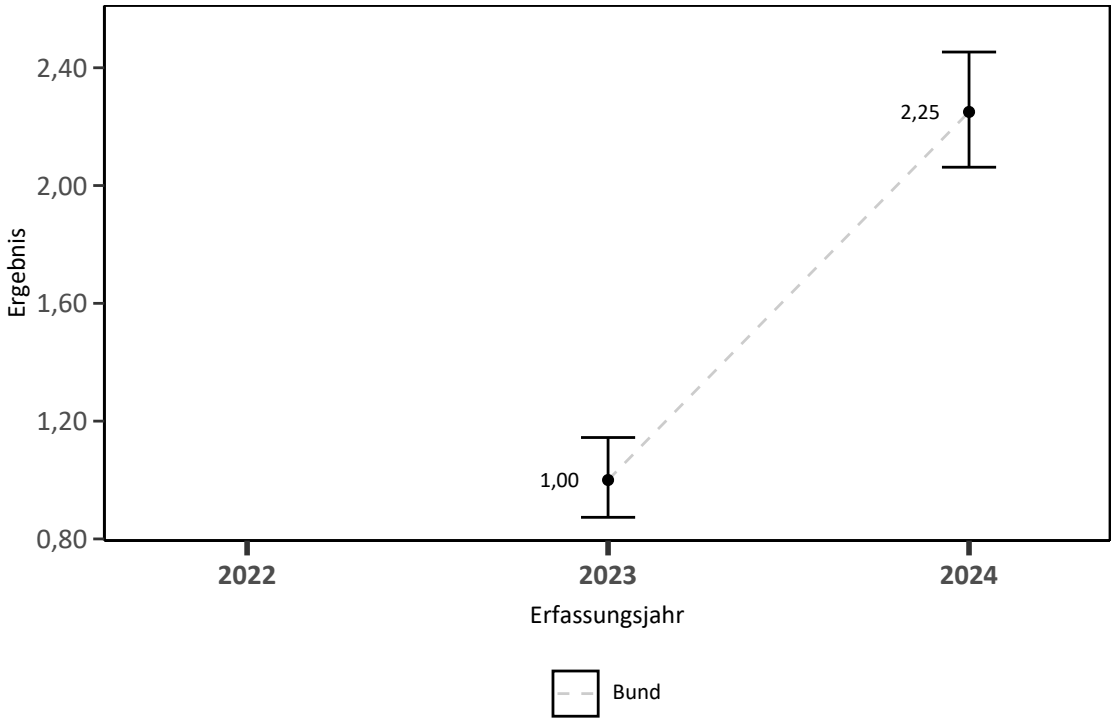
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	-	- / -	-	-
	2023	6.139	203 / 203,00	1,00	0,87 - 1,14
	2024	5.984	469 / 208,44	2,25	2,06 - 2,45

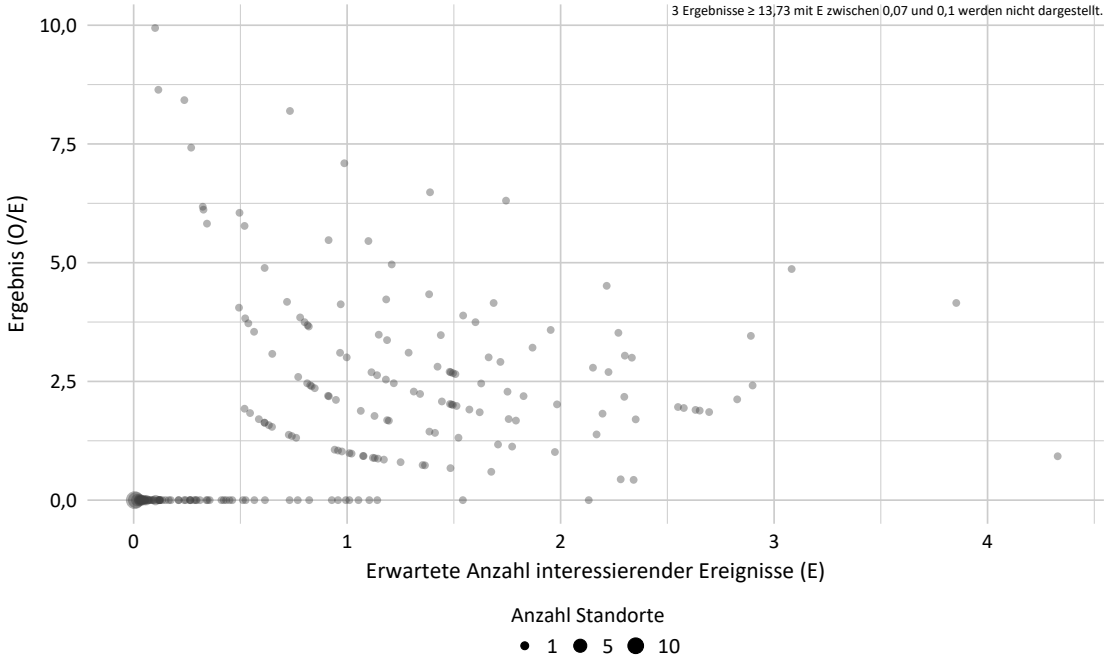
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



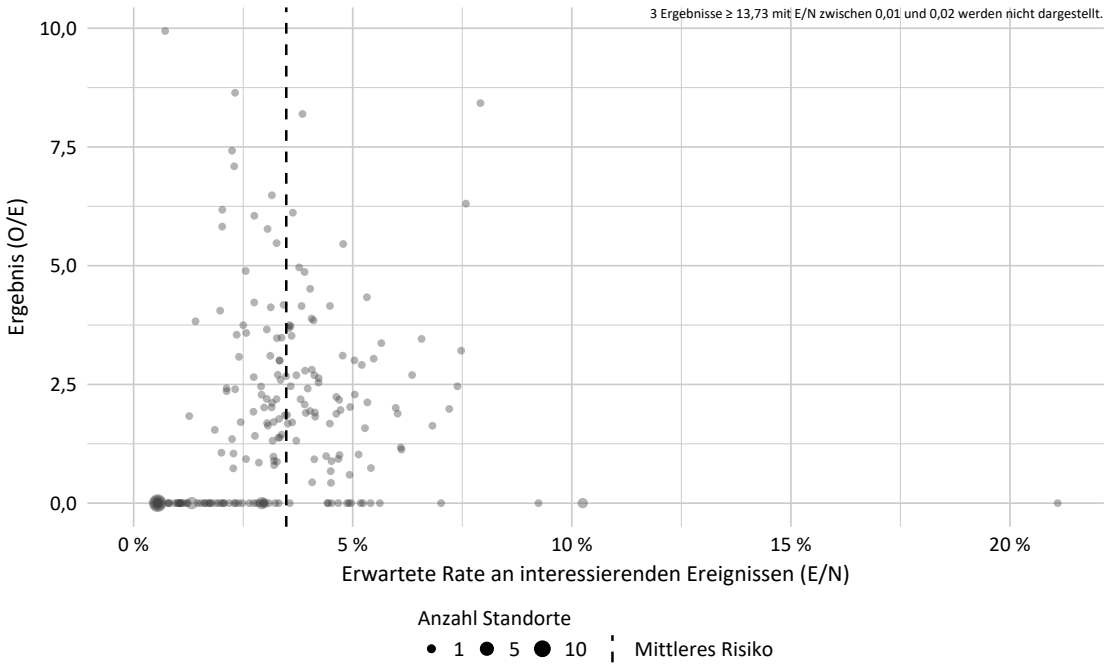
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	246	0	0,00	14,98	0,96

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 51079** **Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)**	7,84 % 469/5.984

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[5]	
5.2.1	ID: O_50053 O/N (observed, beobachtet)	7,84 % 469/5.984
5.2.2	ID: E_50053 E/N (expected, erwartet)	3,48 % 208,44/5.984
5.2.3	**ID: 50053** **O/E**	2,25

[5] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)

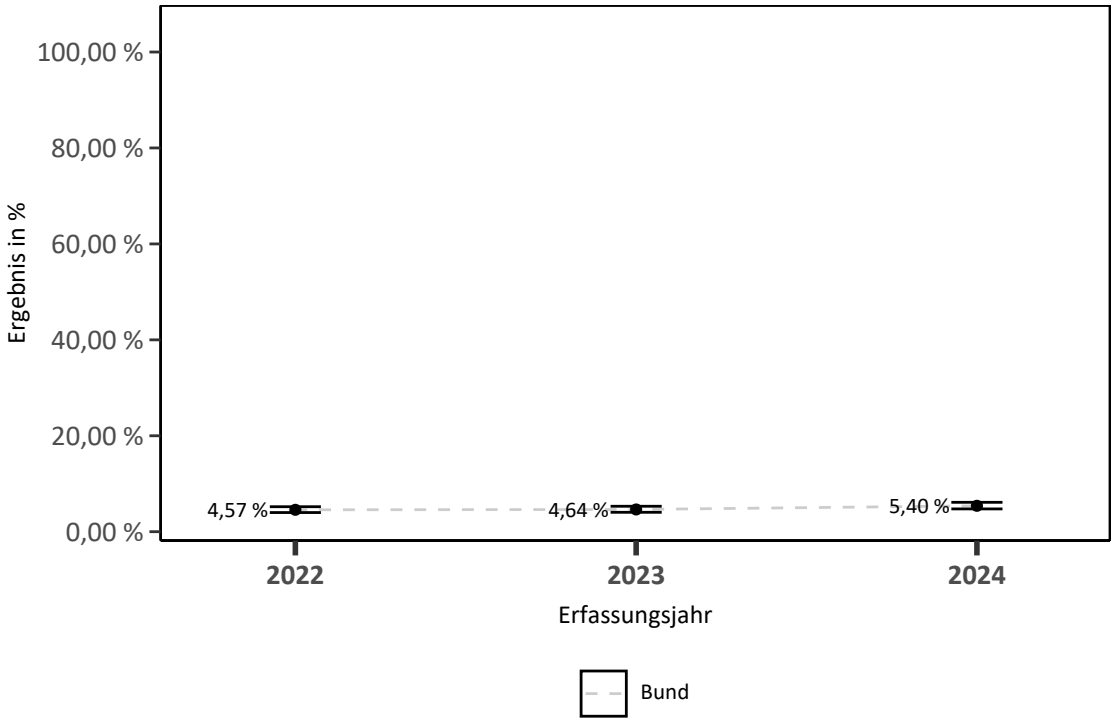
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme), oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

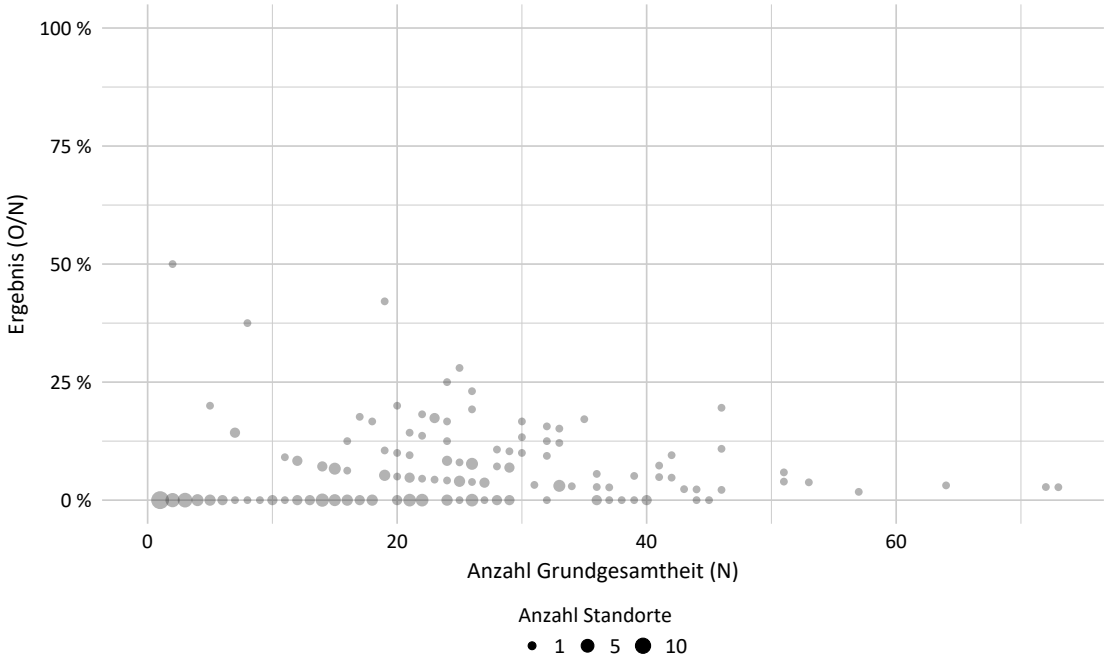
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	207 / 4.534	4,57	4,00 - 5,21
	2023	199 / 4.290	4,64	4,05 - 5,31
	2024	226 / 4.184	5,40	4,76 - 6,13

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	204	0	0,00	50,00	0,00

50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme), oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP)
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50052
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

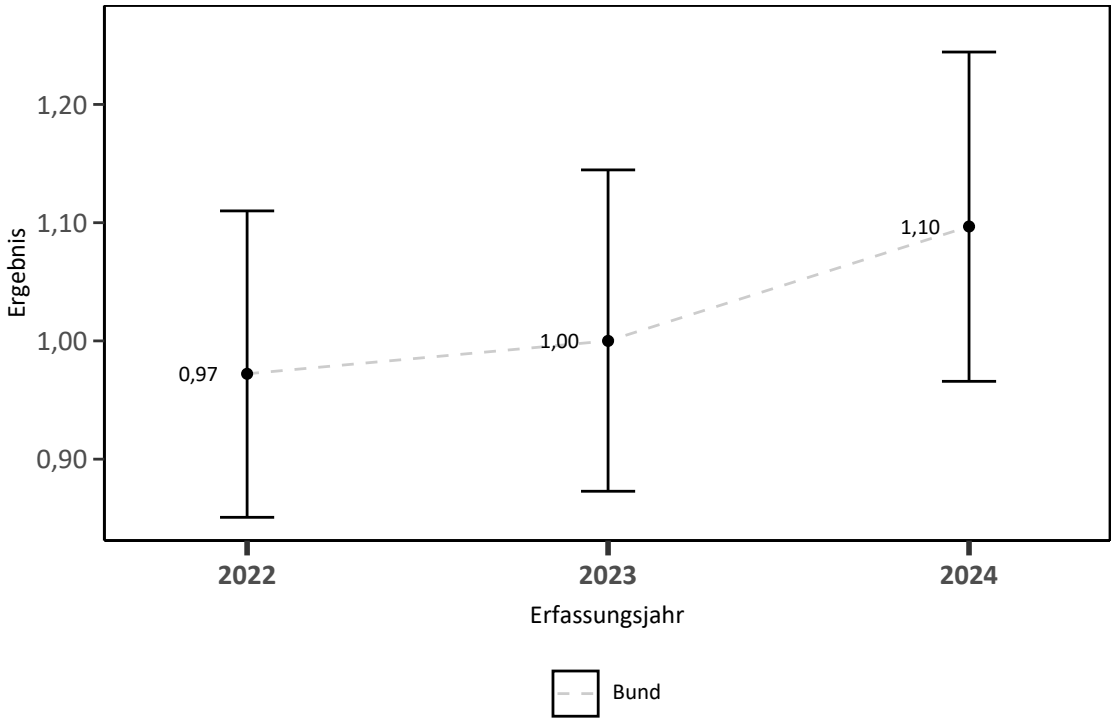
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	4.534	207 / 212,92	0,97	0,85 - 1,11
	2023	4.290	199 / 199,00	1,00	0,87 - 1,14
	2024	4.184	226 / 206,06	1,10	0,97 - 1,24

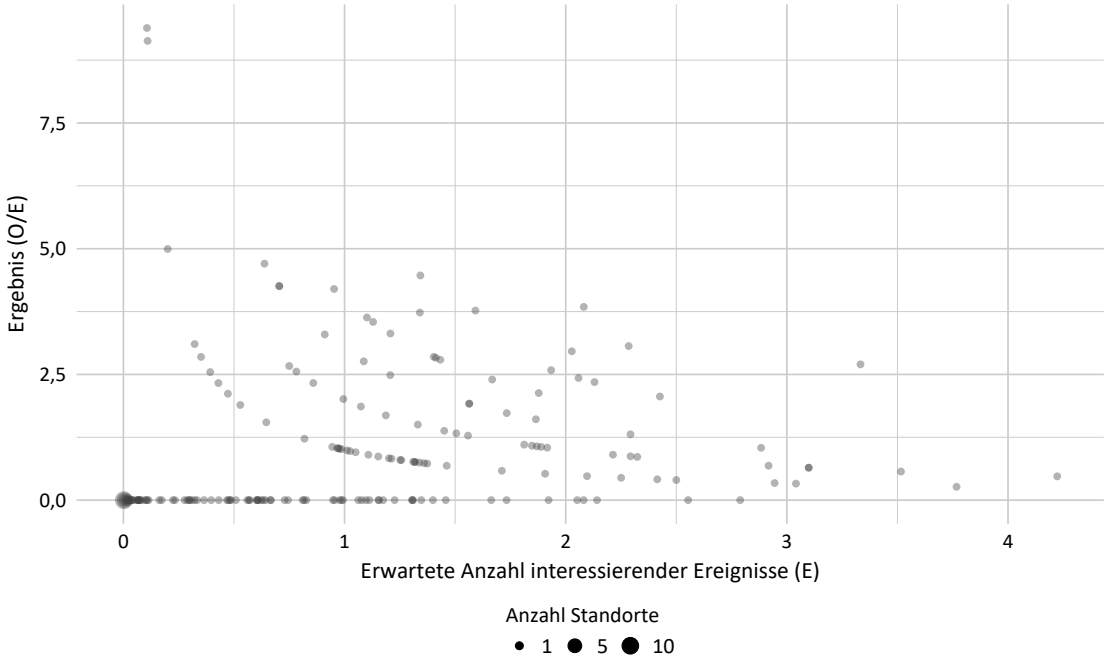
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



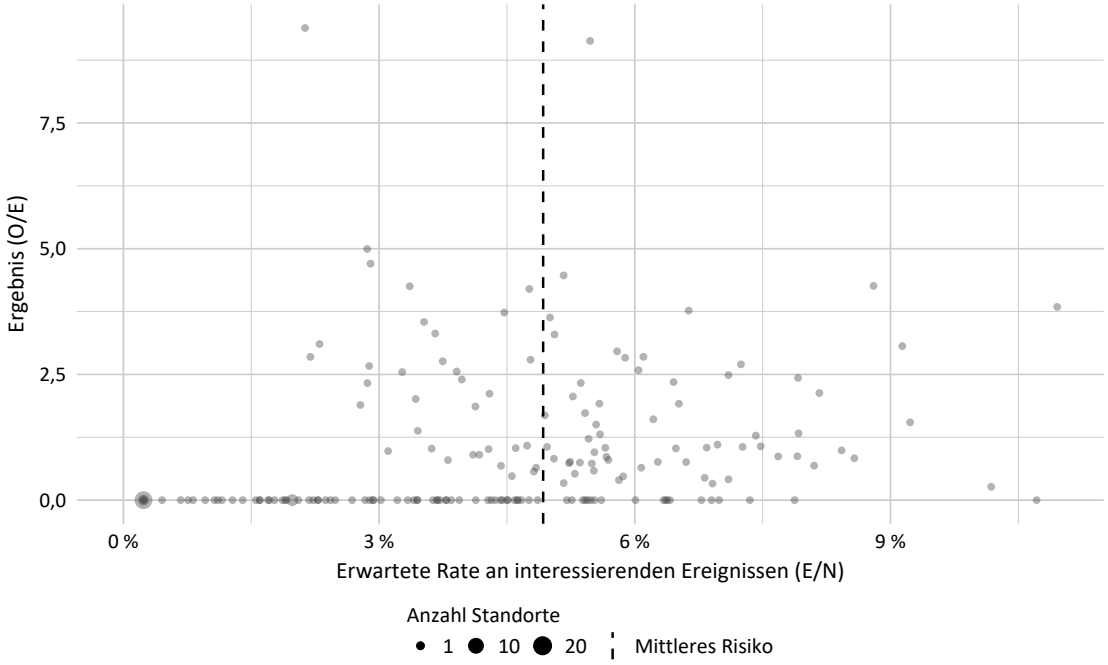
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	204	0	0,00	9,39	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	**ID: 51078** **Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)**	5,40 % 226/4.184

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[6]	
6.2.1	ID: O_50052 O/N (observed, beobachtet)	5,40 % 226/4.184
6.2.2	ID: E_50052 E/N (expected, erwartet)	4,93 % 206,06/4.184
6.2.3	**ID: 50052** **O/E**	1,10

[6] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutung, selten nekrotisierende Enterokolitis oder selten fokale intestinale Perforation / singuläre intestinale Perforation, selten bronchopulmonale Dysplasie und selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Ebene 1: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. ODER Ebene 2: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde, unter Ausschluss des Zählers der 1. Ebene ODER Ebene 3: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., unter Ausschluss des Zählers der 1. und 2. Ebene ODER Ebene 4: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren, unter Ausschluss des Zählers der 1., 2. und 3. Ebene ODER Ebene 5: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Klinik behandelt wurden (Erstaufnahme), oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde, unter Ausschluss des Zählers der 1., 2., 3. und 4. Ebene
Zähler	Ebene 1: Verstorbene Kinder ODER Ebene 2: Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 3: Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 4: Kinder mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 5: Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2

O (observed)	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen ODER Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 5: Beobachtete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP)
E (expected)	Ebene 1: Erwartete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 5: Erwartete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 5. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
Referenzbereich	≤ 2,43 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

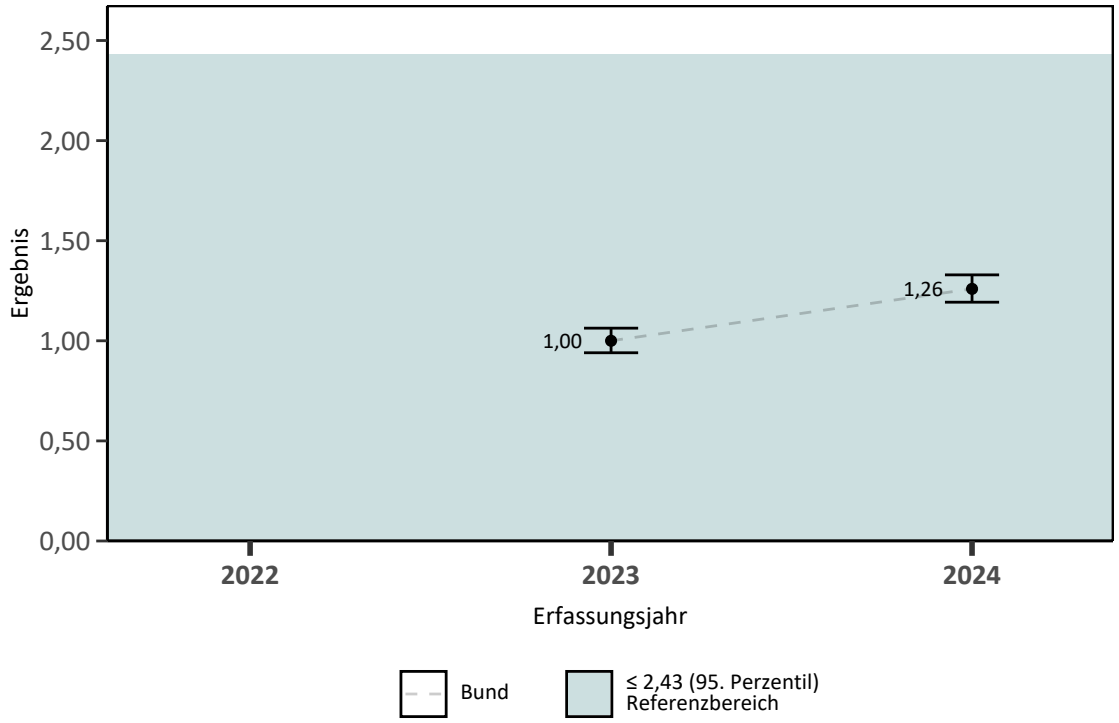
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	-	- / -	-	-
	2023	9.221	920 / 920,00	1,00	0,94 - 1,06
	2024	8.847	1.141 / 905,95	1,26	1,19 - 1,33

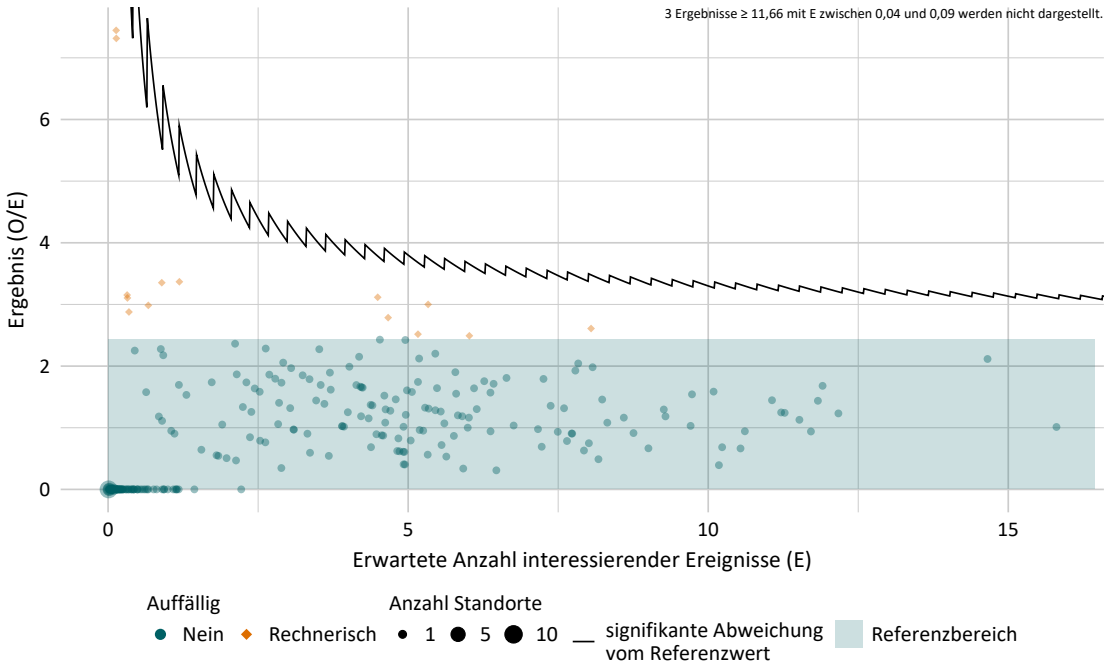
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



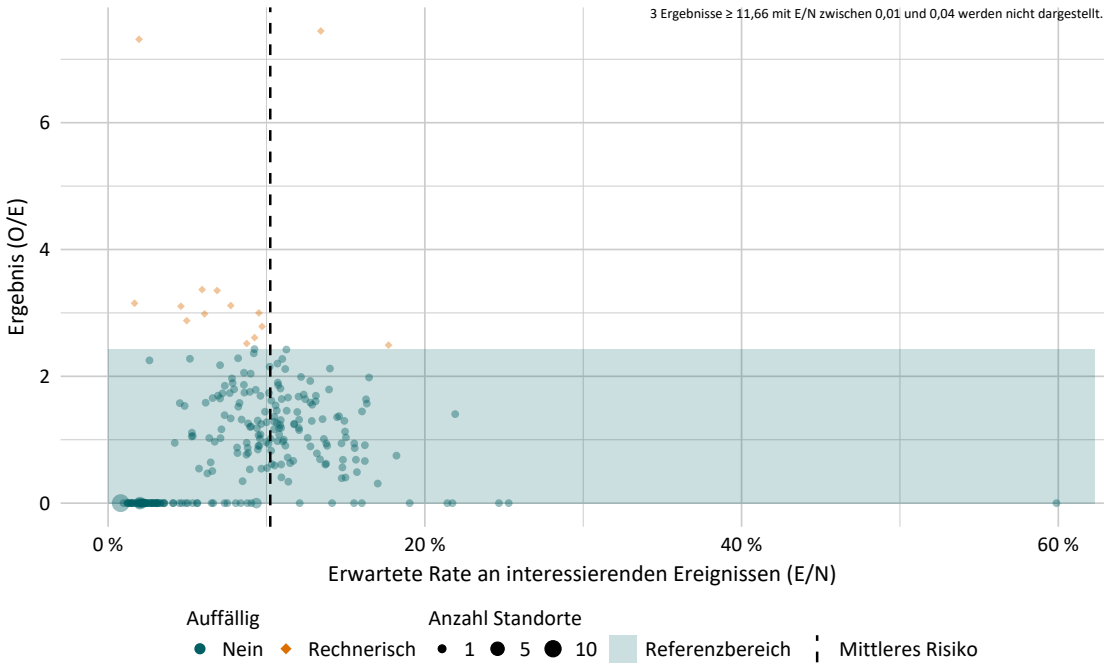
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	281	17	0,00	23,66	0,85

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[7]	
7.1.1	ID: O_51901 O/N (observed, beobachtet)	12,90 % 1.141/8.847
7.1.2	ID: E_51901 E/N (expected, erwartet)	10,24 % 905,95/8.847
7.1.3	**ID: 51901** **O/E**	1,26

[7] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	Ebene 1: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	
7.2.1	ID: O_51136_51901 O/N (observed, beobachtet)	3,49 % 286/8.197
7.2.2	ID: E_51136_51901 E/N (expected, erwartet)	3,29 % 269,85/8.197
7.2.3	ID: 51136_51901 O/E	1,06

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.3	Ebene 2: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	
7.3.1	ID: O_51141_51901 O/N (observed, beobachtet)	2,30 % 180/7.810
7.3.2	ID: E_51141_51901 E/N (expected, erwartet)	2,03 % 158,60/7.810
7.3.3	ID: 51141_51901 O/E	1,13

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.4	Ebene 3: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.4.1	ID: O_51146_51901 O/N (observed, beobachtet)	2,39 % 200/8.381
7.4.2	ID: E_51146_51901 E/N (expected, erwartet)	2,37 % 198,62/8.381
7.4.3	ID: 51146_51901 O/E	1,01

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.5	Ebene 4: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	
7.5.1	ID: O_51156_51901 O/N (observed, beobachtet)	6,75 % 381/5.645
7.5.2	ID: E_51156_51901 E/N (expected, erwartet)	3,02 % 170,38/5.645
7.5.3	ID: 51156_51901 O/E	2,24

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.6	Ebene 5: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	
7.6.1	ID: O_51161_51901 O/N (observed, beobachtet)	2,68 % 94/3.508
7.6.2	ID: E_51161_51901 E/N (expected, erwartet)	3,09 % 108,50/3.508
7.6.3	ID: 51161_51901 O/E	0,87

50060: Nosokomiale Infektion

Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektion
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt und nicht von zu Hause aufgenommen wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt sind und am Tag der Geburt aufgenommen wurden
Zähler	Kinder mit Sepsis später als 3 Tage nach Geburt oder mit Pneumonie später als 3 Tage nach Geburt
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit nosokomialen Infektionen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit nosokomialen Infektionen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50060
Referenzbereich	≤ 2,60 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW Gestationsalter 30 abgeschlossene SSW Gestationsalter 31 abgeschlossene SSW Gestationsalter 32 abgeschlossene SSW Gestationsalter 33 abgeschlossene SSW Gestationsalter 34 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

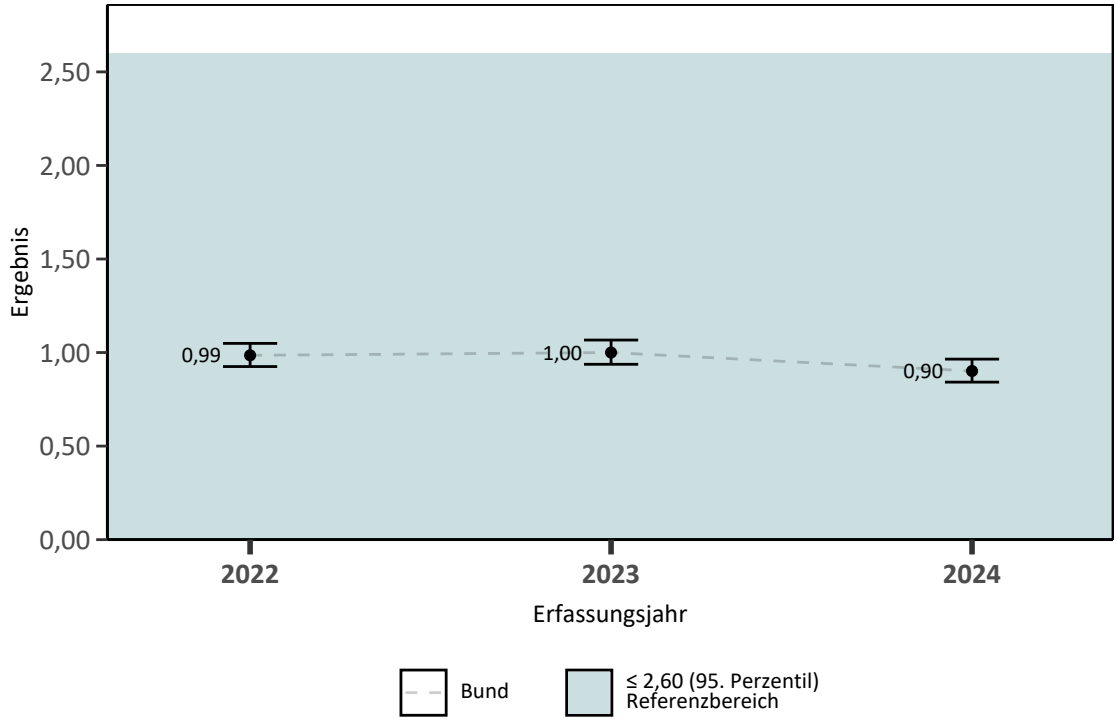
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	77.829	963 / 977,60	0,99	0,93 - 1,05
	2023	74.185	903 / 903,00	1,00	0,94 - 1,07
	2024	73.969	819 / 908,66	0,90	0,84 - 0,96

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

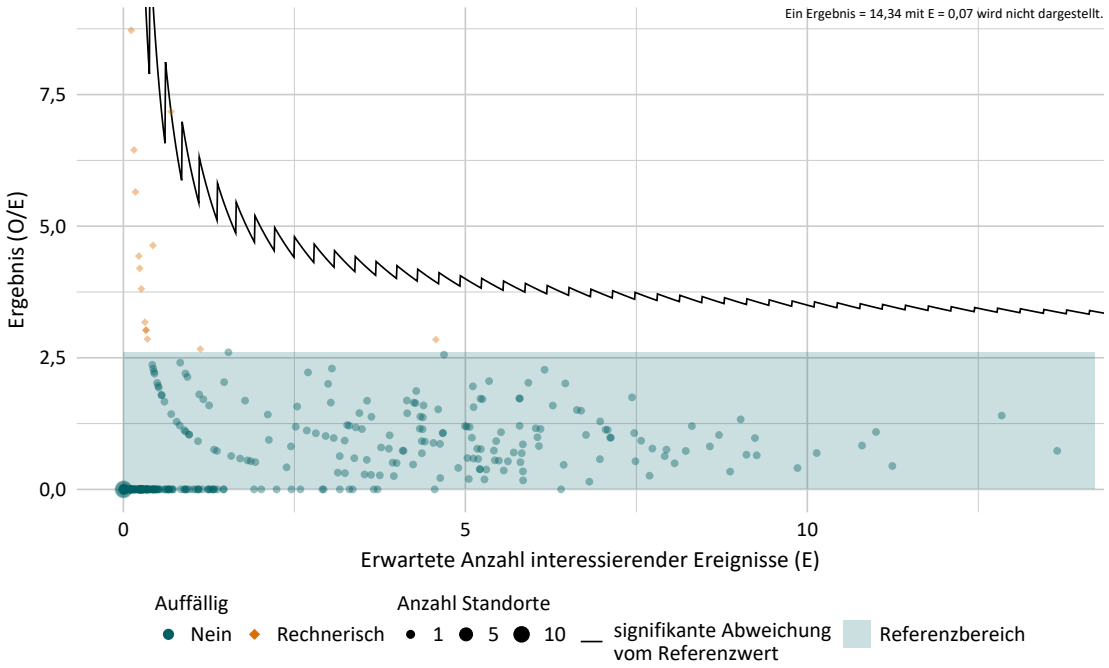
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



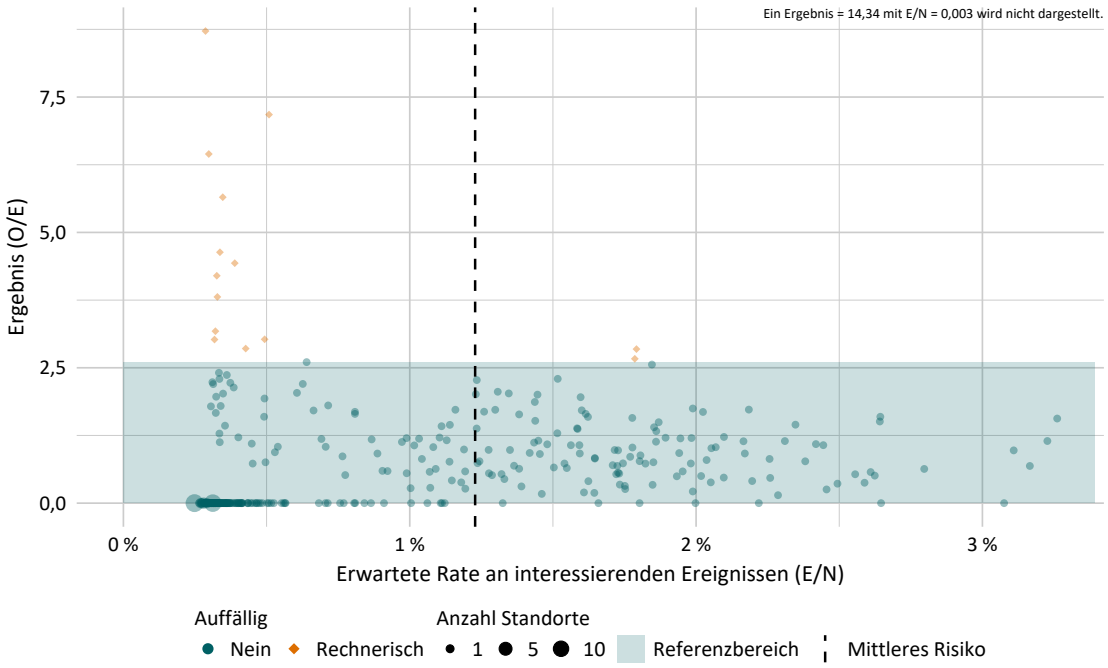
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	382	15	0,00	14,34	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 22_22017 Kinder mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	1,11 % 819/73.969

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[8]	
8.2.1	ID: O_50060 O/N (observed, beobachtet)	1,11 % 819/73.969
8.2.2	ID: E_50060 E/N (expected, erwartet)	1,23 % 908,66/73.969
8.2.3	**ID: 50060** **O/E**	0,90

[8] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung

Qualitätsziel	Selten Pneumothorax
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit nasaler/pharyngealer Atemhilfe und/oder intratrachealer Beatmung
Zähler	Kinder mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50062
Referenzbereich	≤ 2,36 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 bis 29 abgeschlossene SSW Gestationsalter 30 bis 31 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

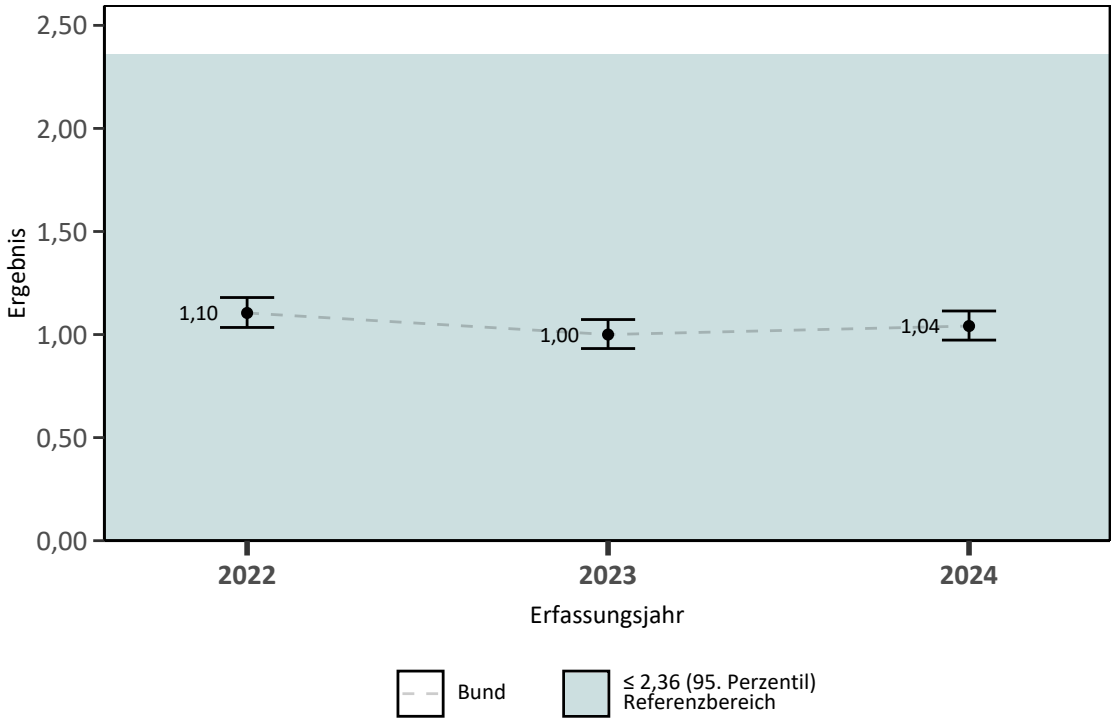
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	32.952	865 / 783,06	1,10	1,03 - 1,18
	2023	32.304	759 / 759,00	1,00	0,93 - 1,07
	2024	33.443	815 / 782,68	1,04	0,97 - 1,11

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

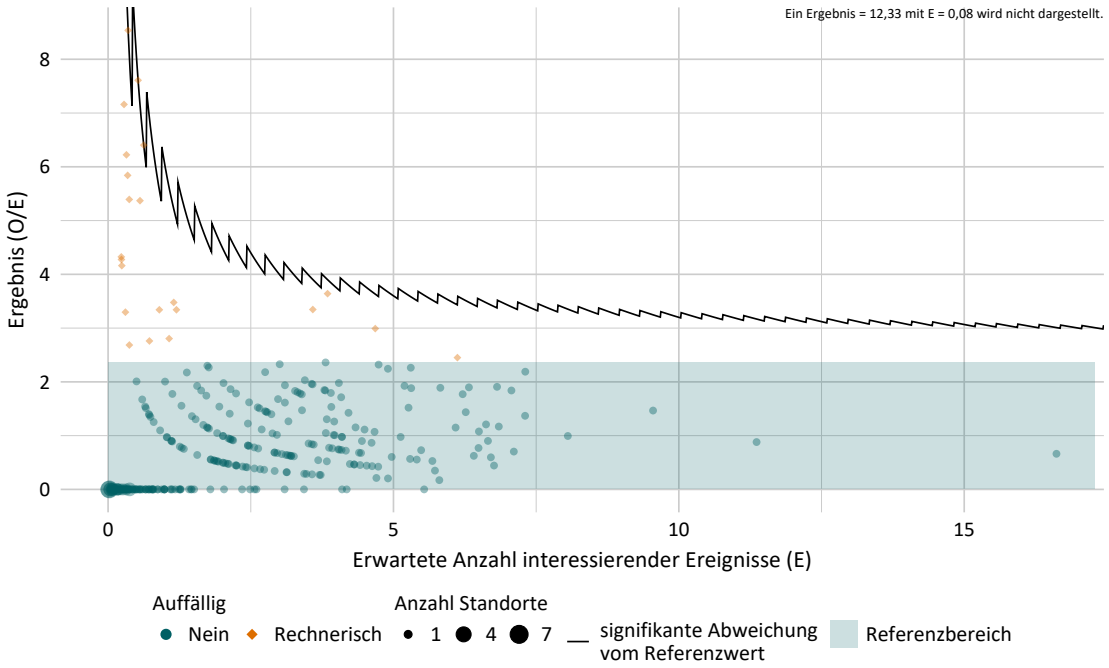
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



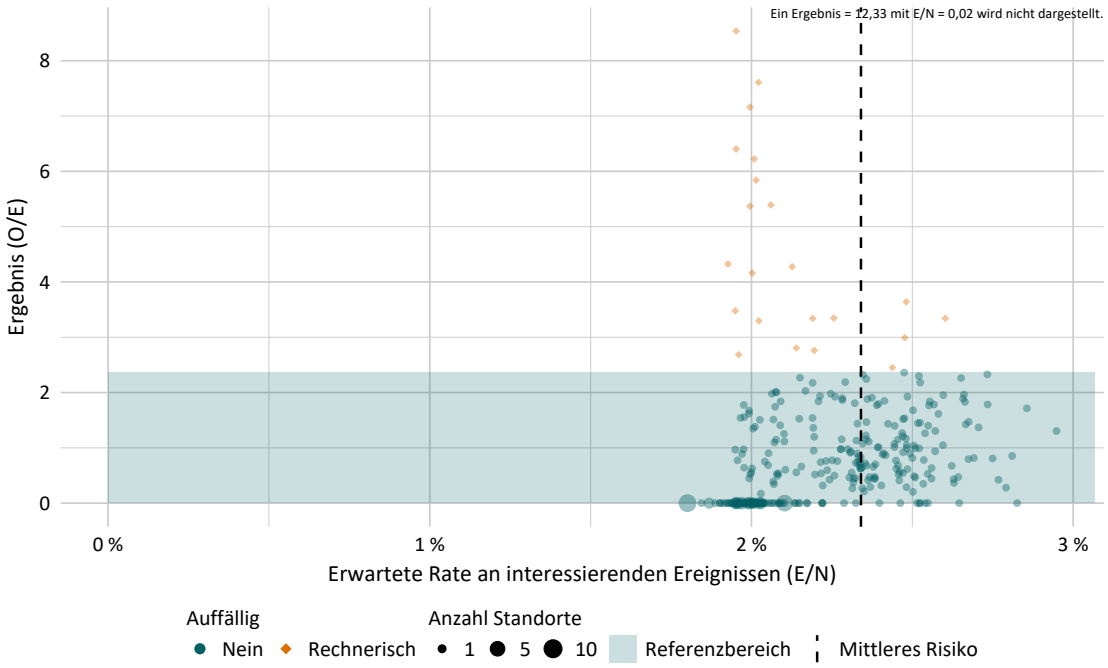
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	344	23	0,00	12,33	0,56

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 22_22020 Pneumothorax bei Kindern unter oder nach Beatmung	2,44 % 815/33.443

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[9]	
9.2.1	ID: O_50062 O/N (observed, beobachtet)	2,44 % 815/33.443
9.2.2	ID: E_50062 E/N (expected, erwartet)	2,34 % 782,68/33.443
9.2.3	**ID: 50062** **O/E**	1,04
9.2.3.3	ID: 222000_50062 Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax	0,90 % 302/33.443
9.2.3.4	ID: 222001_50062 Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion	0,17 % 56/33.443
9.2.3.5	ID: 222002_50062 Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage	1,37 % 457/33.443

[9] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

52262: Zunahme des Kopfumfangs

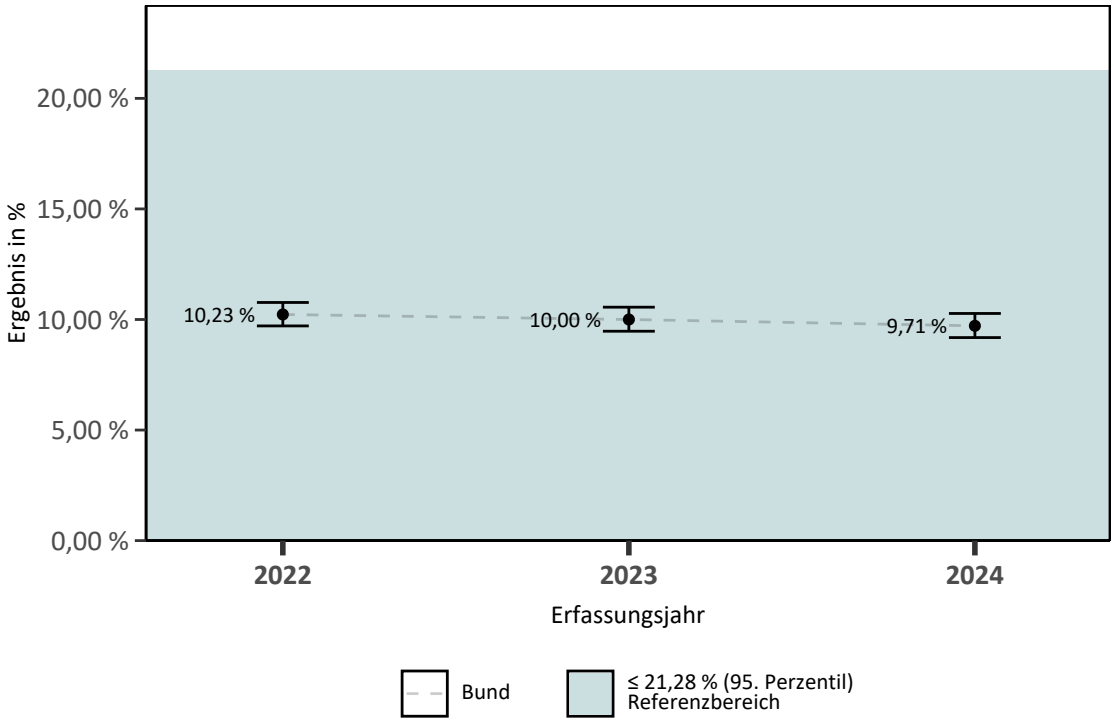
Qualitätsziel	Möglichst angemessene Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthaltes
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, sowie mit einer Verweildauer von mindestens 21 Tagen und einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat
Zähler	Kinder, bei denen die Differenz aus der relativen und der erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfangs bei Entlassung (unter Verwendung einer linearen Regression) unterhalb des 10. Perzentils bei Anwendung des Z-Scores liegt
Referenzbereich	≤ 21,28 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

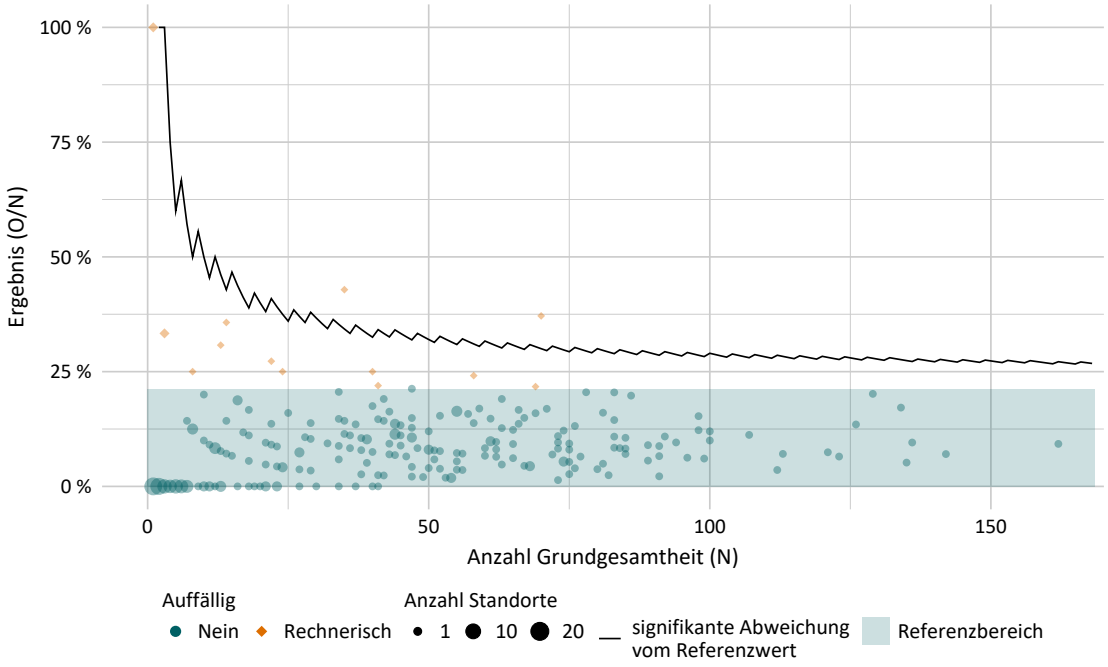
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	1.286 / 12.575	10,23	9,71 - 10,77
	2023	1.171 / 11.710	10,00	9,47 - 10,56
	2024	1.102 / 11.346	9,71	9,18 - 10,27

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	295	15	0,00	100,00	6,59

50063: Durchführung eines Hörtests

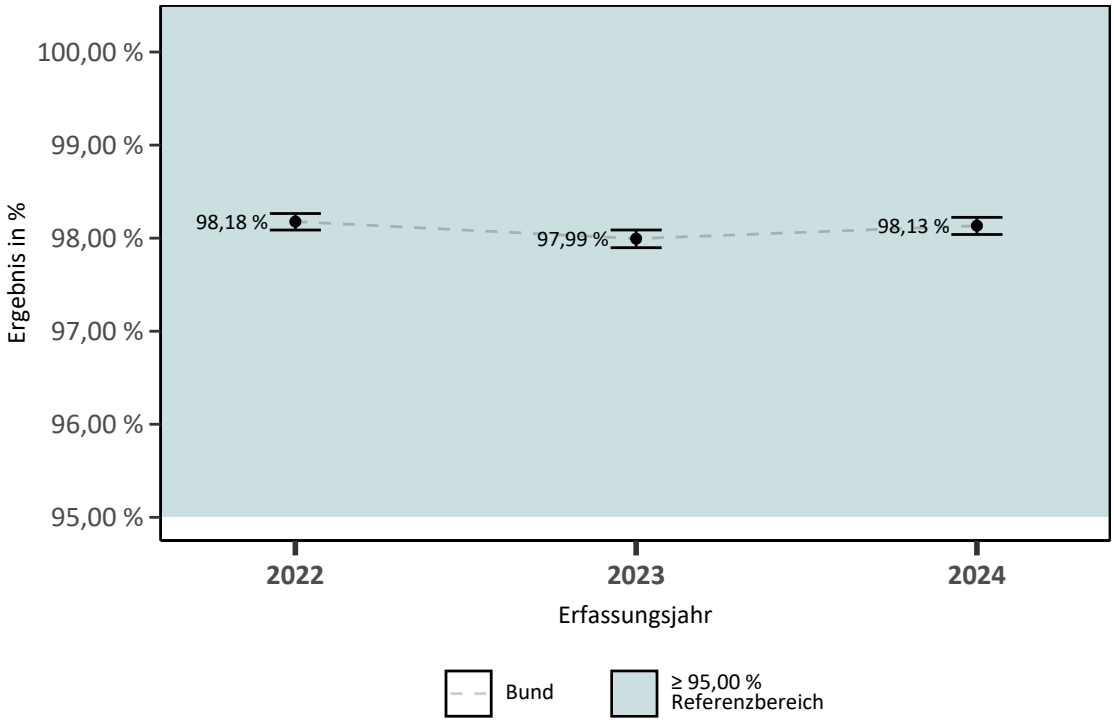
Qualitätsziel	Häufig Durchführung eines Hörtests
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebend nach Hause entlassenen Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 22+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit durchgeführtem Hörtest
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

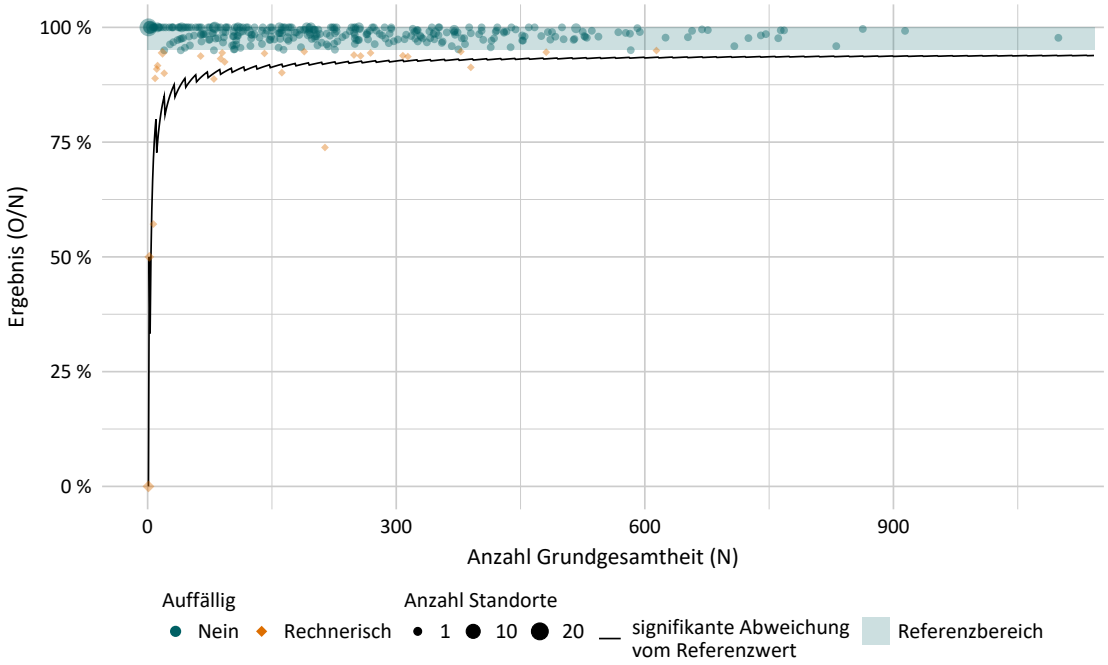
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	85.838 / 87.431	98,18	98,09 - 98,26
	2023	82.051 / 83.730	97,99	97,90 - 98,09
	2024	81.866 / 83.423	98,13	98,04 - 98,22

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	392	32	0,00	100,00	98,90

Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C

Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur

50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 22+0 Wochen p. m. und mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50069
Referenzbereich	≤ 2,97 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Aufnahmegewicht unter 500 g Aufnahmegewicht 500-599 g Aufnahmegewicht 600-699 g Aufnahmegewicht 700-799 g Aufnahmegewicht 800-899 g Aufnahmegewicht 900-999 g Aufnahmegewicht 1.000-1.199 g Aufnahmegewicht 1.200-1.499 g
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

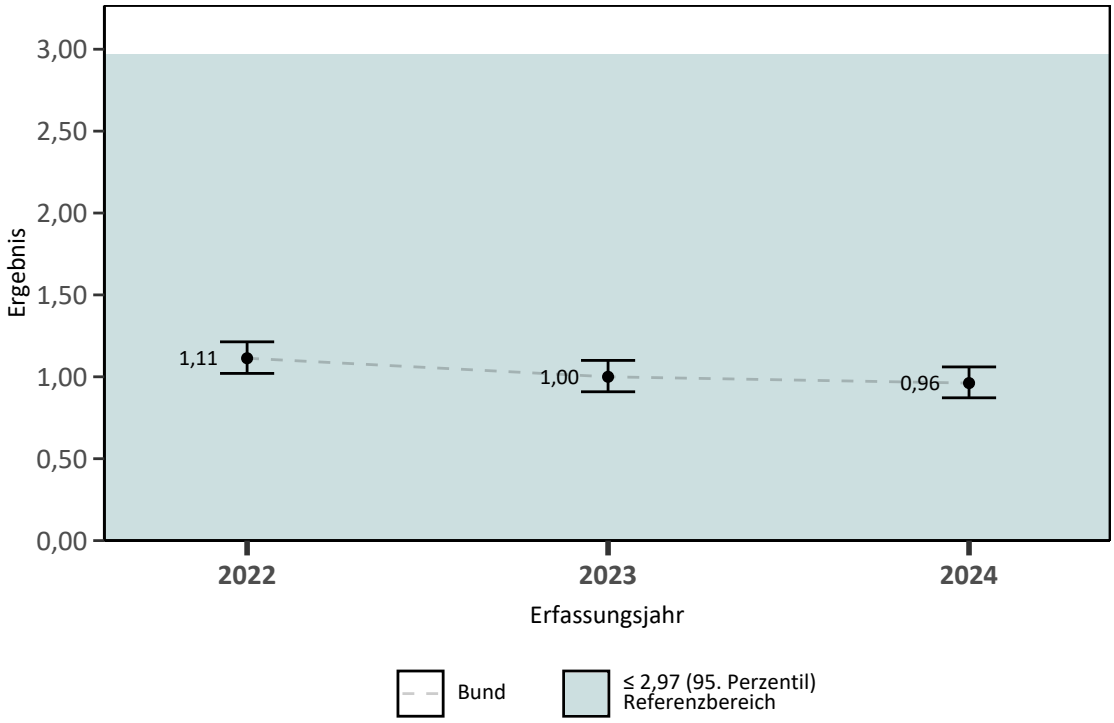
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	10.308	488 / 438,37	1,11	1,02 - 1,21
	2023	9.535	402 / 402,00	1,00	0,91 - 1,10
	2024	9.183	384 / 399,31	0,96	0,87 - 1,06

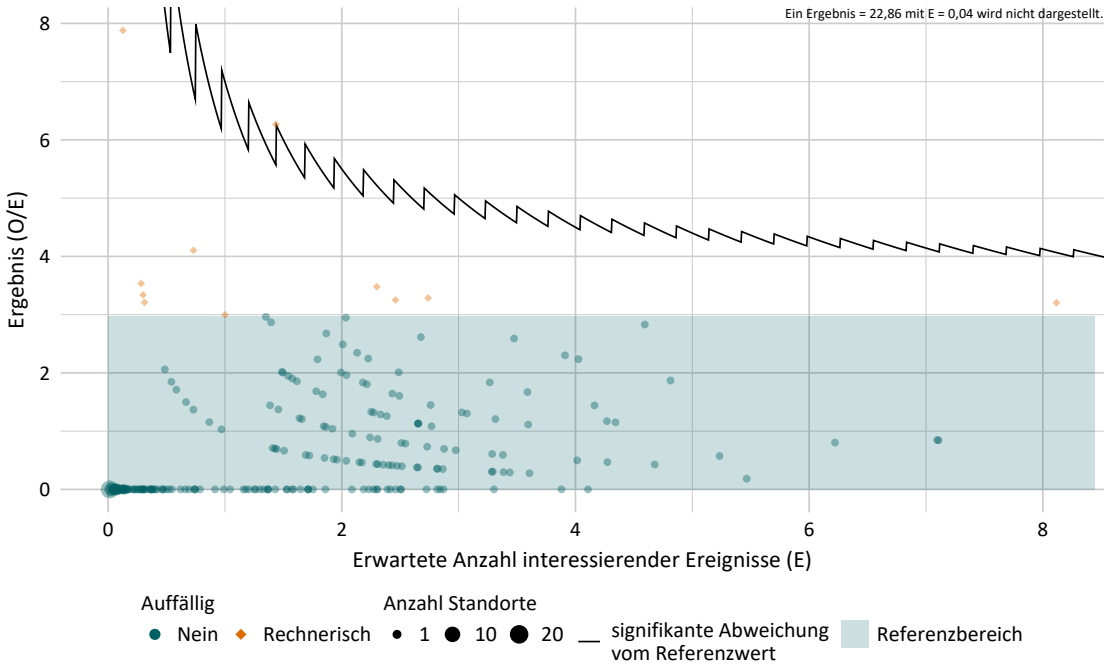
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



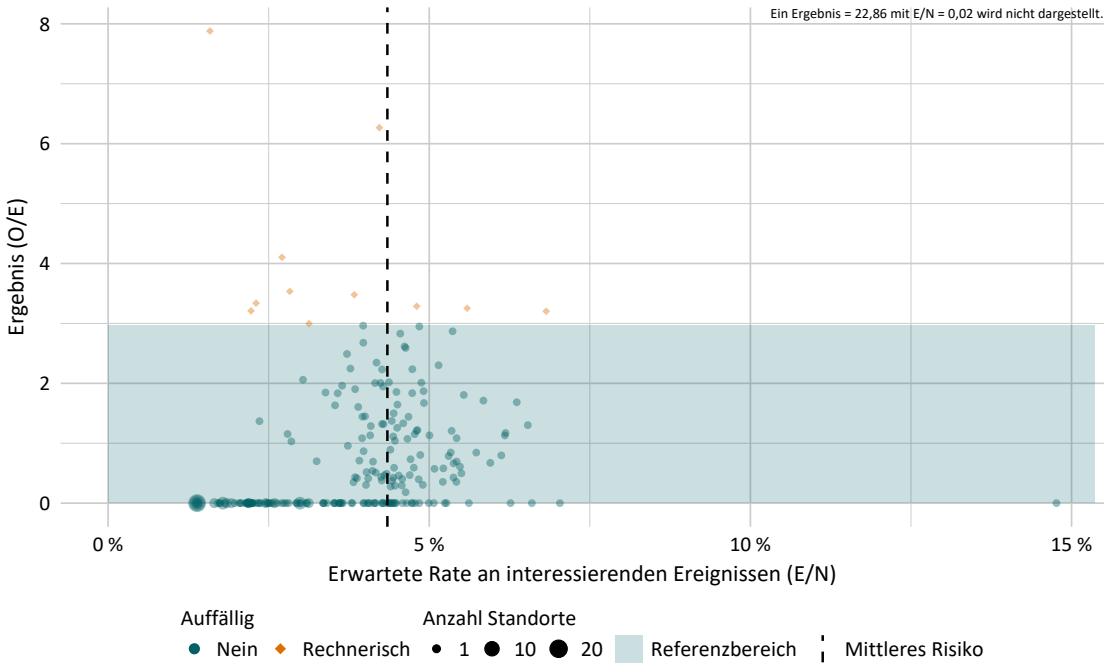
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	281	12	0,00	22,86	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen und ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie und mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50074
Referenzbereich	≤ 1,96 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Aufnahmegewicht 1.500-2.199 g Aufnahmegewicht 2.200-2.599 g Aufnahmegewicht 2.600-2.899 g Aufnahmegewicht 2.900-3.099 g Aufnahmegewicht 3.100-3.299 g Aufnahmegewicht 3.300-3.499 g Aufnahmegewicht 3.500-3.899 g
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

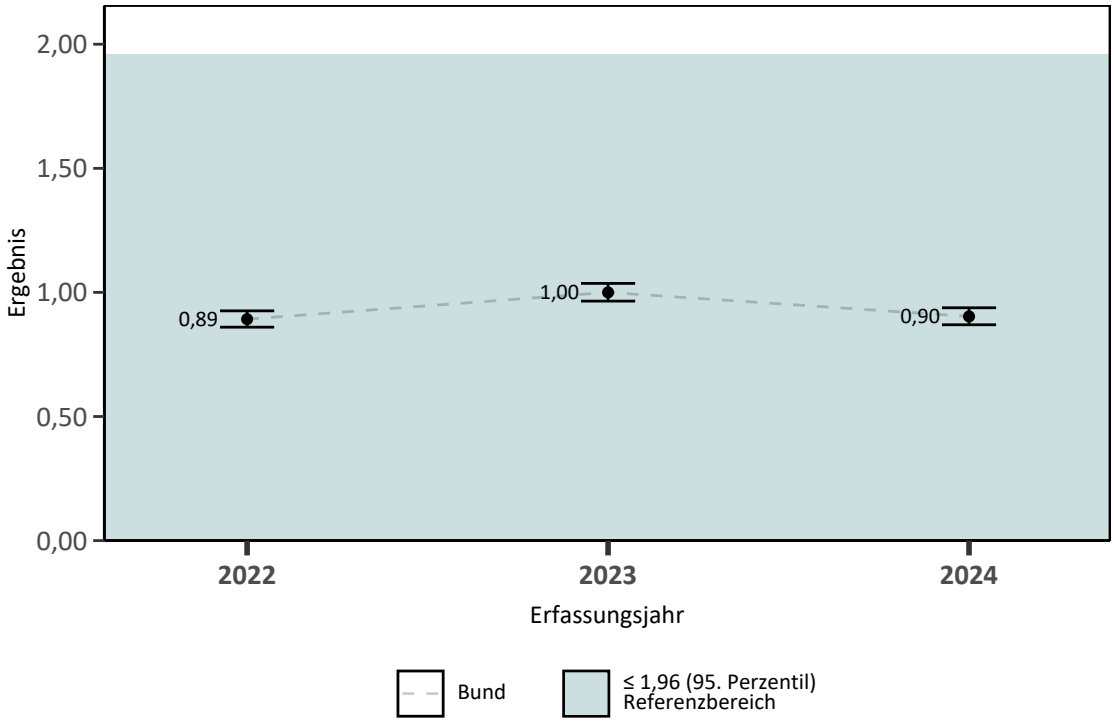
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	80.362	2.723 / 3.051,89	0,89	0,86 - 0,93
	2023	76.986	2.894 / 2.894,00	1,00	0,96 - 1,04
	2024	77.106	2.581 / 2.857,46	0,90	0,87 - 0,94

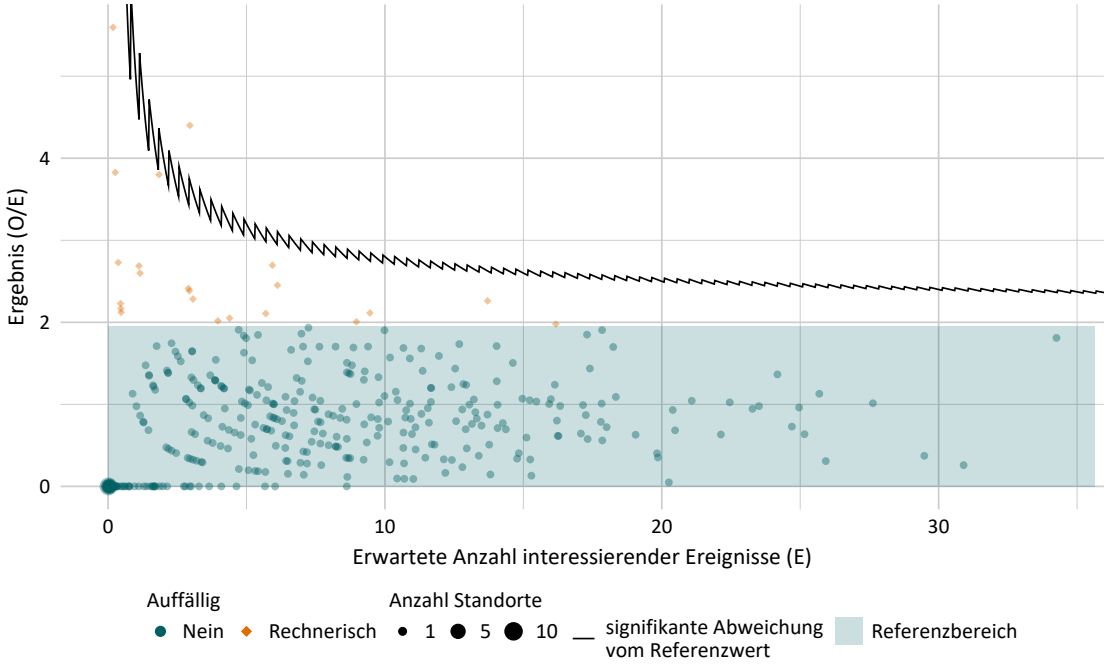
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



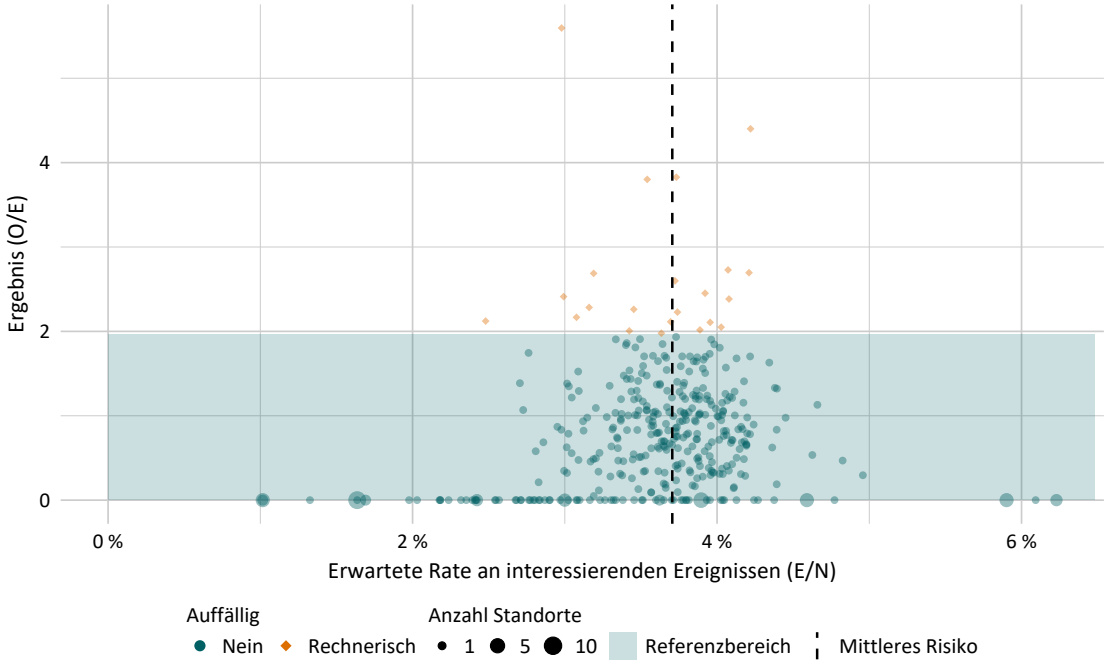
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	420	22	0,00	5,60	0,68

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.1	ID: 22_22022 Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	4,18 % 384/9.183

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[10]	
12.2.1	ID: O_50069 O/N (observed, beobachtet)	4,18 % 384/9.183
12.2.2	ID: E_50069 E/N (expected, erwartet)	4,35 % 399,31/9.183
12.2.3	**ID: 50069** **O/E**	0,96

[10] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.3	ID: 22_22024 Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	3,35 % 2.581/77.106

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.4	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[11]	
12.4.1	ID: O_50074 O/N (observed, beobachtet)	3,35 % 2.581/77.106
12.4.2	ID: E_50074 E/N (expected, erwartet)	3,71 % 2.857,46/77.106
12.4.3	**ID: 50074** **O/E**	0,90

[11] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

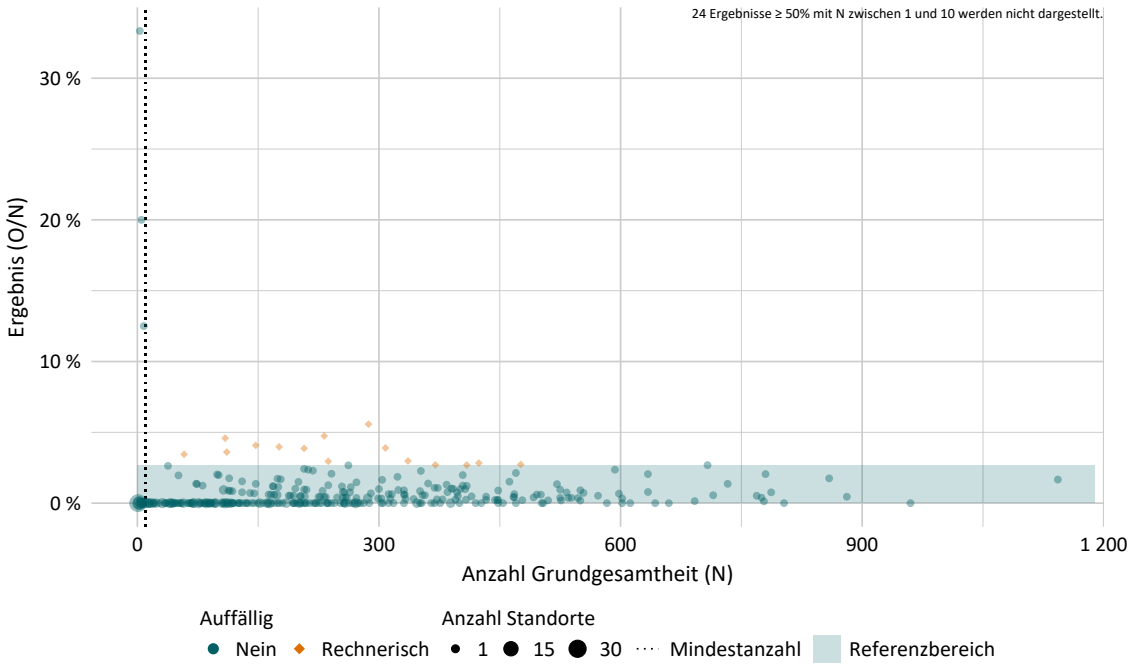
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle gehen ggf. nicht in den QI 50069 „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ oder in den QI 50074 „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ ein. Die Körpertemperatur des Kindes sollte bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen werden. **Hypothese** Fehl-/Unterdokumentation der Aufnahmetemperatur (tatsächlich wurde in der Patientenakte die Aufnahmetemperatur dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 22+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder, bei denen keine Aufnahmetemperatur angegeben wurde
Referenzbereich	≤ 2,68 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	436	16	0,00	100,00	0,00

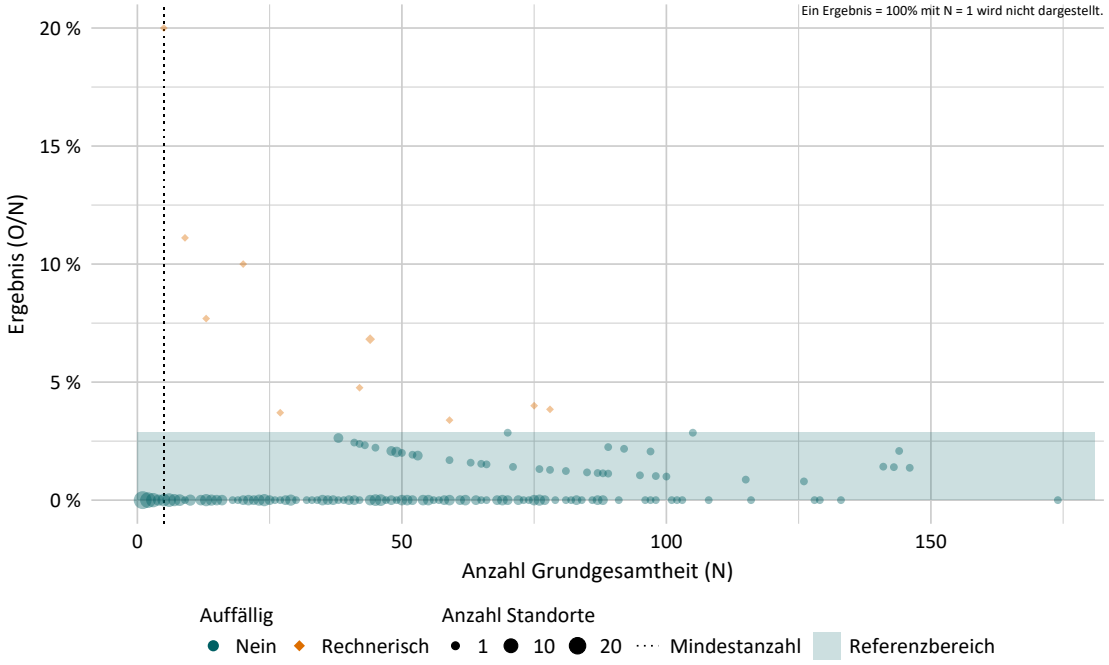
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	628 / 87.623	0,72	3,67 % 16 / 436

850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle gehen ggf. nicht in den Nenner des QI 52262 „Zunahme des Kopfumfangs“ ein. Der Kopfumfang sollte – mit Ausnahme von wenigen Ereignissen – während des stationären Aufenthaltes zunehmen. **Hypothese** Fehldokumentation des Kopfumfangs (tatsächlich wurde in der Patientenakte ein größerer Kopfumfang bei Entlassung als bei Aufnahme dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52262: Zunahme des Kopfumfangs
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, sowie mit einer Verweildauer von mindestens 21 Tagen und Angaben zum Kopfumfang bei Aufnahme sowie bei Entlassung
Zähler	Kinder, bei denen ein geringerer Kopfumfang bei Entlassung als bei Aufnahme angegeben wurde
Referenzbereich	≤ 2,86 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	303	11	0,00	100,00	0,00

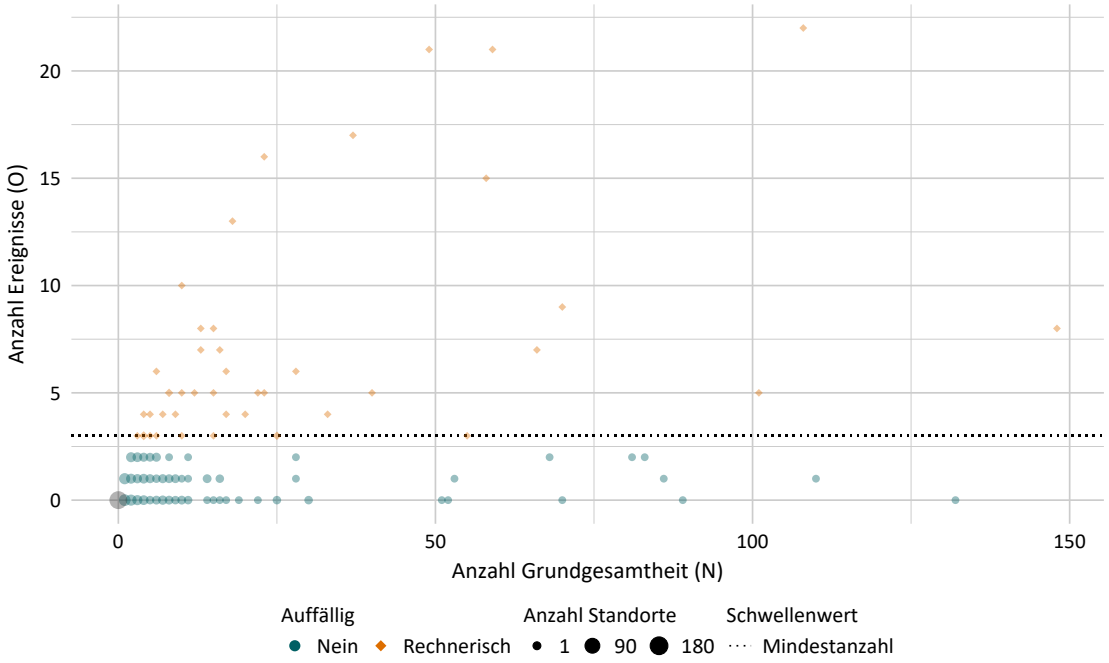
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	75 / 11.889	0,63	3,63 % 11 / 303

851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle mit schwerer oder letaler angeborener Erkrankung werden aus dem Nenner aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausgeschlossen. Bei Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung sollte ein ICD-Kode aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen vorliegen. **Hypothese** Fehldokumentation einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung (tatsächlich wurde in der Patientenakte ein ICD-Kode aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., bei denen angegeben wurde, dass eine schwere oder letale angeborene Erkrankung vorliegt
Zähler	Kinder, bei denen kein ICD-Kode aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	3
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



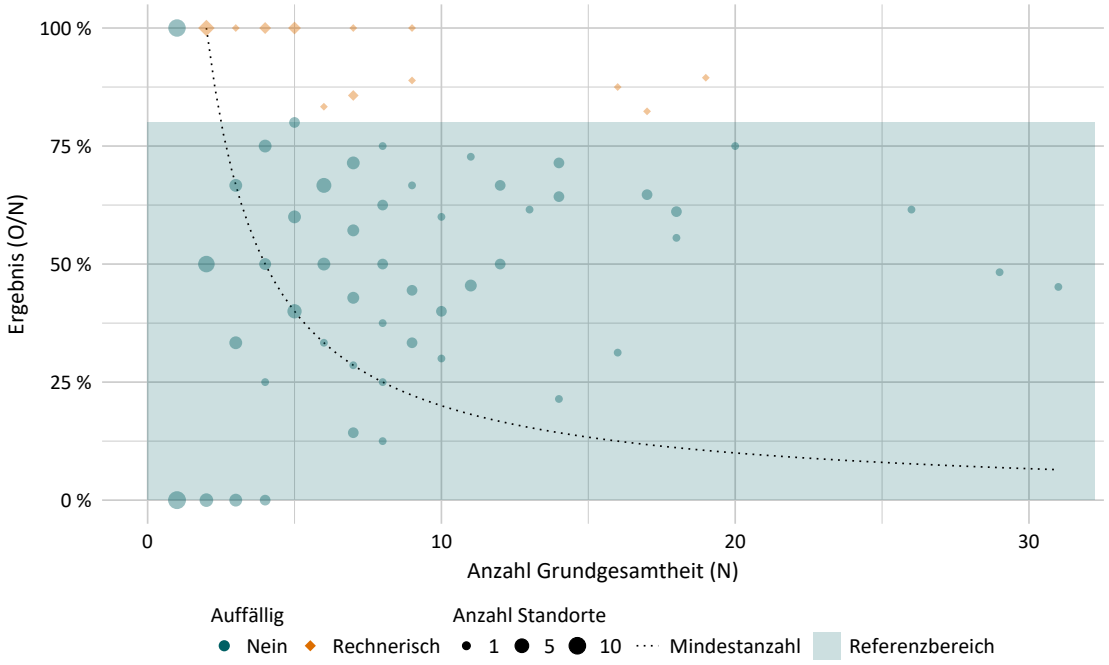
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	458 / 3.099	14,78	17,83 % 46 / 258

851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle gehen ggf. nicht in den Zähler der Kennzahl 51079 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ oder in den Zähler der Kennzahl 50053 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ oder in den Zähler des QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ ein. Bei Erfüllung bestimmter Kriterien zum Vorliegen einer moderaten oder schweren BPD gemäß Nennerdefinition sollte eine moderate oder schwere BPD angegeben werden. **Hypothese** Fehl-/Unterdokumentation einer moderaten oder schweren BPD (tatsächlich wurde in der Patientenakte eine moderate oder schwere BPD dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., die im Alter von 36+0 Wochen Sauerstoff bekommen haben oder die im Alter von 36+0 Wochen beatmet wurden oder die vor 36+0 SSW nach Hause entlassen wurden und Sauerstoff bekommen haben oder beatmet wurden (jeweils zum Tag der Entlassung) oder mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g, die im Alter von 56 Lebenstagen Sauerstoff bekommen haben oder die im Alter von 56 Lebenstagen beatmet wurden oder die vor 56 Lebenstagen nach Hause entlassen wurden und Sauerstoff bekommen haben oder beatmet wurden (jeweils zum Tag der Entlassung)
Zähler	Kinder, bei denen weder eine moderate noch eine schwere BPD angegeben wurde
Referenzbereich	≤ 80,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	167	27	0,00	100,00	57,14

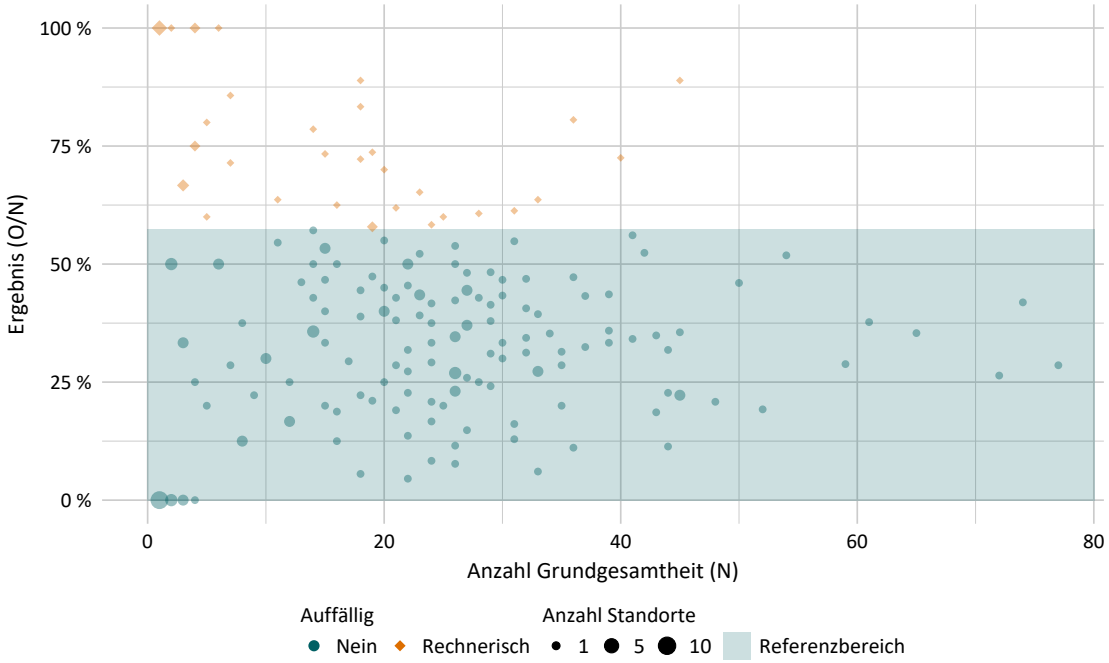
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	598 / 1.040	57,50	16,17 % 27 / 167

852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die korrekte Angabe des Datums des ersten ROP-Screenings ist für mehrere Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen relevant. Das Datum des ersten ROP-Screenings sollte innerhalb des in der Leitlinie empfohlenen Zeitraums liegen. **Hypothese** Fehldokumentation des Datums des ersten ROP-Screenings (tatsächlich wurde in der Patientenakte das Datum des ersten ROP-Screenings im gemäß Leitlinie empfohlenen Zeitraum dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme), oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde
Zähler	Erstes ROP-Screening bei Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 24+6 Wochen (bei Geburt) nicht zwischen einem postmenstruellen Alter von 31+0 bis 31+6 Wochen (nach Geburt) oder bei Kindern mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) nicht in der 6. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 36 bis 42) durchgeführt
Referenzbereich	≤ 57,44 % (90. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	203	41	0,00	100,00	37,04

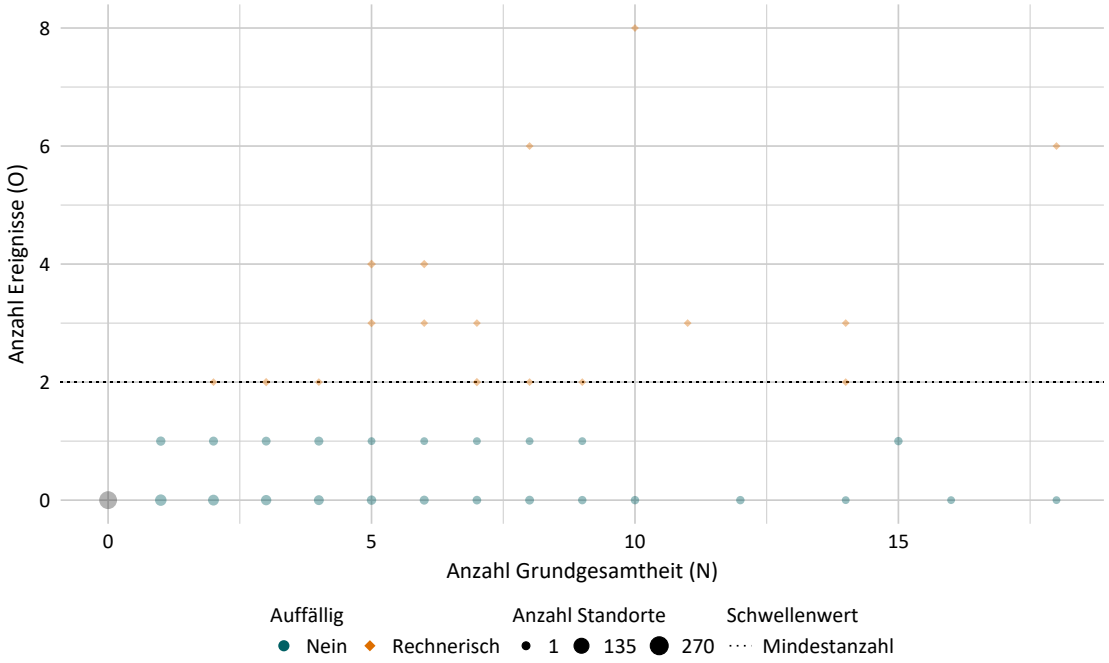
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	1.656 / 4.397	37,66	20,20 % 41 / 203

852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Es sollte eine HIE dokumentiert werden, wenn bei einem asphyktischen Kind eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde. **Hypothese** Fehldokumentation einer HIE (tatsächlich wurde in der Patientenakte eine HIE dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 34+0 Wochen p. m. und mit Angabe einer Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie
Zähler	Kinder, bei denen keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



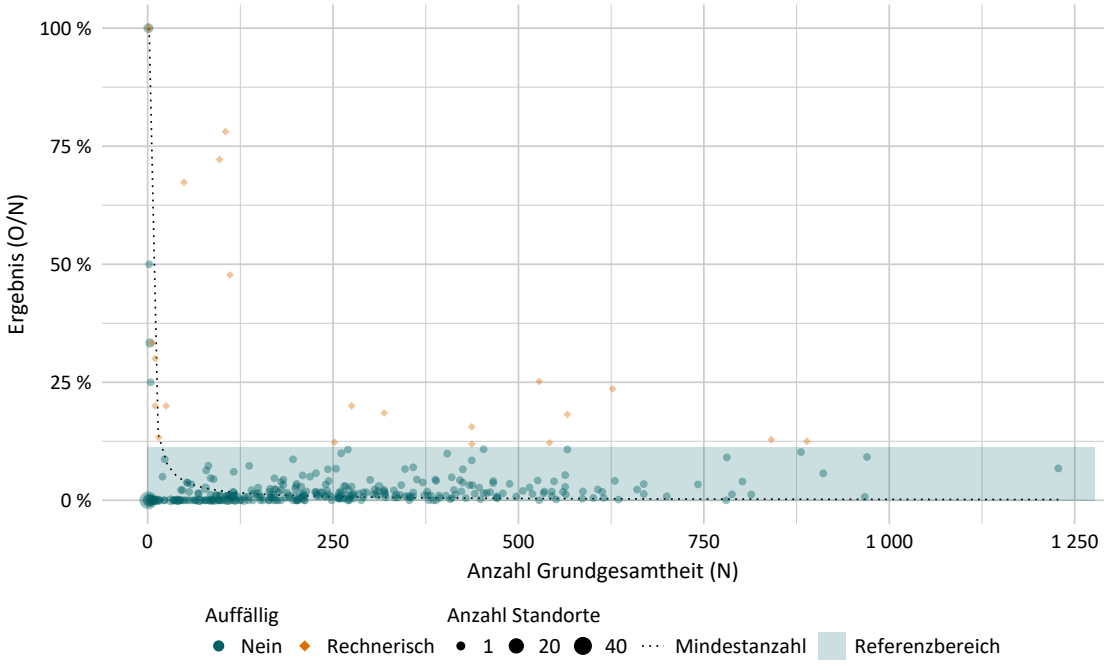
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	108 / 715	15,10	13,71 % 24 / 175

852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle mit schwerer oder letaler angeborener Erkrankung werden aus dem Nenner aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausgeschlossen. Die Häufigkeit der Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung sollte daher in Bezug auf die übermittelten QS-Bögen plausibel sein. **Hypothese** Fehldokumentation einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung (tatsächlich wurde in der Patientenakte weder eine schwere noch eine letale angeborene Erkrankung dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter von mindestens 22+0 Wochen
Zähler	Kinder, bei denen angegeben wurde, dass eine schwere oder letale angeborene Erkrankung vorliegt
Referenzbereich	≤ 11,30 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	442	22	0,00	100,00	0,75

Detailergebnisse

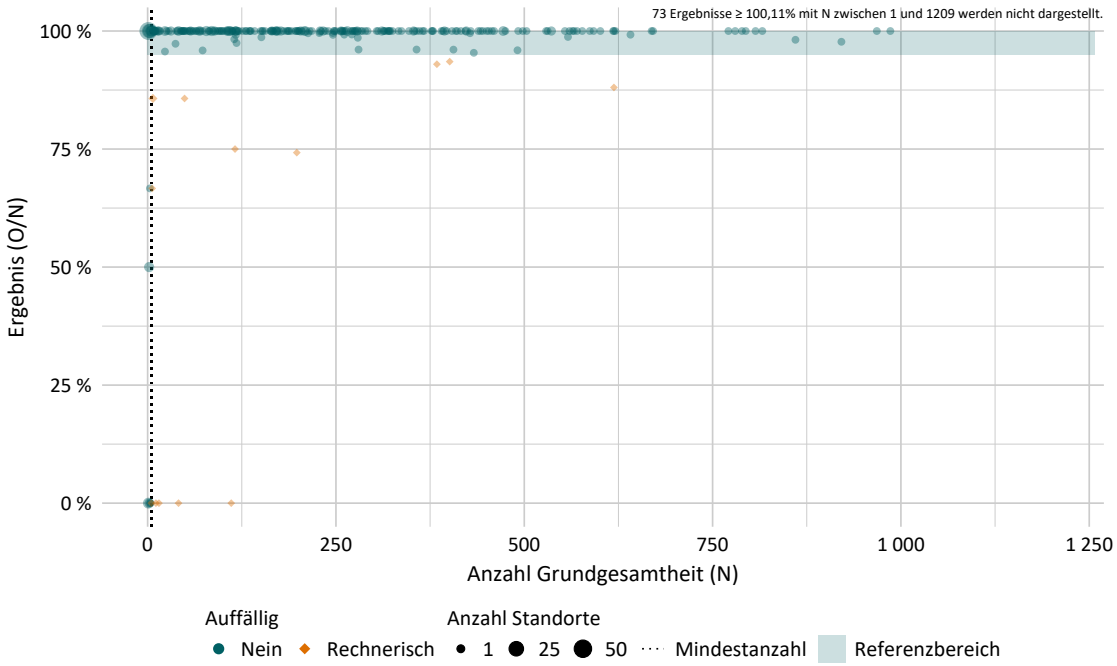
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	3.150 / 90.914	3,46	4,98 % 22 / 442

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	482	14	0,00	200,00	100,00

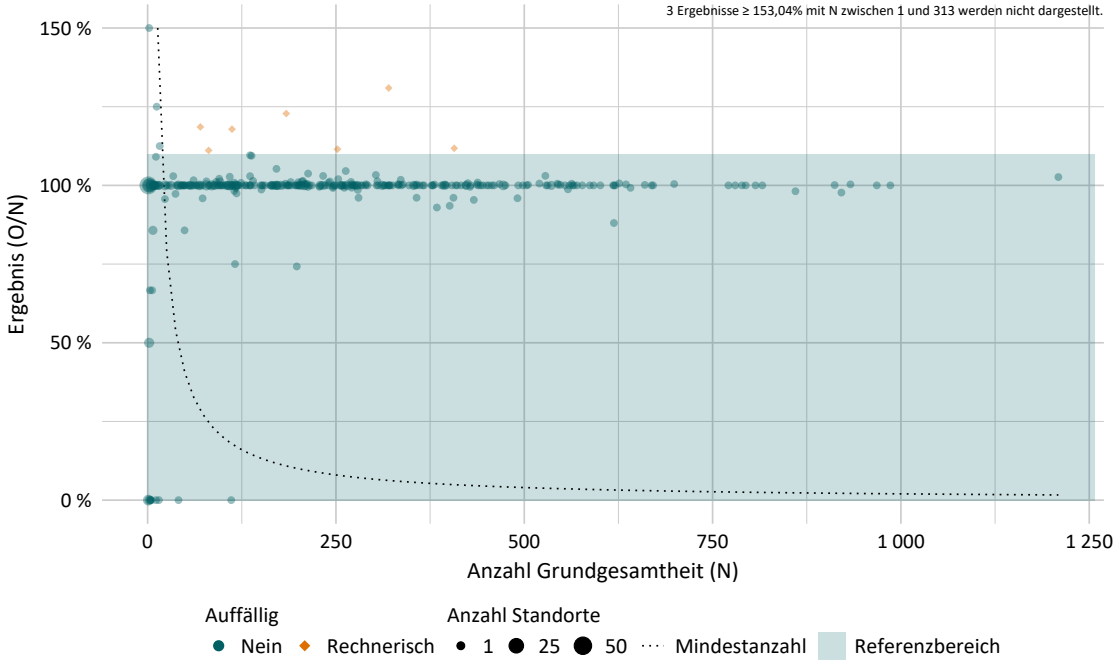
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	91.833 / 91.550	100,31	2,90 % 14 / 482

850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	482	8	0,00	200,00	100,00

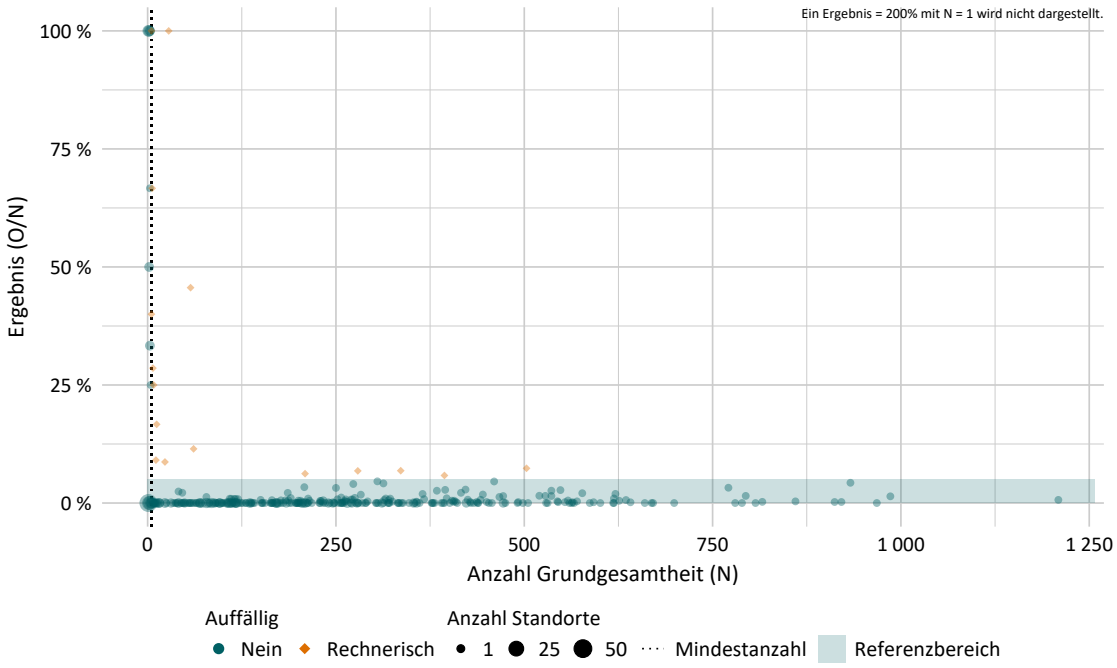
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	91.833 / 91.550	100,31	1,66 % 8 / 482

850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	482	16	0,00	200,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	686 / 91.550	0,75	3,32 % 16 / 482

Basisauswertung

Gesamtauswertung (Alle Kinder)

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 91.147**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	3.103	3,40
1. Quartal	22.570	24,76
2. Quartal	22.604	24,80
3. Quartal	23.740	26,05
4. Quartal	19.130	20,99

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 91.147**	
Lebendgeborene Kinder		
Lebendgeborene Kinder	91.144	100,00
davon: angeborene Erkrankungen		
(0) keine oder leichte angeborene Erkrankungen	87.959	96,51
(1) schwere oder letale angeborene Erkrankungen	3.185	3,49

Primär palliative Therapie (ab Geburt)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 91.144**	
Primär palliative Therapie (ab Geburt)		
Primär palliative Therapie (ab Geburt)	470	0,52
davon: Verstorben im Kreißsaal		
(1) ja	393	83,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 91.144**	
Geschlecht		
(1) männlich	51.221	56,20
(2) weiblich	39.913	43,79
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	7	0,01

Angaben zur Geburt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 91.144**	
Einlinge / Mehrlinge		
Einlinge	79.961	87,73
Zwillinge	10.700	11,74
≥ Drillinge	483	0,53

Angaben zur Geburt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 91.144**	
Gestationsalter (vollendete Schwangerschaftswochen)		
< 24 SSW	796	0,87
24 - 25 SSW	1.165	1,28
26 - 28 SSW	2.434	2,67
29 - 31 SSW	4.396	4,82
32 - 36 SSW	27.762	30,46
≥ 37 SSW	54.591	59,90
Geburtsgewicht		
< 500 g	720	0,79
500 - 749 g	1.408	1,54
750 - 999 g	1.670	1,83
1.000 - 1.249 g	2.051	2,25
1.250 - 1.499 g	2.496	2,74
1.500 - 2.499 g	23.322	25,59
≥ 2.500 g	59.477	65,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) von 22 bis 43 SSW	**N = 90.914**	
Geburtsgewichtsperzentile[12]		
< 10. Perzentile	15.791	17,37
10. - 90. Perzentile	66.149	72,76
> 90. Perzentile	8.974	9,87

[12] Für die Perzentilberechnung wurden die geschlechtsspezifischen Perzentilwerte für das Geburtsgewicht von Jungen und Mädchen für vollendete Schwangerschaftswochen nach Voigt et al. (2014) verwendet. Dabei werden Fälle mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 43+0 SSW berücksichtigt. Die Gesamtzahl kann aufgrund dessen von der ursprünglichen Gesamtzahl abweichen.

Grundlage zur Perzentilberechnung: Voigt, M; Rochow, N; Schneider, KTM; Hagenah, HP; Straube, S; Scholz, R; et al. (2014): Neue Perzentilwerte für die Körpermaße neugeborener Einlinge: Ergebnisse der deutschen Perinatalerhebung der Jahre 2007–2011 unter Beteiligung aller 16 Bundesländer. Z Geburtshilfe Neonatol 218(05): 210-217. DOI: 10.1055/s-0034-1385857.

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 91.144**	
Geburtsort		
(1) in Geburtsklinik	89.645	98,36
davon: Transport zur Neonatologie		
(0) kein Transport zur Neonatologie	11.491	12,82
(1) Transport ohne Kraftfahrzeug (Inborn)	67.376	75,16
(2) Transport mit Kraftfahrzeug (Outborn)	10.778	12,02
(2) in außerklinischer Geburtseinrichtung	805	0,88
(3) zu Hause	518	0,57
(9) sonstiges (z. B. während Transport)	176	0,19

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 91.144**	
Aufnahmestatus		
Inborn	73.291	80,41
Outborn	11.667	12,80
von zu Hause	2.487	2,73
Sekundäraufnahmen	3.086	3,39
Sonstiges	119	0,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
Aufnahmetemperatur		
< 32,0 °C	23	0,03
32,0 - 33,9 °C	173	0,19
34,0 - 35,9 °C	3.291	3,63
36,0 - 37,5 °C	77.746	85,71
> 37,5 °C	8.680	9,57

Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
Schädelsonogramm		
(0) nein	19.241	21,21
(1) ja	71.469	78,79
davon: Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie		
(0) nein	69.128	96,72
(1) IVH Grad I	1.224	1,71
(2) IVH Grad II	431	0,60
(3) IVH Grad III	349	0,49
(4) periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	337	0,47
davon: Status bei Aufnahme bei (1), (2), (3) oder (4)		
(1) IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	1.535	65,57
(2) IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor	806	34,43
davon: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)		
(0) nein	71.191	99,61
(1) ja	278	0,39
davon: Status bei Aufnahme		
(1) PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	189	67,99
(2) PVL lag bereits bei Aufnahme vor	89	32,01

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
ROP-Screening durchgeführt/vorhanden		
(0) nein	84.153	92,77
(1) ja, im aktuellen Aufenthalt	6.342	6,99
(2) ja, in einem vorherigen Aufenthalt	215	0,24
davon: Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)[13]		
(0) nein	4.845	73,89
(1) Stadium 1 (Demarkationslinie)	778	11,87
(2) Stadium 2 (Prominente Leiste)	525	8,01
(3) Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen)	400	6,10
(4) Stadium 4 (Partielle Amotio retinae)	8	0,12
(5) Stadium 5 (Totale Amotio retinae)	≤3	x
davon: ROP-Status bei Aufnahme bei (1), (2), (3), (4) oder (5)		
(1) ROP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	1.530	89,37
(2) ROP lag bereits bei Aufnahme vor	182	10,63

[13] maximales Stadium während des stationären Aufenthaltes

ROP-Screening nicht durchgeführt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die bei einem Gestationsalter von 22+0 bis 24+6 Wochen (bei Geburt) bei Entlassung ein postmenstruelles Alter von mindestens 31+6 Wochen (nach Geburt) aufweisen oder die bei einem Gestationsalter von 25+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) bei Entlassung mindestens 42 Lebenstage aufweisen, bei denen das ROP-Screening nicht in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt wurde	**N = 4.826**	
ROP-Screening nicht durchgeführt; nach Gestationsalter (in vollendeten Schwangerschaftswochen)		
22 SSW	0	0,00
23 SSW	9	0,19
24 SSW	16	0,33
25 SSW	12	0,25
26 SSW	22	0,46
27 SSW	24	0,50
28 SSW	40	0,83
29 SSW	71	1,47
30 SSW	121	2,51
Gesamt	315	6,53

Durchführung des ersten ROP-Screenings vor dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde	**N = 4.397**	
Erstes ROP-Screening bei Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 24+6 Wochen (bei Geburt) vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen (nach Geburt) oder bei Kindern mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) vor der 6. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 36) durchgeführt; nach Gestationsalter (in vollendeten Schwangerschaftswochen)[14]		
22 SSW	0	0,00
23 SSW	12	0,27
24 SSW	24	0,55
25 SSW	11	0,25
26 SSW	42	0,96
27 SSW	50	1,14
28 SSW	87	1,98
29 SSW	118	2,68
30 SSW	166	3,78
Gesamt	510	11,60

[14] Grundsätzlich sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42) erfolgen, aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen. Aktuelle Daten sprechen dafür, dass auch bei extrem unreifen Frühgeborenen die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh erfolgt (Maier et al. 2020).

Referenz:
Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand: 24.03.2020], Erstveröffentlichung: 06/1998, Überarbeitung von: 03/2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-010l_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2020-07.pdf (abgerufen am: 06.04.2022).

Durchführung des ersten ROP-Screenings nach dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde	**N = 4.397**	
Erstes ROP-Screening bei Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 24+6 Wochen (bei Geburt) nach einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen (nach Geburt) oder bei Kindern mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) nach der 6. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 42) durchgeführt; nach Gestationsalter (in vollendeten Schwangerschaftswochen)[15]		
22 SSW	21	0,48
23 SSW	82	1,86
24 SSW	183	4,16
25 SSW	230	5,23
26 SSW	114	2,59
27 SSW	134	3,05
28 SSW	139	3,16
29 SSW	140	3,18
30 SSW	103	2,34
Gesamt	1.146	26,06

[15] Grundsätzlich sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42) erfolgen, aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen. Aktuelle Daten sprechen dafür, dass auch bei extrem unreifen Frühgeborenen die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh erfolgt (Maier et al. 2020).

Referenz:
Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand: 24.03.2020], Erstveröffentlichung: 06/1998, Überarbeitung von: 03/2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-010l_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2020-07.pdf (abgerufen am: 06.04.2022).

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		
(0) nein	66.442	73,25
(1) ja	24.268	26,75
davon: Dauer der Sauerstoffzufuhr		
0 - 9 Tage	20.128	82,94
10 - 27 Tage	1.808	7,45
> 27 Tage	2.332	9,61
Beatmung (von mehr als 30 Minuten)		
(0) keine Atemhilfe	53.623	59,11
(1) nur nasale / pharyngeale Beatmung	29.987	33,06
(2) nur intratracheale Beatmung	1.073	1,18
(3) nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	6.027	6,64
davon: Beatmungsdauer bei (1), (2) oder (3)		
0 - 7 Tage	30.282	81,65
8 - 14 Tage	2.509	6,77
15 - 21 Tage	1.042	2,81
22 - 28 Tage	791	2,13
> 28 Tage	2.463	6,64

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)[16]		
(0) weder moderate noch schwere BPD	89.850	99,05
(2) moderate BPD	500	0,55
(3) schwere BPD	360	0,40
davon: Status bei Aufnahme bei (2) oder (3)		
(1) BPD ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	698	81,16
(2) BPD lag bereits bei Aufnahme vor	162	18,84

[16] mit erhöhtem Sauerstoffbedarf im Alter von 36+0 Wochen p. m.

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen bzw. nach Hause entlassene Kinder)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen p. m. oder nach Hause Entlassene)	**N = 87.856**	
Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		
(0) nein	65.277	74,30
(1) ja	22.579	25,70
davon: Dauer der Sauerstoffzufuhr		
0 - 9 Tage	18.898	83,70
10 - 27 Tage	1.549	6,86
> 27 Tage	2.132	9,44
Beatmung (von mehr als 30 Minuten)		
(0) keine Atemhilfe	52.933	60,25
(1) nur nasale / pharyngeale Beatmung	28.812	32,79
(2) nur intratracheale Beatmung	771	0,88
(3) nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	5.340	6,08
davon: Beatmungsdauer bei (1), (2) oder (3)		
0 - 7 Tage	28.850	82,61
8 - 14 Tage	2.234	6,40
15 - 21 Tage	888	2,54
22 - 28 Tage	696	1,99
> 28 Tage	2.255	6,46

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen bzw. nach Hause entlassene Kinder)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen p. m. oder nach Hause Entlassene)	**N = 87.856**	
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)[17]		
(0) weder moderate noch schwere BPD	87.101	99,14
(2) moderate BPD	445	0,51
(3) schwere BPD	310	0,35
davon: Status bei Aufnahme bei (2) oder (3)		
(1) BPD ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	658	87,15
(2) BPD lag bereits bei Aufnahme vor	97	12,85

[17] mit erhöhtem Sauerstoffbedarf im Alter von 36+0 Wochen p. m.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
Pneumothorax		
nein	89.320	98,47
ja, Pneumothorax	1.390	1,53
davon		
ja, ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	291	20,94
ja, nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	1.099	79,06
davon: Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax		
(1) während Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes aufgetreten	901	64,82
(2) bei Aufnahme aus dem Kreißsaal/der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes	373	26,83
(3) bei Verlegung aus der Neonatologie/Kinderklinik eines anderen Standortes schon bestehend	116	8,35
davon: Behandlung des Pneumothorax		
(0) nein, keine Punktion oder Drainage	584	42,01
(1) ja, Einmalpunktion	97	6,98
(2) ja, mehrere Punktionen oder Pleuradrainage	709	51,01

Pneumothorax mit Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	keine Atemhilfe	nur nasale / pharyngeale Beatmung	nur intra-tracheale Beatmung	nasale / pharyngeale und intra-tracheale Beatmung	Gesamt
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde					
Bund (gesamt)					
nein	53.573 **59,06 %**	29.385 **32,39 %**	981 **1,08 %**	5.381 **5,93 %**	89.320 **98,47 %**
ja, ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	35 **0,04 %**	186 **0,21 %**	10 **0,01 %**	60 **0,07 %**	291 **0,32 %**
ja, nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	15 **0,02 %**	416 **0,46 %**	82 **0,09 %**	586 **0,65 %**	1.099 **1,21 %**
Gesamt	53.623 **59,11 %**	29.987 **33,06 %**	1.073 **1,18 %**	6.027 **6,64 %**	90.710 **100,00 %**

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
Pneumonie		
(0) nein, keine Pneumonie während des stationären Aufenthalts	89.474	98,64
(1) ja, Pneumonie während des stationären Aufenthalts	1.236	1,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
Sepsis		
(0) nein	87.010	95,92
(1) ja	3.700	4,08
davon		
Beginn innerhalb von 72 Stunden nach Geburt	2.197	59,38
Beginn später als 72 Stunden nach Geburt	1.206	32,59
Perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)		
(0) nein	88.022	97,04
perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	2.688	2,96
davon		
(1) ja, ohne therapeutische Hypothermie	1.937	72,06
(2) ja, mit therapeutischer Hypothermie	751	27,94
davon: HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie) bei (1) oder (2)		
(0) nein	1.869	69,53
(1) ja	819	30,47
nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)		
(0) nein	90.338	99,59
(1) ja	372	0,41
davon		
(1) NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	307	82,53
(2) NEK lag bereits bei Aufnahme vor	65	17,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)		
(0) nein	90.484	99,75
(1) ja	226	0,25
davon		
(1) FIP/SIP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	192	84,96
(2) FIP/SIP lag bereits bei Aufnahme vor	34	15,04
Hörscreening		
(0) nein	4.475	4,93
(1) Hörscreening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt	82.778	91,26
(2) Hörscreening in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt	3.457	3,81

Operation(en) und Prozeduren

Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)		
(0) nein	90.405	99,66
OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)	305	0,34
davon		
(1) ja, Lasertherapie oder Kryotherapie	63	20,66
(2) ja, intravitreale Anti-VEGF-Therapie	226	74,10
(3) ja, sonstige	16	5,25
OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)		
(0) nein	90.463	99,73
OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)	247	0,27
davon		
(1) ja, Laparotomie	190	76,92
(2) ja, Drainage/Lavage	10	4,05
(3) ja, Drainage/Lavage und Laparotomie	47	19,03

Operation(en) und Prozeduren

Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 90.710**	
OP oder sonstige invasive Therapie einer fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP)[18]		
(0) nein	87.417	96,37
OP oder sonstige invasive Therapie einer fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP)	190	0,21
davon		
(1) ja, Laparotomie	161	84,74
(2) ja, Drainage/Lavage	8	4,21
(3) ja, Drainage/Lavage und Laparotomie	21	11,05
OP eines posthämorrhagischen Hydrozephalus		
(0) nein	90.442	99,70
(1) ja	268	0,30

[18] Aufgrund der Neueinführung des Datenfelds „OP oder sonstige invasive Therapie einer fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP)“ in der Spezifikation 2024 addieren sich die Anteile nicht auf 100 %, da für Überlieger (Aufnahme in 2023 und Entlassung in 2024) keine Informationen zu diesem Datenfeld vorhanden sind.

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde und die lebend entlassen oder verlegt wurden	**N = 89.632**	
Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung		
(1) ausschließlich mit Frauenmilch ernährt	44.367	49,50
(2) teilweise mit Frauenmilch ernährt	33.178	37,02
(3) ausschließlich mit Formula ernährt	12.087	13,49

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 91.144**	
Entlassungsgrund		
nach Hause entlassen	85.287	93,57
verlegt in andere Kinderklinik	3.529	3,87
verstorben	1.512	1,66
Mortalität und Lebenstage		
Verstorbene Kinder	1.512	1,66
davon		
≤ 7. Lebenstag	1.049	69,38
8. - 28. Lebenstag	275	18,19
≥ 29. Lebenstag	188	12,43

VLBW-Auswertung (Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g)

VLBW: Very Low Birth Weight

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g	**N = 8.345**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	1.137	13,62
1. Quartal	2.093	25,08
2. Quartal	2.151	25,78
3. Quartal	1.952	23,39
4. Quartal	1.012	12,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g	**N = 8.345**	
angeborene Erkrankungen		
(0) keine oder leichte angeborene Erkrankungen	7.948	95,24
(1) schwere oder letale angeborene Erkrankungen	397	4,76

Primärer Verzicht auf kurative Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g	**N = 8.345**	
Primärer Verzicht auf kurative Therapie		
Primär palliative Therapie (ab Geburt)	394	4,72
davon: Verstorben im Kreißsaal		
(1) ja	353	89,59

Aufnahme

In den nachfolgenden Auswertungen werden ausschließlich lebend geborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g berücksichtigt

Geburtsort nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	230 **100,00 %**	180 **100,00 %**	382 **100,00 %**	542 **100,00 %**	614 **100,00 %**	627 **100,00 %**	786 **100,00 %**	995 **100,00 %**	1.029 **100,00 %**	952 **100,00 %**	769 **100,00 %**	1.239 **100,00 %**
davon verstorben	230 **100,00 %**	143 **79,44 %**	133 **34,82 %**	99 **18,27 %**	101 **16,45 %**	49 **7,81 %**	39 **4,96 %**	43 **4,32 %**	30 **2,92 %**	15 **1,58 %**	15 **1,95 %**	40 **3,23 %**
Inborn	228 **99,13 %**	176 **97,78 %**	380 **99,48 %**	539 **99,45 %**	607 **98,86 %**	621 **99,04 %**	780 **99,24 %**	982 **98,69 %**	1.022 **99,32 %**	946 **99,37 %**	764 **99,35 %**	1.231 **99,35 %**
davon verstorben	228 **100,00 %**	140 **79,55 %**	131 **34,47 %**	99 **18,37 %**	98 **16,14 %**	48 **7,73 %**	37 **4,74 %**	42 **4,28 %**	30 **2,94 %**	15 **1,59 %**	14 **1,83 %**	39 **3,17 %**
Outborn	≤3 **x %**	4 **2,22 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	7 **1,14 %**	6 **0,96 %**	6 **0,76 %**	13 **1,31 %**	7 **0,68 %**	6 **0,63 %**	5 **0,65 %**	8 **0,65 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**

Geburtsort nach Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	720 **100,00 %**	1.408 **100,00 %**	1.670 **100,00 %**	2.051 **100,00 %**	2.496 **100,00 %**	8.345 **100,00 %**
davon verstorben	421 **58,47 %**	285 **20,24 %**	114 **6,83 %**	57 **2,78 %**	60 **2,40 %**	937 **11,23 %**
Inborn	715 **99,31 %**	1.398 **99,29 %**	1.660 **99,40 %**	2.024 **98,68 %**	2.479 **99,32 %**	8.276 **99,17 %**
davon verstorben	418 **58,46 %**	281 **20,10 %**	112 **6,75 %**	52 **2,57 %**	58 **2,34 %**	921 **11,13 %**
Outborn	5 **0,69 %**	10 **0,71 %**	10 **0,60 %**	27 **1,32 %**	17 **0,68 %**	69 **0,83 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	4 **40,00 %**	≤3 **x %**	5 **18,52 %**	≤3 **x %**	16 **23,19 %**

Aufnahmestatus nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[19]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	229 **100,00 %**	179 **100,00 %**	381 **100,00 %**	540 **100,00 %**	612 **100,00 %**	627 **100,00 %**	784 **100,00 %**	995 **100,00 %**	1.028 **100,00 %**	951 **100,00 %**	769 **100,00 %**	1.239 **100,00 %**
davon verstorben	229 **100,00 %**	143 **79,89 %**	132 **34,65 %**	97 **17,96 %**	99 **16,18 %**	49 **7,81 %**	38 **4,85 %**	43 **4,32 %**	30 **2,92 %**	15 **1,58 %**	15 **1,95 %**	40 **3,23 %**
Primäraufnahmen	229 **100,00 %**	172 **96,09 %**	327 **85,83 %**	477 **88,33 %**	540 **88,24 %**	579 **92,34 %**	718 **91,58 %**	900 **90,45 %**	954 **92,80 %**	877 **92,22 %**	729 **94,80 %**	1.185 **95,64 %**
davon verstorben	229 **100,00 %**	143 **83,14 %**	129 **39,45 %**	95 **19,92 %**	94 **17,41 %**	49 **8,46 %**	37 **5,15 %**	40 **4,44 %**	28 **2,94 %**	14 **1,60 %**	14 **1,92 %**	37 **3,12 %**
Sekundäraufnahmen	0 **0,00 %**	7 **3,91 %**	54 **14,17 %**	63 **11,67 %**	72 **11,76 %**	48 **7,66 %**	66 **8,42 %**	95 **9,55 %**	74 **7,20 %**	74 **7,78 %**	40 **5,20 %**	54 **4,36 %**
davon verstorben	0 **-**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **6,94 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**

[19] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Aufnahmestatus nach Geburtsgewicht[20]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	717 **100,00 %**	1.406 **100,00 %**	1.667 **100,00 %**	2.049 **100,00 %**	2.495 **100,00 %**	8.334 **100,00 %**
davon verstorben	419 **58,44 %**	283 **20,13 %**	112 **6,72 %**	56 **2,73 %**	60 **2,40 %**	930 **11,16 %**
Primäraufnahmen	669 **93,31 %**	1.257 **89,40 %**	1.521 **91,24 %**	1.883 **91,90 %**	2.357 **94,47 %**	7.687 **92,24 %**
davon verstorben	417 **62,33 %**	276 **21,96 %**	109 **7,17 %**	49 **2,60 %**	58 **2,46 %**	909 **11,83 %**
Sekundäraufnahmen	48 **6,69 %**	149 **10,60 %**	146 **8,76 %**	166 **8,10 %**	138 **5,53 %**	647 **7,76 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	7 **4,70 %**	≤3 **x %**	7 **4,22 %**	≤3 **x %**	21 **3,25 %**

[20] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Geburtsgewicht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	230 **100,00 %**	180 **100,00 %**	382 **100,00 %**	542 **100,00 %**	614 **100,00 %**	627 **100,00 %**	786 **100,00 %**	995 **100,00 %**	1.029 **100,00 %**	952 **100,00 %**	769 **100,00 %**	1.239 **100,00 %**
davon verstorben	230 **100,00 %**	143 **79,44 %**	133 **34,82 %**	99 **18,27 %**	101 **16,45 %**	49 **7,81 %**	39 **4,96 %**	43 **4,32 %**	30 **2,92 %**	15 **1,58 %**	15 **1,95 %**	40 **3,23 %**
< 500 g	222 **96,52 %**	103 **57,22 %**	135 **35,34 %**	107 **19,74 %**	68 **11,07 %**	47 **7,50 %**	19 **2,42 %**	9 **0,90 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **0,40 %**
davon verstorben	222 **100,00 %**	81 **78,64 %**	53 **39,26 %**	29 **27,10 %**	22 **32,35 %**	8 **17,02 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **-**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**
500 - 749 g	8 **3,48 %**	77 **42,78 %**	240 **62,83 %**	376 **69,37 %**	285 **46,42 %**	160 **25,52 %**	114 **14,50 %**	77 **7,74 %**	37 **3,60 %**	18 **1,89 %**	9 **1,17 %**	7 **0,56 %**
davon verstorben	8 **100,00 %**	62 **80,52 %**	78 **32,50 %**	59 **15,69 %**	44 **15,44 %**	18 **11,25 %**	5 **4,39 %**	5 **6,49 %**	4 **10,81 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**
750 - 999 g	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	5 **1,31 %**	58 **10,70 %**	250 **40,72 %**	341 **54,39 %**	339 **43,13 %**	289 **29,05 %**	175 **17,01 %**	115 **12,08 %**	54 **7,02 %**	44 **3,55 %**
davon verstorben	0 **-**	0 **-**	≤3 **x %**	11 **18,97 %**	33 **13,20 %**	17 **4,99 %**	20 **5,90 %**	17 **5,88 %**	7 **4,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**

Geburtsgewicht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
1000 - 1249 g	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	11 **1,79 %**	77 **12,28 %**	282 **35,88 %**	438 **44,02 %**	431 **41,89 %**	318 **33,40 %**	227 **29,52 %**	265 **21,39 %**
davon verstorben	0 -	0 -	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	5 **6,49 %**	12 **4,26 %**	12 **2,74 %**	7 **1,62 %**	≤3 **x %**	5 **2,20 %**	10 **3,77 %**
1250 - 1499 g	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	32 **4,07 %**	182 **18,29 %**	386 **37,51 %**	498 **52,31 %**	477 **62,03 %**	918 **74,09 %**
davon verstorben	0 -	0 -	0 **0,00 %**	0 -	0 -	≤3 **x %**	≤3 **x %**	7 **3,85 %**	12 **3,11 %**	7 **1,41 %**	6 **1,26 %**	26 **2,83 %**

Geburtsgewichtsperzentile nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[21]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	0 -	180 **100,00 %**	382 **100,00 %**	542 **100,00 %**	614 **100,00 %**	627 **100,00 %**	786 **100,00 %**	995 **100,00 %**	1.029 **100,00 %**	952 **100,00 %**	769 **100,00 %**	1.239 **100,00 %**
davon verstorben	0 -	143 **79,44 %**	133 **34,82 %**	99 **18,27 %**	101 **16,45 %**	49 **7,81 %**	39 **4,96 %**	43 **4,32 %**	30 **2,92 %**	15 **1,58 %**	15 **1,95 %**	40 **3,23 %**

Geburtsgewichtsperzentile nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[21]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
< 10. Perzentile	0 -	17 **9,44 %**	41 **10,73 %**	66 **12,18 %**	69 **11,24 %**	74 **11,80 %**	68 **8,65 %**	81 **8,14 %**	71 **6,90 %**	138 **14,50 %**	172 **22,37 %**	952 **76,84 %**
davon verstorben	0 -	15 **88,24 %**	22 **53,66 %**	23 **34,85 %**	24 **34,78 %**	11 **14,86 %**	≤3 **x %**	8 **9,88 %**	8 **11,27 %**	5 **3,62 %**	7 **4,07 %**	35 **3,68 %**
10 - 90. Perzentile	0 -	162 **90,00 %**	332 **86,91 %**	465 **85,79 %**	512 **83,39 %**	519 **82,78 %**	681 **86,64 %**	885 **88,94 %**	958 **93,10 %**	814 **85,50 %**	597 **77,63 %**	287 **23,16 %**
davon verstorben	0 -	127 **78,40 %**	109 **32,83 %**	76 **16,34 %**	74 **14,45 %**	34 **6,55 %**	35 **5,14 %**	34 **3,84 %**	22 **2,30 %**	10 **1,23 %**	8 **1,34 %**	5 **1,74 %**
> 90. Perzentile	0 -	≤3 **x %**	9 **2,36 %**	11 **2,03 %**	33 **5,37 %**	34 **5,42 %**	37 **4,71 %**	29 **2,91 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**
davon verstorben	0 -	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	4 **11,76 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **-**	0 **-**	0 **-**	0 **-**

[21] Für die Perzentilberechnung wurden die geschlechtsspezifischen Perzentilwerte für das Geburtsgewicht von Jungen und Mädchen für vollendete Schwangerschaftswochen nach Voigt et al. (2014) verwendet. Dabei werden Fälle mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 43+0 SSW berücksichtigt. Die Gesamtzahl kann aufgrund dessen von der ursprünglichen Gesamtzahl abweichen.

Grundlage zur Perzentilberechnung: Voigt, M; Rochow, N; Schneider, KTM; Hagenah, HP; Straube, S; Scholz, R; et al. (2014): Neue Perzentilwerte für die Körpermaße neugeborener Einlinge: Ergebnisse der deutschen Perinatalerhebung der Jahre 2007–2011 unter Beteiligung aller 16 Bundesländer. Z Geburtshilfe Neonatol 218(05): 210-217. DOI: 10.1055/s-0034-1385857.

Einlinge / Mehrlinge nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	230 **100,00 %**	180 **100,00 %**	382 **100,00 %**	542 **100,00 %**	614 **100,00 %**	627 **100,00 %**	786 **100,00 %**	995 **100,00 %**	1.029 **100,00 %**	952 **100,00 %**	769 **100,00 %**	1.239 **100,00 %**
davon verstorben	230 **100,00 %**	143 **79,44 %**	133 **34,82 %**	99 **18,27 %**	101 **16,45 %**	49 **7,81 %**	39 **4,96 %**	43 **4,32 %**	30 **2,92 %**	15 **1,58 %**	15 **1,95 %**	40 **3,23 %**
Einlinge	172 **74,78 %**	147 **81,67 %**	294 **76,96 %**	405 **74,72 %**	460 **74,92 %**	501 **79,90 %**	545 **69,34 %**	690 **69,35 %**	707 **68,71 %**	658 **69,12 %**	512 **66,58 %**	836 **67,47 %**
davon verstorben	172 **100,00 %**	121 **82,31 %**	96 **32,65 %**	79 **19,51 %**	81 **17,61 %**	44 **8,78 %**	29 **5,32 %**	25 **3,62 %**	22 **3,11 %**	12 **1,82 %**	10 **1,95 %**	32 **3,83 %**
Zwillinge	53 **23,04 %**	27 **15,00 %**	86 **22,51 %**	124 **22,88 %**	146 **23,78 %**	116 **18,50 %**	214 **27,23 %**	264 **26,53 %**	286 **27,79 %**	250 **26,26 %**	212 **27,57 %**	378 **30,51 %**
davon verstorben	53 **100,00 %**	16 **59,26 %**	37 **43,02 %**	20 **16,13 %**	20 **13,70 %**	5 **4,31 %**	9 **4,21 %**	15 **5,68 %**	5 **1,75 %**	≤3 **x %**	4 **1,89 %**	8 **2,12 %**
≥ Drillinge	5 **2,17 %**	6 **3,33 %**	≤3 **x %**	13 **2,40 %**	8 **1,30 %**	10 **1,59 %**	27 **3,44 %**	41 **4,12 %**	36 **3,50 %**	44 **4,62 %**	45 **5,85 %**	25 **2,02 %**
davon verstorben	5 **100,00 %**	6 **100,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**

Geschlecht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	230 **100,00 %**	180 **100,00 %**	382 **100,00 %**	542 **100,00 %**	614 **100,00 %**	627 **100,00 %**	786 **100,00 %**	995 **100,00 %**	1.029 **100,00 %**	952 **100,00 %**	769 **100,00 %**	1.239 **100,00 %**
davon verstorben	230 **100,00 %**	143 **79,44 %**	133 **34,82 %**	99 **18,27 %**	101 **16,45 %**	49 **7,81 %**	39 **4,96 %**	43 **4,32 %**	30 **2,92 %**	15 **1,58 %**	15 **1,95 %**	40 **3,23 %**
männlich	141 **61,30 %**	101 **56,11 %**	197 **51,57 %**	277 **51,11 %**	339 **55,21 %**	339 **54,07 %**	420 **53,44 %**	558 **56,08 %**	531 **51,60 %**	495 **52,00 %**	353 **45,90 %**	547 **44,15 %**
davon verstorben	141 **100,00 %**	77 **76,24 %**	77 **39,09 %**	54 **19,49 %**	54 **15,93 %**	31 **9,14 %**	23 **5,48 %**	31 **5,56 %**	15 **2,82 %**	10 **2,02 %**	8 **2,27 %**	19 **3,47 %**
weiblich	89 **38,70 %**	79 **43,89 %**	185 **48,43 %**	265 **48,89 %**	275 **44,79 %**	288 **45,93 %**	366 **46,56 %**	436 **43,82 %**	498 **48,40 %**	457 **48,00 %**	416 **54,10 %**	692 **55,85 %**
davon verstorben	89 **100,00 %**	66 **83,54 %**	56 **30,27 %**	45 **16,98 %**	47 **17,09 %**	18 **6,25 %**	16 **4,37 %**	11 **2,52 %**	15 **3,01 %**	5 **1,09 %**	7 **1,68 %**	21 **3,03 %**
divers	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**
davon verstorben	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	≤3 **x %**	0 -	0 -	0 -	0 -

Geschlecht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
unbestimmt	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**
davon verstorben	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -

Aufnahmetemperatur nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen[22]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	80 **100,00 %**	346 **100,00 %**	536 **100,00 %**	608 **100,00 %**	623 **100,00 %**	781 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.025 **100,00 %**	950 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.942 **100,00 %**
davon verstorben	44 **55,00 %**	97 **28,03 %**	93 **17,35 %**	95 **15,63 %**	45 **7,22 %**	35 **4,48 %**	40 **4,03 %**	27 **2,63 %**	14 **1,47 %**	14 **1,82 %**	34 **2,76 %**	538 **6,77 %**
Primäraufnahmen	73 **91,25 %**	292 **84,39 %**	473 **88,25 %**	536 **88,16 %**	575 **92,30 %**	715 **91,55 %**	897 **90,42 %**	951 **92,78 %**	876 **92,21 %**	728 **94,79 %**	1.179 **95,62 %**	7.295 **91,85 %**
davon verstorben	44 **60,27 %**	94 **32,19 %**	91 **19,24 %**	90 **16,79 %**	45 **7,83 %**	34 **4,76 %**	37 **4,12 %**	25 **2,63 %**	13 **1,48 %**	13 **1,79 %**	31 **2,63 %**	517 **7,09 %**
davon < 32,0 °C	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**
davon verstorben	0 -	0 -	0 -	≤3 **x %**	0 -	0 -	0 -	0 -	0 **0,00 %**	0 -	0 -	≤3 **x %**
davon 32,0 - 33,9 °C	≤3 **x %**	4 **1,37 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	16 **0,22 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 -	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 -	0 **0,00 %**	0 -	≤3 **x %**	8 **50,00 %**

Aufnahmetemperatur nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen[22]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon 34,0 - 35,9 °C	15 **20,55 %**	41 **14,04 %**	45 **9,51 %**	34 **6,34 %**	24 **4,17 %**	24 **3,36 %**	23 **2,56 %**	29 **3,05 %**	40 **4,57 %**	21 **2,88 %**	42 **3,56 %**	338 **4,63 %**
davon verstorben	9 **60,00 %**	15 **36,59 %**	15 **33,33 %**	7 **20,59 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	4 **17,39 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	59 **17,46 %**
davon 36,0 - 37,5 °C	39 **53,42 %**	209 **71,58 %**	379 **80,13 %**	437 **81,53 %**	464 **80,70 %**	598 **83,64 %**	732 **81,61 %**	787 **82,75 %**	722 **82,42 %**	656 **90,11 %**	1.069 **90,67 %**	6.092 **83,51 %**
davon verstorben	18 **46,15 %**	60 **28,71 %**	63 **16,62 %**	66 **15,10 %**	32 **6,90 %**	27 **4,52 %**	24 **3,28 %**	18 **2,29 %**	10 **1,39 %**	10 **1,52 %**	21 **1,96 %**	349 **5,73 %**
davon > 37,5 °C	≤3 **x %**	25 **8,56 %**	45 **9,51 %**	54 **10,07 %**	80 **13,91 %**	87 **12,17 %**	131 **14,60 %**	130 **13,67 %**	109 **12,44 %**	48 **6,59 %**	57 **4,83 %**	769 **10,54 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	4 **16,00 %**	10 **22,22 %**	9 **16,67 %**	5 **6,25 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	41 **5,33 %**

[22] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde und unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges".

Diagnostik und Therapie

In den nachfolgenden Auswertungen werden ausschließlich lebend geborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g berücksichtigt

Operationen nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[23]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
davon verstorben	44 **54,32 %**	98 **28,24 %**	94 **17,50 %**	97 **15,90 %**	45 **7,22 %**	36 **4,60 %**	40 **4,03 %**	27 **2,63 %**	14 **1,47 %**	14 **1,82 %**	34 **2,76 %**	543 **6,83 %**
Operation einer ROP	19 **23,46 %**	56 **16,14 %**	81 **15,08 %**	48 **7,87 %**	31 **4,98 %**	11 **1,40 %**	6 **0,60 %**	≤3 **x %**	4 **0,42 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	258 **3,24 %**
davon verstorben	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **-**	0 **-**	6 **2,33 %**
OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK	0 **0,00 %**	18 **5,19 %**	28 **5,21 %**	38 **6,23 %**	21 **3,37 %**	21 **2,68 %**	17 **1,71 %**	9 **0,88 %**	7 **0,74 %**	≤3 **x %**	4 **0,32 %**	166 **2,09 %**
davon verstorben	0 **-**	9 **50,00 %**	9 **32,14 %**	13 **34,21 %**	4 **19,05 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	4 **44,44 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	49 **29,52 %**
OP oder sonstige invasive Therapie einer FIP / SIP	10 **12,35 %**	25 **7,20 %**	25 **4,66 %**	21 **3,44 %**	14 **2,25 %**	16 **2,04 %**	11 **1,11 %**	6 **0,58 %**	5 **0,53 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	136 **1,71 %**
davon verstorben	4 **40,00 %**	7 **28,00 %**	8 **32,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **-**	0 **0,00 %**	28 **20,59 %**

Operationen nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[23]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus	≤3 **x %**	18 **5,19 %**	16 **2,98 %**	14 **2,30 %**	18 **2,89 %**	18 **2,30 %**	10 **1,01 %**	9 **0,88 %**	5 **0,53 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	113 **1,42 %**
davon verstorben	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	5 **4,42 %**

[23] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde. Mehrfachnennung möglich

Sauerstoffzufuhr und Beatmung nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[24]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**

Sauerstoffzufuhr und Beatmung nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[24]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	22 **27,16 %**	161 **46,40 %**	333 **62,01 %**	434 **71,15 %**	522 **83,79 %**	701 **89,53 %**	915 **92,24 %**	973 **94,83 %**	915 **96,21 %**	745 **97,01 %**	1.182 **95,86 %**	6.903 **86,82 %**
davon O2-Zufuhr	22 **100,00 %**	137 **85,09 %**	311 **93,39 %**	387 **89,17 %**	461 **88,31 %**	591 **84,31 %**	720 **78,69 %**	717 **73,69 %**	607 **66,34 %**	381 **51,14 %**	361 **30,54 %**	4.695 **68,01 %**
davon Beatmete Kinder	22 **100,00 %**	147 **91,30 %**	325 **97,60 %**	419 **96,54 %**	497 **95,21 %**	672 **95,86 %**	860 **93,99 %**	940 **96,61 %**	856 **93,55 %**	665 **89,26 %**	790 **66,84 %**	6.193 **89,71 %**
davon nur nasale / pharyngeale Beatmung	≤3 **x %**	24 **16,33 %**	77 **23,69 %**	167 **39,86 %**	239 **48,09 %**	391 **58,18 %**	576 **66,98 %**	712 **75,74 %**	715 **83,53 %**	593 **89,17 %**	714 **90,38 %**	4.211 **68,00 %**
davon nur intratracheale Beatmung	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **1,01 %**	4 **0,60 %**	5 **0,58 %**	≤3 **x %**	6 **0,70 %**	6 **0,90 %**	8 **1,01 %**	40 **0,65 %**
davon nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	18 **81,82 %**	123 **83,67 %**	247 **76,00 %**	251 **59,90 %**	253 **50,91 %**	277 **41,22 %**	279 **32,44 %**	225 **23,94 %**	135 **15,77 %**	66 **9,92 %**	68 **8,61 %**	1.942 **31,36 %**
davon Kinder ohne Atemhilfe	0 **0,00 %**	14 **8,70 %**	8 **2,40 %**	15 **3,46 %**	25 **4,79 %**	29 **4,14 %**	55 **6,01 %**	33 **3,39 %**	59 **6,45 %**	80 **10,74 %**	392 **33,16 %**	710 **10,29 %**

[24] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Dauer der Sauerstoffzufuhr nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[25]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	22 **27,16 %**	161 **46,40 %**	333 **62,01 %**	434 **71,15 %**	522 **83,79 %**	701 **89,53 %**	915 **92,24 %**	973 **94,83 %**	915 **96,21 %**	745 **97,01 %**	1.182 **95,86 %**	6.903 **86,82 %**
davon O2-Zufuhr	22 **100,00 %**	137 **85,09 %**	311 **93,39 %**	387 **89,17 %**	461 **88,31 %**	591 **84,31 %**	720 **78,69 %**	717 **73,69 %**	607 **66,34 %**	381 **51,14 %**	361 **30,54 %**	4.695 **68,01 %**
davon 0 - 7 Tage	0 **0,00 %**	7 **5,11 %**	22 **7,07 %**	47 **12,14 %**	97 **21,04 %**	208 **35,19 %**	406 **56,39 %**	505 **70,43 %**	488 **80,40 %**	331 **86,88 %**	314 **86,98 %**	2.425 **51,65 %**
davon 8 - 14 Tage	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	10 **3,22 %**	23 **5,94 %**	18 **3,90 %**	40 **6,77 %**	32 **4,44 %**	44 **6,14 %**	31 **5,11 %**	16 **4,20 %**	20 **5,54 %**	236 **5,03 %**
davon 15 - 21 Tage	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **1,61 %**	19 **4,91 %**	32 **6,94 %**	30 **5,08 %**	46 **6,39 %**	43 **6,00 %**	27 **4,45 %**	7 **1,84 %**	9 **2,49 %**	222 **4,73 %**
davon 22 - 28 Tage	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	11 **3,54 %**	31 **8,01 %**	39 **8,46 %**	70 **11,84 %**	59 **8,19 %**	45 **6,28 %**	25 **4,12 %**	10 **2,62 %**	7 **1,94 %**	299 **6,37 %**

Dauer der Sauerstoffzufuhr nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[25]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon > 28 Tage	20 **90,91 %**	124 **90,51 %**	263 **84,57 %**	267 **68,99 %**	275 **59,65 %**	243 **41,12 %**	177 **24,58 %**	80 **11,16 %**	36 **5,93 %**	17 **4,46 %**	11 **3,05 %**	1.513 **32,23 %**

[25] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Dauer der Beatmungsart nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Nasale / pharyngeale Beatmung[26]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	22 **27,16 %**	161 **46,40 %**	333 **62,01 %**	434 **71,15 %**	522 **83,79 %**	701 **89,53 %**	915 **92,24 %**	973 **94,83 %**	915 **96,21 %**	745 **97,01 %**	1.182 **95,86 %**	6.903 **86,82 %**

Dauer der Beatmungsart nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Nasale / pharyngeale Beatmung[26]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon nur nasale / pharyngeale Beatmung	≤3 **x %**	24 **14,91 %**	77 **23,12 %**	167 **38,48 %**	239 **45,79 %**	391 **55,78 %**	576 **62,95 %**	712 **73,18 %**	715 **78,14 %**	593 **79,60 %**	714 **60,41 %**	4.211 **61,00 %**
davon 0 - 7 Tage	0 **0,00 %**	11 **45,83 %**	7 **9,09 %**	8 **4,79 %**	5 **2,09 %**	19 **4,86 %**	54 **9,38 %**	120 **16,85 %**	230 **32,17 %**	350 **59,02 %**	550 **77,03 %**	1.354 **32,15 %**
davon 8 - 14 Tage	0 **0,00 %**	4 **16,67 %**	4 **5,19 %**	6 **3,59 %**	7 **2,93 %**	15 **3,84 %**	43 **7,47 %**	124 **17,42 %**	198 **27,69 %**	114 **19,22 %**	103 **14,43 %**	618 **14,68 %**
davon 15 - 21 Tage	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	7 **2,93 %**	20 **5,12 %**	66 **11,46 %**	104 **14,61 %**	99 **13,85 %**	70 **11,80 %**	24 **3,36 %**	395 **9,38 %**
davon 22 - 28 Tage	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	4 **5,19 %**	14 **8,38 %**	11 **4,60 %**	33 **8,44 %**	74 **12,85 %**	121 **16,99 %**	80 **11,19 %**	30 **5,06 %**	19 **2,66 %**	387 **9,19 %**
davon > 28 Tage	≤3 **x %**	8 **33,33 %**	60 **77,92 %**	137 **82,04 %**	209 **87,45 %**	304 **77,75 %**	339 **58,85 %**	243 **34,13 %**	108 **15,10 %**	29 **4,89 %**	18 **2,52 %**	1.457 **34,60 %**

[26] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Intratracheale Beatmung[27]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	22 **27,16 %**	161 **46,40 %**	333 **62,01 %**	434 **71,15 %**	522 **83,79 %**	701 **89,53 %**	915 **92,24 %**	973 **94,83 %**	915 **96,21 %**	745 **97,01 %**	1.182 **95,86 %**	6.903 **86,82 %**
davon Intratracheale Beatmung[29]	19 **86,36 %**	123 **76,40 %**	248 **74,47 %**	252 **58,06 %**	258 **49,43 %**	281 **40,09 %**	284 **31,04 %**	228 **23,43 %**	141 **15,41 %**	72 **9,66 %**	76 **6,43 %**	1.982 **28,71 %**
davon 0 - 7 Tage	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	5 **2,02 %**	≤3 **x %**	4 **1,55 %**	8 **2,85 %**	16 **5,63 %**	25 **10,96 %**	23 **16,31 %**	25 **34,72 %**	38 **50,00 %**	147 **7,42 %**
davon 8 - 14 Tage	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	4 **1,59 %**	≤3 **x %**	6 **2,14 %**	12 **4,23 %**	23 **10,09 %**	30 **21,28 %**	12 **16,67 %**	12 **15,79 %**	101 **5,10 %**
davon 15 - 21 Tage	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	4 **1,55 %**	7 **2,49 %**	22 **7,75 %**	23 **10,09 %**	12 **8,51 %**	9 **12,50 %**	4 **5,26 %**	83 **4,19 %**
davon 22 - 28 Tage	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	6 **2,38 %**	0 **0,00 %**	6 **2,14 %**	31 **10,92 %**	32 **14,04 %**	25 **17,73 %**	10 **13,89 %**	5 **6,58 %**	117 **5,90 %**

Intratracheale Beatmung[27]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon > 28 Tage	18 **94,74 %**	123 **100,00 %**	240 **96,77 %**	239 **94,84 %**	248 **96,12 %**	254 **90,39 %**	203 **71,48 %**	125 **54,82 %**	51 **36,17 %**	16 **22,22 %**	17 **22,37 %**	1.534 **77,40 %**

[27] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

[29] intratracheale Beatmung oder nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung

Pneumothorax nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[30]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
kein Pneumothorax	67 **82,72 %**	325 **93,66 %**	502 **93,48 %**	580 **95,08 %**	599 **96,15 %**	739 **94,38 %**	957 **96,47 %**	990 **96,49 %**	916 **96,32 %**	752 **97,92 %**	1.218 **98,78 %**	7.645 **96,15 %**
Pneumothorax	14 **17,28 %**	22 **6,34 %**	35 **6,52 %**	30 **4,92 %**	24 **3,85 %**	44 **5,62 %**	35 **3,53 %**	36 **3,51 %**	35 **3,68 %**	16 **2,08 %**	15 **1,22 %**	306 **3,85 %**
davon ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	4 **11,43 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	17 **5,56 %**
davon nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	14 **100,00 %**	21 **95,45 %**	35 **100,00 %**	29 **96,67 %**	21 **87,50 %**	43 **97,73 %**	35 **100,00 %**	33 **91,67 %**	31 **88,57 %**	14 **87,50 %**	13 **86,67 %**	289 **94,44 %**

[30] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

© IQTIG 2025

Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[31]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
weder moderate noch schwere BPD	59 **72,84 %**	230 **66,28 %**	354 **65,92 %**	478 **78,36 %**	510 **81,86 %**	692 **88,38 %**	940 **94,76 %**	990 **96,49 %**	932 **98,00 %**	757 **98,57 %**	1.223 **99,19 %**	7.165 **90,11 %**
BPD	22 **27,16 %**	117 **33,72 %**	183 **34,08 %**	132 **21,64 %**	113 **18,14 %**	91 **11,62 %**	52 **5,24 %**	36 **3,51 %**	19 **2,00 %**	11 **1,43 %**	10 **0,81 %**	786 **9,89 %**
davon moderate BPD	14 **63,64 %**	49 **41,88 %**	97 **53,01 %**	75 **56,82 %**	74 **65,49 %**	61 **67,03 %**	36 **69,23 %**	23 **63,89 %**	14 **73,68 %**	9 **81,82 %**	6 **60,00 %**	458 **58,27 %**
davon schwere BPD	8 **36,36 %**	68 **58,12 %**	86 **46,99 %**	57 **43,18 %**	39 **34,51 %**	30 **32,97 %**	16 **30,77 %**	13 **36,11 %**	5 **26,32 %**	≤3 **x %**	4 **40,00 %**	328 **41,73 %**
davon BPD ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	14 **63,64 %**	95 **81,20 %**	153 **83,61 %**	109 **82,58 %**	98 **86,73 %**	80 **87,91 %**	46 **88,46 %**	30 **83,33 %**	13 **68,42 %**	9 **81,82 %**	8 **80,00 %**	655 **83,33 %**
davon BPD lag bereits bei Aufnahme vor	8 **36,36 %**	22 **18,80 %**	30 **16,39 %**	23 **17,42 %**	15 **13,27 %**	11 **12,09 %**	6 **11,54 %**	6 **16,67 %**	6 **31,58 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	131 **16,67 %**

[31] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Sepsis/Pneumonie nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[32]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
Keine Sepsis	55 **67,90 %**	230 **66,28 %**	364 **67,78 %**	441 **72,30 %**	497 **79,78 %**	691 **88,25 %**	883 **89,01 %**	949 **92,50 %**	895 **94,11 %**	730 **95,05 %**	1.188 **96,35 %**	6.923 **87,07 %**
Sepsis	26 **32,10 %**	117 **33,72 %**	173 **32,22 %**	169 **27,70 %**	126 **20,22 %**	92 **11,75 %**	109 **10,99 %**	77 **7,50 %**	56 **5,89 %**	38 **4,95 %**	45 **3,65 %**	1.028 **12,93 %**
davon innerhalb 72 Stunden nach Geburt	7 **26,92 %**	29 **24,79 %**	43 **24,86 %**	46 **27,22 %**	36 **28,57 %**	19 **20,65 %**	39 **35,78 %**	30 **38,96 %**	21 **37,50 %**	5 **13,16 %**	12 **26,67 %**	287 **27,92 %**
davon später als 72 Stunden nach Geburt	19 **73,08 %**	85 **72,65 %**	128 **73,99 %**	119 **70,41 %**	90 **71,43 %**	66 **71,74 %**	67 **61,47 %**	46 **59,74 %**	34 **60,71 %**	33 **86,84 %**	29 **64,44 %**	716 **69,65 %**
Keine Pneumonie	78 **96,30 %**	329 **94,81 %**	508 **94,60 %**	585 **95,90 %**	604 **96,95 %**	768 **98,08 %**	977 **98,49 %**	1.018 **99,22 %**	943 **99,16 %**	761 **99,09 %**	1.225 **99,35 %**	7.796 **98,05 %**
Pneumonie	≤3 **x %**	18 **5,19 %**	29 **5,40 %**	25 **4,10 %**	19 **3,05 %**	15 **1,92 %**	15 **1,51 %**	8 **0,78 %**	8 **0,84 %**	7 **0,91 %**	8 **0,65 %**	155 **1,95 %**

[32] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[33]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
Keine Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	80 **98,77 %**	323 **93,08 %**	500 **93,11 %**	559 **91,64 %**	591 **94,86 %**	756 **96,55 %**	964 **97,18 %**	1.009 **98,34 %**	939 **98,74 %**	763 **99,35 %**	1.225 **99,35 %**	7.709 **96,96 %**
Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	≤3 **x %**	24 **6,92 %**	37 **6,89 %**	51 **8,36 %**	32 **5,14 %**	27 **3,45 %**	28 **2,82 %**	17 **1,66 %**	12 **1,26 %**	5 **0,65 %**	8 **0,65 %**	242 **3,04 %**

[33] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[34]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	530 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
Keine fokale intestinale Perforation (FIP) / keine singuläre intestinale Perforation (SIP)	68 **83,95 %**	305 **87,90 %**	498 **92,74 %**	585 **95,90 %**	606 **97,27 %**	767 **97,96 %**	978 **98,59 %**	1.019 **99,32 %**	945 **99,37 %**	768 **100,00 %**	528 **99,62 %**	7.769 **97,71 %**
Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	13 **16,05 %**	42 **12,10 %**	39 **7,26 %**	25 **4,10 %**	17 **2,73 %**	16 **2,04 %**	14 **1,41 %**	7 **0,68 %**	6 **0,63 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	182 **2,29 %**
davon erstmalig aufgetreten während des stationären Aufenthaltes	11 **84,62 %**	38 **90,48 %**	36 **92,31 %**	24 **96,00 %**	14 **82,35 %**	13 **81,25 %**	13 **92,86 %**	6 **85,71 %**	4 **66,67 %**	0 **-**	≤3 **x %**	161 **88,46 %**
davon bereits bei Aufnahme vorliegend	≤3 **x %**	4 **9,52 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **-**	≤3 **x %**	21 **11,54 %**

[34] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Schädelsonogramm nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[35]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
Kinder mit Verweildauer > 2 Tage	58 **71,60 %**	307 **88,47 %**	509 **94,79 %**	585 **95,90 %**	610 **97,91 %**	763 **97,45 %**	978 **98,59 %**	1.012 **98,64 %**	947 **99,58 %**	761 **99,09 %**	1.217 **98,70 %**	7.747 **97,43 %**
davon Schädelsonogramm durchgeführt	57 **98,28 %**	298 **97,07 %**	499 **98,04 %**	582 **99,49 %**	604 **99,02 %**	749 **98,17 %**	967 **98,88 %**	1.002 **99,01 %**	930 **98,20 %**	750 **98,55 %**	1.187 **97,53 %**	7.625 **98,43 %**
davon keine IVH[39]	28 **49,12 %**	173 **58,05 %**	332 **66,53 %**	418 **71,82 %**	470 **77,81 %**	589 **78,64 %**	816 **84,38 %**	896 **89,42 %**	874 **93,98 %**	717 **95,60 %**	1.140 **96,04 %**	6.453 **84,63 %**
davon IVH Grad I	≤3 **x %**	25 **8,39 %**	53 **10,62 %**	43 **7,39 %**	46 **7,62 %**	67 **8,95 %**	70 **7,24 %**	54 **5,39 %**	33 **3,55 %**	22 **2,93 %**	30 **2,53 %**	445 **5,84 %**
davon IVH Grad II	6 **10,53 %**	30 **10,07 %**	46 **9,22 %**	39 **6,70 %**	41 **6,79 %**	39 **5,21 %**	40 **4,14 %**	23 **2,30 %**	11 **1,18 %**	6 **0,80 %**	7 **0,59 %**	288 **3,78 %**
davon IVH Grad III	10 **17,54 %**	44 **14,77 %**	43 **8,62 %**	45 **7,73 %**	32 **5,30 %**	20 **2,67 %**	20 **2,07 %**	21 **2,10 %**	9 **0,97 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	248 **3,25 %**
davon PVH[40]	11 **19,30 %**	26 **8,72 %**	25 **5,01 %**	37 **6,36 %**	15 **2,48 %**	34 **4,54 %**	21 **2,17 %**	8 **0,80 %**	≤3 **x %**	4 **0,53 %**	7 **0,59 %**	191 **2,50 %**

Schädelsonogramm nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[35]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon PVL[41]	4 **7,02 %**	14 **4,70 %**	20 **4,01 %**	16 **2,75 %**	19 **3,15 %**	17 **2,27 %**	25 **2,59 %**	23 **2,30 %**	12 **1,29 %**	5 **0,67 %**	7 **0,59 %**	162 **2,12 %**

[35] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

[39] IVH: Intraventrikuläre Hämorrhagie

[40] PVH: Periventrikuläre Hämorrhagie

[41] PVL: Zystische periventrikuläre Leukomalazie

ROP-Screening nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

ROP-Screening[42]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
Kinder stationär versorgt innerhalb der ersten 6 Wochen[44]	40 **49,38 %**	244 **70,32 %**	426 **79,33 %**	494 **80,98 %**	560 **89,89 %**	706 **90,17 %**	873 **88,00 %**	867 **84,50 %**	642 **67,51 %**	285 **37,11 %**	211 **17,11 %**	5.348 **67,26 %**
davon ROP-Screening durchgeführt	36 **90,00 %**	228 **93,44 %**	406 **95,31 %**	481 **97,37 %**	537 **95,89 %**	680 **96,32 %**	829 **94,96 %**	800 **92,27 %**	554 **86,29 %**	163 **57,19 %**	84 **39,81 %**	4.798 **89,72 %**

[42] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

[44] stationär versorgt bis bzw. über den 42. Lebenstag hinaus

Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)[45]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
ROP-Screening durchgeführt	36 **44,44 %**	229 **65,99 %**	407 **75,79 %**	481 **78,85 %**	540 **86,68 %**	683 **87,23 %**	840 **84,68 %**	846 **82,46 %**	691 **72,66 %**	236 **30,73 %**	153 **12,41 %**	5.142 **64,67 %**
davon keine ROP	6 **16,67 %**	42 **18,34 %**	123 **30,22 %**	211 **43,87 %**	323 **59,81 %**	482 **70,57 %**	631 **75,12 %**	716 **84,63 %**	613 **88,71 %**	206 **87,29 %**	136 **88,89 %**	3.489 **67,85 %**
davon ROP Stadium 1	≤3 **x %**	42 **18,34 %**	76 **18,67 %**	97 **20,17 %**	98 **18,15 %**	115 **16,84 %**	129 **15,36 %**	89 **10,52 %**	61 **8,83 %**	22 **9,32 %**	10 **6,54 %**	740 **14,39 %**
davon ROP Stadium 2	5 **13,89 %**	55 **24,02 %**	96 **23,59 %**	98 **20,37 %**	75 **13,89 %**	64 **9,37 %**	63 **7,50 %**	35 **4,14 %**	10 **1,45 %**	7 **2,97 %**	4 **2,61 %**	512 **9,96 %**
davon ROP Stadium 3	24 **66,67 %**	87 **37,99 %**	108 **26,54 %**	74 **15,38 %**	44 **8,15 %**	22 **3,22 %**	16 **1,90 %**	6 **0,71 %**	7 **1,01 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	392 **7,62 %**
davon ROP Stadium 4	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	8 **0,16 %**
davon ROP Stadium 5	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**

[45] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

© IQTIG 2025

Hörscreening nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[46]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	81 **100,00 %**	347 **100,00 %**	537 **100,00 %**	610 **100,00 %**	623 **100,00 %**	783 **100,00 %**	992 **100,00 %**	1.026 **100,00 %**	951 **100,00 %**	768 **100,00 %**	1.233 **100,00 %**	7.951 **100,00 %**
davon Hörscreening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt	24 **29,63 %**	187 **53,89 %**	368 **68,53 %**	448 **73,44 %**	524 **84,11 %**	665 **84,93 %**	845 **85,18 %**	923 **89,96 %**	854 **89,80 %**	706 **91,93 %**	1.110 **90,02 %**	6.654 **83,69 %**
davon Hörscreening in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt	≤3 **x %**	13 **3,75 %**	16 **2,98 %**	17 **2,79 %**	18 **2,89 %**	19 **2,43 %**	31 **3,13 %**	19 **1,85 %**	24 **2,52 %**	14 **1,82 %**	36 **2,92 %**	209 **2,63 %**
nach Hause entlassene Kinder	23 **28,40 %**	165 **47,55 %**	334 **62,20 %**	419 **68,69 %**	498 **79,94 %**	631 **80,59 %**	814 **82,06 %**	891 **86,84 %**	834 **87,70 %**	690 **89,84 %**	1.105 **89,62 %**	6.404 **80,54 %**
davon Hörscreening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt	21 **91,30 %**	156 **94,55 %**	324 **97,01 %**	407 **97,14 %**	486 **97,59 %**	607 **96,20 %**	781 **95,95 %**	874 **98,09 %**	803 **96,28 %**	668 **96,81 %**	1.067 **96,56 %**	6.194 **96,72 %**
davon Hörscreening in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt	0 **0,00 %**	6 **3,64 %**	6 **1,80 %**	8 **1,91 %**	8 **1,61 %**	15 **2,38 %**	27 **3,32 %**	14 **1,57 %**	21 **2,52 %**	13 **1,88 %**	27 **2,44 %**	145 **2,26 %**

[46] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

© IQTIG 2025

Entlassung

In den nachfolgenden Auswertungen werden ausschließlich lebend geborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g berücksichtigt

Entlassung nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	230 **100,00 %**	180 **100,00 %**	382 **100,00 %**	542 **100,00 %**	614 **100,00 %**	627 **100,00 %**	786 **100,00 %**	995 **100,00 %**	1.029 **100,00 %**	952 **100,00 %**	769 **100,00 %**	1.239 **100,00 %**
nach Hause entlassen	0 **0,00 %**	23 **12,78 %**	165 **43,19 %**	334 **61,62 %**	419 **68,24 %**	498 **79,43 %**	631 **80,28 %**	814 **81,81 %**	891 **86,59 %**	834 **87,61 %**	690 **89,73 %**	1.105 **89,18 %**
davon mit Sauerstoffbedarf bei Entlassung	0 **-**	5 **21,74 %**	38 **23,03 %**	45 **13,47 %**	41 **9,79 %**	29 **5,82 %**	13 **2,06 %**	11 **1,35 %**	7 **0,79 %**	6 **0,72 %**	≤3 **x %**	4 **0,36 %**
verlegt in andere Klinik/Abteilung	0 **0,00 %**	12 **6,67 %**	78 **20,42 %**	103 **19,00 %**	93 **15,15 %**	75 **11,96 %**	111 **14,12 %**	134 **13,47 %**	101 **9,82 %**	99 **10,40 %**	61 **7,93 %**	85 **6,86 %**
davon mit Sauerstoffbedarf bei Verlegung	0 **-**	8 **66,67 %**	46 **58,97 %**	64 **62,14 %**	38 **40,86 %**	26 **34,67 %**	31 **27,93 %**	25 **18,66 %**	18 **17,82 %**	16 **16,16 %**	6 **9,84 %**	13 **15,29 %**
verstorben	230 **100,00 %**	143 **79,44 %**	133 **34,82 %**	99 **18,27 %**	101 **16,45 %**	49 **7,81 %**	39 **4,96 %**	43 **4,32 %**	30 **2,92 %**	15 **1,58 %**	15 **1,95 %**	40 **3,23 %**

Entlassung nach Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	759 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	720 **100,00 %**	1.408 **100,00 %**	1.670 **100,00 %**	2.051 **100,00 %**	2.496 **100,00 %**	8.345 **100,00 %**
nach Hause entlassen	211 **29,31 %**	890 **63,21 %**	1.335 **79,94 %**	1.746 **85,13 %**	2.222 **89,02 %**	6.404 **76,74 %**
davon mit Sauerstoffbedarf bei Entlassung	46 **21,80 %**	93 **10,45 %**	39 **2,92 %**	12 **0,69 %**	12 **0,54 %**	202 **3,15 %**
verlegt in andere Klinik/Abteilung	83 **11,53 %**	222 **15,77 %**	211 **12,63 %**	236 **11,51 %**	200 **8,01 %**	952 **11,41 %**
davon mit Sauerstoffbedarf bei Verlegung	49 **59,04 %**	102 **45,95 %**	70 **33,18 %**	38 **16,10 %**	32 **16,00 %**	291 **30,57 %**
verstorben	421 **58,47 %**	285 **20,24 %**	114 **6,83 %**	57 **2,78 %**	60 **2,40 %**	937 **11,23 %**

Mortalität und Lebenstage nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	230 **100,00 %**	180 **100,00 %**	382 **100,00 %**	542 **100,00 %**	614 **100,00 %**	627 **100,00 %**	786 **100,00 %**	995 **100,00 %**	1.029 **100,00 %**	952 **100,00 %**	769 **100,00 %**	1.239 **100,00 %**
verstorben	230 **100,00 %**	143 **79,44 %**	133 **34,82 %**	99 **18,27 %**	101 **16,45 %**	49 **7,81 %**	39 **4,96 %**	43 **4,32 %**	30 **2,92 %**	15 **1,58 %**	15 **1,95 %**	40 **3,23 %**
davon bis 7. Lebenstag	229 **99,57 %**	128 **89,51 %**	93 **69,92 %**	48 **48,48 %**	58 **57,43 %**	36 **73,47 %**	24 **61,54 %**	25 **58,14 %**	13 **43,33 %**	8 **53,33 %**	9 **60,00 %**	24 **60,00 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	≤3 **x %**	8 **5,59 %**	31 **23,31 %**	38 **38,38 %**	28 **27,72 %**	8 **16,33 %**	10 **25,64 %**	10 **23,26 %**	9 **30,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	8 **20,00 %**
davon nach 28. Lebenstag	0 **0,00 %**	7 **4,90 %**	9 **6,77 %**	13 **13,13 %**	15 **14,85 %**	5 **10,20 %**	5 **12,82 %**	8 **18,60 %**	8 **26,67 %**	4 **26,67 %**	5 **33,33 %**	8 **20,00 %**

Mortalität und Lebenstage nach Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	759 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	720 **100,00 %**	1.408 **100,00 %**	1.670 **100,00 %**	2.051 **100,00 %**	2.496 **100,00 %**	8.345 **100,00 %**
verstorben	421 **58,47 %**	285 **20,24 %**	114 **6,83 %**	57 **2,78 %**	60 **2,40 %**	937 **11,23 %**
davon bis 7. Lebenstag	362 **85,99 %**	202 **70,88 %**	65 **57,02 %**	27 **47,37 %**	39 **65,00 %**	695 **74,17 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	38 **9,03 %**	60 **21,05 %**	31 **27,19 %**	12 **21,05 %**	14 **23,33 %**	155 **16,54 %**
davon nach 28. Lebenstag	21 **4,99 %**	23 **8,07 %**	18 **15,79 %**	18 **31,58 %**	7 **11,67 %**	87 **9,28 %**

Mortalität nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen[47]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	229 **100,00 %**	179 **100,00 %**	381 **100,00 %**	540 **100,00 %**	612 **100,00 %**	627 **100,00 %**	784 **100,00 %**	995 **100,00 %**	1.028 **100,00 %**	951 **100,00 %**	769 **100,00 %**	1.239 **100,00 %**
Primäraufnahmen	229 **100,00 %**	172 **96,09 %**	327 **85,83 %**	477 **88,33 %**	540 **88,24 %**	579 **92,34 %**	718 **91,58 %**	900 **90,45 %**	954 **92,80 %**	877 **92,22 %**	729 **94,80 %**	1.185 **95,64 %**
davon verstorben	229 **100,00 %**	143 **83,14 %**	129 **39,45 %**	95 **19,92 %**	94 **17,41 %**	49 **8,46 %**	37 **5,15 %**	40 **4,44 %**	28 **2,94 %**	14 **1,60 %**	14 **1,92 %**	37 **3,12 %**
davon weiterverlegt	0 **0,00 %**	5 **2,91 %**	55 **16,82 %**	73 **15,30 %**	70 **12,96 %**	58 **10,02 %**	94 **13,09 %**	117 **13,00 %**	90 **9,43 %**	89 **10,15 %**	57 **7,82 %**	74 **6,24 %**
davon nicht weiterverlegt	229 **100,00 %**	167 **97,09 %**	272 **83,18 %**	404 **84,70 %**	470 **87,04 %**	521 **89,98 %**	624 **86,91 %**	783 **87,00 %**	864 **90,57 %**	788 **89,85 %**	672 **92,18 %**	1.111 **93,76 %**
davon verstorben	229 **100,00 %**	143 **85,63 %**	129 **47,43 %**	95 **23,51 %**	94 **20,00 %**	49 **9,40 %**	37 **5,93 %**	40 **5,11 %**	28 **3,24 %**	14 **1,78 %**	14 **2,08 %**	37 **3,33 %**
davon bis 7. Lebenstag	228 **99,56 %**	128 **89,51 %**	93 **72,09 %**	47 **49,47 %**	58 **61,70 %**	36 **73,47 %**	24 **64,86 %**	24 **60,00 %**	12 **42,86 %**	8 **57,14 %**	9 **64,29 %**	24 **64,86 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	≤3 **x %**	8 **5,59 %**	29 **22,48 %**	36 **37,89 %**	25 **26,60 %**	8 **16,33 %**	9 **24,32 %**	9 **22,50 %**	8 **28,57 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	7 **18,92 %**

Mortalität nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen[47]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
davon nach 28. Lebenstag	0 **0,00 %**	7 **4,90 %**	7 **5,43 %**	12 **12,63 %**	11 **11,70 %**	5 **10,20 %**	4 **10,81 %**	7 **17,50 %**	8 **28,57 %**	≤3 **x %**	4 **28,57 %**	6 **16,22 %**

[47] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Mortalität nach Geburtsgewicht - Primäraufnahmen[48]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	759 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	717 **100,00 %**	1.406 **100,00 %**	1.667 **100,00 %**	2.049 **100,00 %**	2.495 **100,00 %**	8.334 **100,00 %**
Primäraufnahmen	669 **93,31 %**	1.257 **89,40 %**	1.521 **91,24 %**	1.883 **91,90 %**	2.357 **94,47 %**	7.687 **92,24 %**
davon verstorben	417 **62,33 %**	276 **21,96 %**	109 **7,17 %**	49 **2,60 %**	58 **2,46 %**	909 **11,83 %**
davon weiterverlegt	58 **8,67 %**	167 **13,29 %**	167 **10,98 %**	205 **10,89 %**	185 **7,85 %**	782 **10,17 %**
davon nicht weiterverlegt	611 **91,33 %**	1.090 **86,71 %**	1.354 **89,02 %**	1.678 **89,11 %**	2.172 **92,15 %**	6.905 **89,83 %**
davon verstorben	417 **68,25 %**	276 **25,32 %**	109 **8,05 %**	49 **2,92 %**	58 **2,67 %**	909 **13,16 %**
davon bis 7. Lebenstag	361 **86,57 %**	201 **72,83 %**	64 **58,72 %**	27 **55,10 %**	38 **65,52 %**	691 **76,02 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	37 **8,87 %**	55 **19,93 %**	30 **27,52 %**	9 **18,37 %**	13 **22,41 %**	144 **15,84 %**

Mortalität nach Geburtsgewicht - Primäraufnahmen[48]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	759 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
davon nach 28. Lebenstag	19 **4,56 %**	20 **7,25 %**	15 **13,76 %**	13 **26,53 %**	7 **12,07 %**	74 **8,14 %**

[48] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Mortalität nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Sekundäraufnahmen[49]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	229 **100,00 %**	179 **100,00 %**	381 **100,00 %**	540 **100,00 %**	612 **100,00 %**	627 **100,00 %**	784 **100,00 %**	995 **100,00 %**	1.028 **100,00 %**	951 **100,00 %**	769 **100,00 %**	1.239 **100,00 %**
Sekundäraufnahmen	0 **0,00 %**	7 **3,91 %**	54 **14,17 %**	63 **11,67 %**	72 **11,76 %**	48 **7,66 %**	66 **8,42 %**	95 **9,55 %**	74 **7,20 %**	74 **7,78 %**	40 **5,20 %**	54 **4,36 %**
davon verstorben	0 **-**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **6,94 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**
davon weiterverlegt	0 **-**	6 **85,71 %**	23 **42,59 %**	30 **47,62 %**	23 **31,94 %**	17 **35,42 %**	17 **25,76 %**	17 **17,89 %**	10 **13,51 %**	10 **13,51 %**	4 **10,00 %**	11 **20,37 %**
davon nicht weiterverlegt	0 **-**	≤3 **x %**	31 **57,41 %**	33 **52,38 %**	49 **68,06 %**	31 **64,58 %**	49 **74,24 %**	78 **82,11 %**	64 **86,49 %**	64 **86,49 %**	36 **90,00 %**	43 **79,63 %**
davon verstorben	0 **-**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **10,20 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**
davon bis 7. Lebenstag	0 **-**	0 **-**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **-**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	0 **-**	0 **-**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **-**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**

Mortalität nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Sekundäraufnahmen[49]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
davon nach 28. Lebenstag	0 -	0 -	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 -	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**

[49] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Mortalität nach Geburtsgewicht - Sekundäraufnahmen[50]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	759 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	717 **100,00 %**	1.406 **100,00 %**	1.667 **100,00 %**	2.049 **100,00 %**	2.495 **100,00 %**	8.334 **100,00 %**
Sekundäraufnahmen	48 **6,69 %**	149 **10,60 %**	146 **8,76 %**	166 **8,10 %**	138 **5,53 %**	647 **7,76 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	7 **4,70 %**	≤3 **x %**	7 **4,22 %**	≤3 **x %**	21 **3,25 %**
davon weiterverlegt	24 **50,00 %**	55 **36,91 %**	44 **30,14 %**	31 **18,67 %**	14 **10,14 %**	168 **25,97 %**
davon nicht weiterverlegt	24 **50,00 %**	94 **63,09 %**	102 **69,86 %**	135 **81,33 %**	124 **89,86 %**	479 **74,03 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	7 **7,45 %**	≤3 **x %**	7 **5,19 %**	≤3 **x %**	21 **4,38 %**
davon bis 7. Lebenstag	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**
davon 8. - 28. Lebenstag	0 **0,00 %**	4 **57,14 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	7 **33,33 %**

Mortalität nach Geburtsgewicht - Sekundäraufnahmen[50]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	759 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
davon nach 28. Lebenstag	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **71,43 %**	0 **0,00 %**	12 **57,14 %**

[50] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Hüftgelenkversorgung

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

AUFTRAGGEBER

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

HERAUSGEBER

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

Inhaltsverzeichnis

Impressum ... 2
Inhaltsverzeichnis ... 3
Tabellenverzeichnis ... 5
Abkürzungsverzeichnis ... 8
Vorbemerkung ... 10
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung ... 11
1 Hintergrund ... 12
2 Einordnung der Ergebnisse ... 15
2.1 Datengrundlage ... 15
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ... 15
2.2.1 Überblick ... 15
2.2.2 Detailergebnisse ... 19
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens ... 28
2.3.1 Überblick ... 28
2.3.2 Detailergebnisse ... 31
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen ... 37
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren ... 37
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) ... 39
4 Evaluation ... 42
5 Ausblick ... 43
Hüftendoprothesenversorgung ... 44
1 Hintergrund ... 45
2 Einordnung der Ergebnisse ... 49
2.1 Datengrundlage ... 49
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ... 50
2.2.1 Überblick ... 50
2.2.2 Detailergebnisse ... 59
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens ... 78
2.3.1 Überblick ... 78

2.3.2 Detailergebnisse 85
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 97
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 97
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 99
4 Evaluation 102
5 Ausblick 106
Literatur 108

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HGV-OSFRAK 13
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-OSFRAK 14
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-OSFRAK 15
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - HGV-OSFRAK 17
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HGV-OSFRAK 18
Tabelle 6: QI 54030: Präoperative Verweildauer 19
Tabelle 7: QI 54050: Sturzprophylaxe 21
Tabelle 8: QI 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 22
Tabelle 9: QI 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 25
Tabelle 10: QI 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 26
Tabelle 11: TKez 54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 27
Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - HGV-OSFRAK 29
Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HGV-OSFRAK 30
Tabelle 14: AK 850147: Angabe von ASA 5 31
Tabelle 15: AK 850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen 32
Tabelle 16: AK 850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation 33
Tabelle 17: AK 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 34
Tabelle 18: AK 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 35
Tabelle 19: AK 850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 36
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK 37
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-OSFRAK 39
Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK 39
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-OSFRAK 41
Tabelle 24: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HGV-HEP 46
Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-HEP 48
Tabelle 26: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-HEP 49

Tabelle 27: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-HEP 49
Tabelle 28: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-HEP 50
Tabelle 29: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - HGV-HEP 53
Tabelle 30: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HGV-HEP 56
Tabelle 31: QI 54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation 59
Tabelle 32: QI 54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 59
Tabelle 33: QI 54003: Präoperative Verweildauer 60
Tabelle 34: QI 54004: Sturzprophylaxe 62
Tabelle 35: QI 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 65
Tabelle 36: QI 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 66
Tabelle 37: QI 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 67
Tabelle 38: QI 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 68
Tabelle 39: QI 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 70
Tabelle 40: QI 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 71
Tabelle 41: QI 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 73
Tabelle 42: QI 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 75
Tabelle 43: TKez 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur 76
Tabelle 44: QI 192300: Treppensteigen bei Entlassung 76
Tabelle 45: QI 10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen 77
Tabelle 46: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - HGV-HEP 79
Tabelle 47: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HGV-HEP 81
Tabelle 48: AK 850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen 85
Tabelle 49: AK 850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation 86
Tabelle 50: AK 851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen 87
Tabelle 51: AK 851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer 88

Tabelle 52: AK 851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes 89
Tabelle 53: AK 852102: Angabe von ASA 5 90
Tabelle 54: AK 850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten 91
Tabelle 55: AK 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation) 92
Tabelle 56: AK 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)..... 93
Tabelle 57: AK 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) 94
Tabelle 58: AK 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel) 95
Tabelle 59: AK 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 95
Tabelle 60: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP 97
Tabelle 61: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-HEP 99
Tabelle 62: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP 99
Tabelle 63: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-HEP 101

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
ASA	American Society of Anesthesiologists
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DOAK	direkte orale Antikoagulanzien
EJ	Erfassungsjahr
EXG	Expertengremium
G-BA	Gemeinsamer Bundessauschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HGV-HEP	Auswertungsmodul *Hüftendoprothesenversorgung*
HGV-OSFRAK	Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
KIS	Krankenhausinformationssystem
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
NOAK	neue orale Antikoagulanzien
O/E	Verhältnis aus der beobachteten und der erwarteten Rate (*observed to expected ratio*)
POA	present on admission
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS HGV	QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht

Abkürzung	Bedeutung
SOP	Standardvorgehensweise (*Standard Operating Procedure*)
STNV	Stellungnahmeverfahren

Vorbemerkung

Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahen Femurfraktur wird grundsätzlich zwischen hüftkopferhaltenden und hüftkopfersetzenden Methoden unterschieden. Das QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung* (*QS HGV*) beinhaltet entsprechend zwei Auswertungsmodule. Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* werden hüftkopferhaltend (osteosynthetisch) versorgte hüftgelenknahe Femurfrakturen betrachtet. Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden dagegen hüftgelenknahe Femurfrakturen betrachtet, die hüftkopfersetzend (endoprothetisch) versorgt werden. Darüber hinaus beinhaltet dieses Auswertungsmodul auch geplante Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und Hüftendoprothesenwechsel bzw. –Komponentenwechsel.

© IQTIG 2025

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

1 Hintergrund

Als hüftgelenknahe Femurfraktur wird ein Bruch (Fraktur) im oberen, d. h. zum Hüftgelenk gerichteten Teil des – normalerweise sehr stabilen – Oberschenkelknochens (Femur) bezeichnet. Ein solcher Bruch ist, bedingt durch die im Alter abnehmende Festigkeit der Knochensubstanz bis hin zur Osteoporose und durch die zunehmende Bewegungsunsicherheit, eine häufige Verletzung älterer Menschen. Oft wird sie durch einen Sturz verursacht.

Während viele andere Knochenbrüche konservativ behandelt werden können, z. B. mit einer Ruhigstellung im Gips, um wieder ausreichend zu verheilen, ist eine solche Therapie bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur zumeist nicht möglich. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Verbindung der Knochen durch Metallteile nennt man Osteosynthese.

Im QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung* (*QS HGV*) bildet das Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (*HGV-OSFRAK*) die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten ab, bei denen nach einem solchen Bruch eine Osteosynthese durchgeführt wurde. Bei allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren müssen hier die Krankenhäuser aufgetretene Komplikationen während des Eingriffs und danach, die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Sterblichkeit dokumentieren.

Das Ziel der operativen Behandlung ist eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung oder Verbesserung der Mobilität und der körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten. Jährlich erleiden ca. 65.000 Patientinnen und Patienten einen hüftgelenknahen Oberschenkelbruch, der mit einer Osteosynthese versorgt wird.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* umfasst 5 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Eine besonders wichtige Rolle bei der osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur spielt der Zeitraum von der Aufnahme in eine Klinik bis zur Operation. Je mehr Zeit zwischen Frakturereignis und Operation vergeht, desto mehr Komplikationen können auftreten. Der Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) prüft, ob Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus operativ versorgt werden. Darüber hinaus werden die mit der Operation zusammenhängenden spezifischen (ID 54029) und allgemeinen (ID 54042) Komplikationen erfasst.

Die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig zu gehen, wenn sie dazu auch vor dem Krankenhausaufenthalt in der Lage waren, wird im Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) abgebildet. Die Sterblichkeit während und nach der Operation wird durch eine Kennzahl erfasst (ID 54046).

Für den Indikator zur Sturzprophylaxe (ID 54050) wird infolge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung der Referenzbereich für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HGV-OSFRAK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54030	Präoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2024
54050	Sturzprophylaxe	QS-Dokumentation	2024
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2024
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2024
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2024
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* gibt es 3 Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit.

2 der 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (IDs 850148 und 850149) beziehen sich auf fehlerhafte oder unplausible Dokumentationen von unterschiedlichen Komplikationen, das dritte (ID 850147) auf die Angabe von ASA 5.

Die ASA-Klassifikation dient der Abschätzung des präoperativen Gesundheitszustands einer Patientin oder eines Patienten und wird in allen Risikoadjustierungsmodellen verwendet. Fehldokumentationen haben somit Einfluss auf die Einschätzung des Risikoprofils der Leistungserbringer. Die ASA-Kategorie 5 ist in dieser Klassifikation die höchste Stufe. Diese Patientinnen und Patienten sind gemäß der Definition moribund (todkrank) und würden ohne Operation voraussichtlich nicht überleben. Die operative Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dient in den meisten Fällen nicht der Lebensrettung und stellt eine starke Belastung für die Patientin oder den Patienten dar. Daher sollten zuvor Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten ergriffen werden, um eine bessere Ausgangssituation, mit einer ggf. weniger hohen ASA-Klassifikation, für die operative Versorgung zu schaffen. Eine Angabe von ASA 5 in Zusammenhang mit der Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur erscheint vor diesem Hintergrund folglich unplausibel. Der Referenzbereich in diesem Auffälligkeitskriterium liegt entsprechend bei 0.

Mit den beiden anderen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität werden zum einen Fälle erfasst, bei denen eine „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation" eingegeben wurde, und zum anderen Fälle, bei denen Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen kodiert wurden.

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit dienen dazu, Über- und Unterdokumentationen (IDs 850351 und 850352) oder ein gehäuftes Anlegen von Minimaldatensätzen (ID 850368) (MDS) festzustellen.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850147	Angabe von ASA 5	QS-Dokumentation
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	QS-Dokumentation
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Anzahl der für das Auswertungsjahr 2025 übermittelten Datensätze und der entlassenden Standorte auf Bundesebene ist im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* geringfügig höher als erwartet. Die Vollzähligkeit der Datensätze liegt für das Auswertungsjahr 2025 bei 100,56 % und damit in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr. Insgesamt wurden im Vergleich zum Vorjahr 71 Datensätze mehr übermittelt.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-OSFRAK

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	65.072 64.986 86	64.707	100,56
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	993		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.045	1.037	100,77
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	878	872	100,69

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) hat sich seit dessen Einführung im Jahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) stetig verringert, liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 7,57 % und ist damit erneut um 1,23 % gesunken. Dieser Indikator hat im Auswertungsjahr 2025 den höchsten Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer (10,14 %). Im Vorjahr lag dieser Wert bei 14,64 % und im Vorvorjahr bei 19,65 %. Dieser Verlauf zeigt, dass trotz der bereits erreichten Verbesserung noch immer ein Verbesserungspotenzial vorhanden ist. Bei 42 Leistungserbringern konnte im Auswertungsjahr 2024 nach geführtem Stellungnahmeverfahren ein qualitativ auffälliges Ergebnis ermittelt werden. Die Rückmeldungen aus den Landesarbeitsgemeinschaften zeigen, dass vor allem Defizite im Gerinnungsmanagement sowie fehlende OP-Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Qualitätsziel nicht eingehalten werden konnte. 10 der 42 Leistungserbringer waren bereits im Vorjahr qualitativ auffällig. Es wurden in diesem Indikator sechsmal Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Die Anzahl der dokumentierten Komplikationen für die Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen (IDs 54029 und 54042) war zum Auswertungsjahr 2024 angestiegen. Grund dafür war eine Anpassung im Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)", in dem eine Liste mit Diagnosekodes nach ICD zu möglichen Komplikationen mit dem QS-Datenfeld abgeglichen wird. Die Bundeswerte beider Indikatoren sind im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr nochmals etwas angestiegen, von 12,71 % auf 13,46 %bei den allgemeinen und von 1,92 % auf 1,98 % bei den spezifischen Komplikationen. Bei den allgemeinen Komplikationen sind vor allem die Anzahl der Fälle mit Harnwegsinfektionen und Delir sowie die Angabe „Sonstige Komplikationen" im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen. Die Kategorie „Sonstige" geht jedoch nicht in die Indikatorberechnung ein. Bei den spezifischen Komplikationen ist der größte Anstieg ebenfalls für diese Kategorie zu beobachten. Mit der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird diese Kategorie entfallen, da die Informationen zu aufgetretenen Komplikationen dann über die Sozialdaten gewonnen werden. Die QS-Dokumentation wird bei Komplikationen dann nur noch notwendig, wenn der Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht eindeutig ist oder eine postoperative Wundkomplikation vorliegen könnte.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung aus dem Krankenhaus gehen können (ID 54033), ist gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Das IQTIG führt dies darauf zurück, dass bei diesem Qualitätsindikator seit dem Auswertungsjahr 2025 Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus stattfand.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Sturzprophylaxe (ID 54050) hat sich im Auswertungsjahr 2025 das dritte Mal in Folge verbessert. Da der Indikator zum Erfassungsjahr 2026 zur Aussetzung empfohlen wird, wurde der Referenzbereich für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt. Die Rückmeldungen seitens der Landesarbeitsgemeinschaften zu den geführten Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wiesen häufig auf Dokumentationsfehler hin. So konnten 10 von 23 Stellungnahmen wegen Dokumentationsfehlern nicht abschließend beurteilt werden, in 2 Fällen wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten nach osteosynthetischer Versorgung der Femurfraktur (ID 54046) liegt mit 4,69 % im Auswertungsjahr 2025 unter dem Niveau des Vorjahres (4,89 %). Das Bundesergebnis der dazugehörigen Transparenzkennzahl liegt bei 0,97. Es wurden somit 3 % weniger Sterbefälle beobachtet als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - HGV-OSFRAK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54030	Präoperative Verweildauer	8,80 % O = 5.645 N = 64.138	7,57 % O = 4.851 N = 64.052 (≤ 15,00 %)	vergleichbar
54050	Sturzprophylaxe	97,59 % O = 55.755 N = 57.132	97,93 % O = 56.186 N = 57.373 (Nicht definiert)	vergleichbar
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00 O/E = 7.018 / 7.018,00 15,73 % O/N = 7.018 / 44.603	1,00 O/E = 6.932 / 6.946,35 15,63 % O/N = 6.932 / 44.348 (≤ 2,37; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 1.247 / 1.247,00 1,92 % O/N = 1.247 / 64.915	1,01 O/E = 1.286 / 1.267,66 1,98 % O/N = 1.286 / 64.972 (≤ 2,87; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 8.253 / 8.253,00 12,71 % O/N = 8.253 / 64.915	1,05 O/E = 8.743 / 8.303,18 13,46 % O/N = 8.743 / 64.972 (≤ 2,21; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2025

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	1,00 O/E = 3.172 / 3.171,20 4,89 % O/N = 3.172 / 64.915	0,97 O/E = 3.046 / 3.149,08 4,69 % O/N = 3.046 / 64.972	eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HGV-OSFRAK

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54030	Präoperative Verweildauer	2023	148 von 1.011	14,64	74
		2024	99 von 976	10,14	-
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2023	59 von 1.014	5,82	14
		2024	63 von 984	6,40	13
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2023	71 von 1.023	6,94	14
		2024	61 von 993	6,14	17
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2023	56 von 1.023	5,47	9
		2024	52 von 993	5,24	18

© IQTIG 2025

2.2.2 Detailergebnisse

Bei den Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen sowie dem Indikator zur Gehunfähigkeit und der Transparenzkennzahl zur Sterblichkeit handelt es sich um risikoadjustierte Indikatoren/Kennzahlen. Es wurde dazu eine indirekte Standardisierung per logistischer Regression angewandt. Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Komorbiditäten sowie Einnahme von Antikoagulanzien. Darüber hinaus werden pro Indikator bzw. Transparenzkennzahl weitere Faktoren berücksichtigt. Die vollständigen Listen zu den Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 entnommen werden. Die Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle erfolgte auf den Vorjahresdaten (Erfassungsjahr 2023). Bei dem Risikoadjustierungsmodell für Sterblichkeit gab es eine Besonderheit: Hier wurden die Datensätze der Auswertungsmodule *HGV-HEP* und *HGV-OSFRAK* zur Schätzung des Modells kombiniert. Der Grund für dieses Vorgehen lag in der geringen Fallzahl.

Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgten eine Prüfung des Risikoadjustierungsmodells und eine Neuschätzung des Einflusses einzelner Risikofaktoren. Die Vergleichbarkeit zum Vorjahr ist daher eingeschränkt gegeben.

Präoperative Verweildauer (ID 54030)

Tabelle 6: QI 54030: Präoperative Verweildauer

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	9,90 % O = 6.383 N = 64.445	8,80 % O = 5.645 N = 64.138	**7,57 %** **O = 4.851** **N = 64.052**
rechnerische Auffälligkeiten	204 von 1.038 19,65 %	148 von 1.011 14,64 %	**99 von 976** **10,14 %** **(Refbereich: ≤ 15,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	46 / 203 (22,66 %)	**42 / 148** **(28,38 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	46 / 1.038 (4,43 %)	**42 / 1.011** **(4,15 %)**	n. a.

Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus operativ versorgt werden. Aktuell ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, die neue und/oder direkte orale Antikoagulanzien (NOAK/DOAK) einnehmen. Diese sollten innerhalb von 48 Stunden operiert werden.

Das Bundesergebnis dieses Indikators ist zum Auswertungsjahr 2025 erneut gesunken. Damit liegt es unter dem Niveau des Auswertungsjahrs 2024 und folgt dem vorangegangenen positiven Trend, der seit Einführung des Indikators im Jahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) zu sehen ist. In 91,49 % der Fälle ohne die genannte Medikation wurde das Qualitätsziel einer

Operation innerhalb von 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme erreicht. Bei den Fällen mit Einnahme der entsprechenden Medikamente wurde in 96,02 % der Fälle das Ziel, die Patientinnen und Patienten innerhalb von 48 Stunden operativ zu versorgen, erreicht.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 10,14 % deutlich unter dem des Vorjahres (AJ 2024: 14,64 %).

Im Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer gibt es im Auswertungsjahr 2025 von allen Indikatoren die meisten Auffälligkeiten. Von 99 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern im Auswertungsjahr 2025 hatten insgesamt 44 auch im Vorjahr (AJ 2024) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Im Auswertungsjahr 2024 hatten 42 Leistungserbringer ein qualitativ auffälliges Ergebnis, davon 10 bereits im Vorjahr.

28,38 % (42/148) der in diesem Qualitätsindikator im Auswertungsjahr 2024 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als „qualitativ auffällig" bewertet, 35 davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Den Freitextkommentaren der LAG ist zu entnehmen, dass in vielen Fällen fehlende OP-Kapazitäten sowie Priorisierungsprobleme oder Schwierigkeiten beim Gerinnungsmanagement zu dieser Bewertung führten. Vereinzelt wurden von den LAG auch Verstöße gegen die QSFFx-Richtlinie sowie die Empfehlung einer generellen Prozessstraffung als Gründe für diese Bewertung zurückgemeldet.

In 7 Fällen wurden von den Leistungserbringern keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, sodass ihre Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden.

47,30 % der Leistungserbringerergebnisse (70/148) wurden als „qualitativ unauffällig" eingestuft, wovon am häufigsten die Kategorie „unauffällig aufgrund von Einzelfällen (Bewertung ‚U62')" ohne weitere Begründung vergeben wurde. Eine weiterführende Prüfung des IQTIG ergab, dass sich innerhalb dieser Bewertungskategorie durchaus Leistungserbringer mit hohen Fallzahlen im Zähler und deutlich vom Referenzwert abweichendem Ergebnis befanden. So wurden die Ergebnisse eines Leistungserbringers, bei dem 21 von 100 Patientinnen und Patienten (21 %) nicht innerhalb der geforderten Zeit operiert wurden, als „qualitativ unauffällig" bewertet. Ein anderer erhielt die selbe Bewertung bei 22 von 109 Patientinnen und Patienten (20,2 %).

Da die LAG dazu keine weiteren Informationen im Rahmen der Freitextkommentare übermittelt haben, kann das IQTIG nicht einschätzen, warum sie trotz teilweise hoher Fallzahlen zu dieser Einstufung gekommen sind.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden 6 Maßnahmen der Stufe 1 zu qualitativ auffälligen Ergebnissen eingeleitet.

Das Expertengremium auf Bundesebene diskutiert in den Sitzungen seit Frühjahr 2024 eine Anpassung des Indikators zur präoperativen Verweildauer auf 24 Stunden für alle Patientinnen und Patienten. Hintergrund sind neue Erkenntnisse aus einer Studie von Neumann et al. (2025) über den Zusammenhang zwischen der präoperativen Verweildauer und dem Komplikations- und Mortalitätsrisiko bei Patientinnen und Patienten, die neue und/oder direkte orale Antikoagulan-

zien (NOAK/DOAK) einnehmen. Es konnte gezeigt werden, dass das Komplikations- und Mortalitätsrisiko bei Patientinnen und Patienten mit einer endoprothetischen Versorgung innerhalb von 24 Stunden, trotz des mit der Einnahme des Medikaments verbundenen höheren Blutungsrisikos, geringer ist als bei einer längeren Wartezeit bis zur Operation.

Im Laufe der letzten 3 Sitzungen auf Bundesebene (Frühjahr und Herbst 2024 sowie Frühjahr 2025) hat sich herauskristallisiert, dass im Expertengremium keine einheitliche Meinung dazu besteht, ob aufgrund dieser Ergebnisse eine Rechenregeländerung der beiden Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer (ID 54030 in *HGV-OSFRAK* und ID 54003 in *HGV-HEP*) empfohlen werden sollte. Einige Mitglieder halten die Festlegung auf 24 Stunden für alle Patientinnen und Patienten als zu eng gesetzt, insbesondere für Endoprothesen und für subtrochantäre Frakturen, und erwarten zukünftig negative Nebeneffekte. Andere Mitglieder berichten von positiven Erfahrungen mit der Umstellung hin zu einer zeitnahen Versorgung und sprechen sich weiterhin für die Anpassung der Rechenregeln aus.

Das IQTIG hat nach Abwägung der Erkenntnisse aus der Studie von Neumann et al. (2025) und der Empfehlungen aus der QSFFx-RL einerseits und der Einschätzungen des Expertengremiums andererseits empfohlen, die Rechenregel ab dem Erfassungsjahr 2026 entsprechend anzupassen. Der G-BA ist dieser Empfehlung mit Verweis auf die längere präoperative Vorbereitungszeit von Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie nicht gefolgt.

Sturzprophylaxe (ID 54050)

Tabelle 7: QI 54050: Sturzprophylaxe

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	97,35 % O = 55.019 N = 56.514	97,59 % O = 55.755 N = 57.132	**97,93 %** **O = 56.186** **N = 57.373**
rechnerische Auffälligkeiten	50 von 1.035 4,83 %	31 von 1.018 3,05 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 50 (14,00 %)	**2 / 31** **(6,45 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 1.035 (0,68 %)	**2 / 1.018** **(0,20 %)**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Erfassung des Sturzrisikos sowie die Durchführung geeigneter Maßnahmen zur Sturzprophylaxe nach operativer osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Der Anteil der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahre, für die nach der Operation keine Erfassung des Sturzrisikos und keine Sturzprophylaxe erfolgt ist, soll so gering wie möglich sein.

Zu 23 der 31 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden Stellungnahmeverfahren geführt. Hiervon konnten 10 wegen Dokumentationsproblemen nicht abschließend bewertet werden.

Der Qualitätsindikator wird aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da die Eignungskriterien Validität, Reliabilität, Objektivität und Datenqualität nicht vollständig erfüllt sind. Der Referenzbereich wurde deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt und der Qualitätsindikator ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 6,45 % (2/31) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse in diesem Qualitätsindikator als qualitativ auffällig bewertet. In beiden Fällen lagen Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel in Form von Dokumentationsfehlern vor. Es wurde zudem in beiden Fällen eine Qualitätssicherungsmaßnahme der Stufe 1 zur Verbesserung der Dokumentation (Zielvereinbarung, Schulung) initiiert. 35,49 % (11/31) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, was in 8 Fällen damit begründet wurde, dass kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme vorgelegen habe. In 2 Fällen erfolgte diese Bewertung, da die Standorte geschlossen wurden. Bei einem Leistungserbringer war die rechnerische Auffälligkeit durch Einzelfälle begründet.

Von den 31 rechnerisch auffälligen Leistungserbringer hatten 8 bereits im Vorjahr und 3 davon bereits im Vorvorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden 2 Maßnahmen der Stufe 1 zu qualitativ unauffälligen Ergebnissen eingeleitet.

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54033)

Tabelle 8: QI 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,12 O/E = 7.747 / 6.897,94 17,52 % O/N = 7.747 / 44.230	1,00 O/E = 7.018 / 7.018,00 15,73 % O/N = 7.018 / 44.603	**1,00** **O/E = 6.932 / 6.946,35** **15,63 %** **O/N = 6.932 / 44.348**
rechnerische Auffälligkeiten	54 von 1.031 5,24 %	59 von 1.014 5,82 %	**63 von 984** **6,40 %** **(Refbereich: ≤ 2,37; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 54 (5,56 %)	**5 / 59** **(8,47 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 1.031 (0,29 %)	**5 / 1.014** **(0,49 %)**	n. a.

Mit diesem Indikator wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten ermittelt, die bei Aufnahme, nicht aber bei Entlassung gehfähig waren. Seit dem Auswertungsjahr 2025 werden hier Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus stattfand. Bei diesen Patientinnen und Patienten muss die Gehfähigkeit bis zur Entlassung für eine selbstständige Versorgung nicht wiederhergestellt sein, da die notwendige Versorgung im weiterbehandelnden Krankenhaus sichergestellt wird. Dieser Ausschluss aus der Grundgesamtheit des Indikators resultiert in einem niedrigeren Bundesergebnis als im Vorjahr. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden in diesem Indikator zudem Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bei denen eine Entlassung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung stattfand. Auch bei diesen muss die Gehfähigkeit zum Entlasszeitpunkt aus dem Akutkrankenhaus nicht wiederhergestellt sein. Die im Rahmen der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeauftragung empfohlene Anpassung der Risikoadjustierung konnte bisher noch nicht umgesetzt werden. Dies ist für das Auswertungsjahr 2026 vorgesehen.

Das Ergebnis des Indikators liegt bei 1,0. Das bedeutet, dass genau so viele Fälle in den Zähler eingegangen sind wie anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 15,63 % unter dem Niveau der letzten 2 Vorjahre (AJ 2024: 15,73 %; AJ 2023: 17,52 %).

Im Auswertungsjahr 2024 gab es bei diesem Indikator 59 rechnerisch auffällige Leistungserbringer. Davon hatten 14 bereits im Vorjahr und 7 davon bereits im Vorvorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Zu diesem Indikator wurden 33 Stellungnahmeverfahren geführt, bei denen 5-mal die Bewertung als qualitativ auffällig mit dem Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel erfolgte. 26 Stellungnahmeverfahren wurden nicht eingeleitet. Die Gründe hierfür waren vor allem eine erstmalige und/oder geringe Abweichung vom Referenzwert.

20 Leistungserbringerergebnisse wurden als „qualitativ unauffällig“ eingestuft. Als Begründungen wurde 7-mal eine besondere klinische Situation und 8-mal das Vorliegen von Einzelfällen angegeben. In 3 Fällen lagen keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität vor, jedoch wurden vereinzelt Dokumentationshinweise übermittelt. Bei 2 Leistungserbringern begründeten die LAG die unauffällige Bewertung „Sonstiges“ mit Hinweis auf ein Verlegungsgeschehen in die Geriatrie. Eine der beiden LAG weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Patientinnen und Patienten, die in eine geriatrische Frührehabilitation oder Kurzzeitpflege verlegt werden, aus dem Indikator ausgeschlossen werden sollen. Dieser Ausschluss wird in der Rechenregel ab dem Erfassungsjahr 2026 erfolgen.

Eine weiterführende Analyse des IQTIG zeigte, dass hierunter auch Leistungserbringer mit relativ hohen Fallzahlen im Zähler fallen. Dies betraf z. B. einen Leistungserbringer, bei dem 29 von 61 Patientinnen und Patienten vor der Fraktur gehen konnten, bei Entlassung jedoch gehunfähig waren (47,5 %). Der erwartete Wert für diesen Leistungserbringer lag bei 10,49 Fällen, sodass das risikoadjustierte QI-Ergebnis 2,76 war (also 176 % mehr gehunfähige Patientinnen und Patienten als erwartet). Bei einem anderen Leistungserbringer betraf dies 18 von 39 Patientinnen und Patienten

(46,2%). Der erwartete Wert für das risikoadjustierte Indikatorergebnis lag bei 5,38 Fällen, sodass das risikoadjustierte QI-Ergebnis 3,35 war.

Die jeweiligen Ergebnisse der Indikatoren lagen teilweise nah am Bereich einer signifikanten Abweichung vom Referenzbereich oder sogar leicht darüber. Da zu diesen Fällen jedoch keine Begründungen im Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) übermittelt wurden, kann das IQTIG die Bewertungen der LAG teilweise nicht darlegen. Zu 6 Leistungserbringerergebnissen (18,2 %) konnte nach erfolgtem Stellungnahmeverfahren keine abschließende Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern erfolgen.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

Gruppe: Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54042 und 54029)

Anhand dieser Qualitätsindikatoren wird erfasst, wie viele allgemeine bzw. spezifische Komplikationen nach einer osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur auftreten.

Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ durch eine ICD-Liste erweitert (s. Abschnitt 2.2.1). Sofern Krankenhäuser einen ICD-Kode abrechnen, im Dokumentationsbogen jedoch keine entsprechende Komplikation angegeben haben, erscheint ein Hinweis im QS-Dokumentationsbogen in den Datenfeldern zu den Komplikationen (weiche Plausibilitätsregel). Ziele dieser Spezifikationsänderung waren die Verbesserung der Dokumentationsqualität von allgemeinen und spezifischen Komplikationen und die bessere Abbildbarkeit von Komorbiditäten in der Risikoadjustierung.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Modul *HGV-OSFRAK* ab Erfassungsjahr 2026 werden die Informationen zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen zukünftig über Sozialdaten erfasst. Informationen zu Komplikationen sind im QS-Dokumentationsbogen von diesem Zeitpunkt an nur noch zu dokumentieren, wenn Leistungserbringer bestimmte ICD-Kodes zu Erkrankungen kodieren, bei denen unklar ist, ob sie bereits vor der Operation „present on admission“ (POA) vorlagen oder eine Folge der Operation sind.

Tabelle 9: QI 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,75 O/E = 6.065 / 8.129,35 9,41 % O/N = 6.065 / 64.445	1,00 O/E = 8.253 / 8.253,00 12,71 % O/N = 8.253 / 64.915	**1,05** **O/E = 8.743 / 8.303,18** **13,46 %** **O/N = 8.743 / 64.972**
rechnerische Auffälligkeiten	55 von 1.038 5,30 %	56 von 1.023 5,47 %	**52 von 993** **5,24 %** **(Refbereich: ≤ 2,21; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 55 (7,27 %)	**11 / 56** **(19,64 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.038 (0,39 %)	**11 / 1.023** **(1,08 %)**	n. a.

In dem Qualitätsindikator zu allgemeinen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- Pneumonie
- kardiovaskuläre Komplikation
- tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
- Lungenembolie
- katheterassoziierte Harnwegsinfektion
- Schlaganfall
- akute gastrointestinale Blutung
- akute Niereninsuffizienz
- Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 5 % mehr allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt mit 13,46 % über dem Niveau des Vorjahres (AJ 2024: 12,71 %) und deutlich über dem des Auswertungsjahr 2023 (9,41 %). Der Anstieg von Auswertungsjahr 2023 zu Auswertungsjahr 2024 ist auf die in Abschnitt 2.2.1 beschriebene Anpassung im Dokumentationsbogen zurückzuführen.

Zu 36 der 56 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden Stellungnahmeverfahren eingeleitet, von denen 11 als „qualitativ auffällig" bewertet wurden.

Vor allem die Häufungen von katheterassoziierten Harnweginfektionen und Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel führten zu dieser Einstufung. In 5 Fällen konnte aufgrund von Dokumentationsfehlern keine Bewertung erfolgen. Dass kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet

wurde, wurde vor allem mit geringen Abweichungen vom Referenzwert oder erstmaliger Auffälligkeit begründet.

18 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig eingestuft, wovon 11 Leistungserbringer die Bewertung „unauffällig aufgrund von Einzelfällen“ ohne Angabe von Gründen erhalten haben.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden 2 Maßnahmen der Stufe 1 zu qualitativ auffälligen Ergebnissen eingeleitet.

Tabelle 10: QI 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 O/E = 1.217 / 1.142,03 1,89 % O/N = 1.217 / 64.445	1,00 O/E = 1.247 / 1.247,00 1,92 % O/N = 1.247 / 64.915	**1,01** **O/E = 1.286 / 1.267,66** **1,98 %** **O/N = 1.286 / 64.972**
rechnerische Auffälligkeiten	61 von 1.038 5,88 %	71 von 1.023 6,94 %	**61 von 993** **6,14 %** **(Refbereich: ≤ 2,87; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 61 (8,20 %)	**7 / 71** **(9,86 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.038 (0,48 %)	**7 / 1.023** **(0,68 %)**	n. a.

In dem Qualitätsindikator zu spezifischen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- primäre Implantatfehllage
- sekundäre Implantatdislokation
- Nachblutung/Wundhämatom
- Gefäßläsion
- Nervenschaden
- Fraktur
- Wunddehiszenz
- Wundinfektion
- Nekrose der Wundränder

Die in Abschnitt 2.2.1 beschriebene Anpassung betrifft auch die Datenfelder zu den spezifischen Komplikationen. Anders als im Indikator zu allgemeinen Komplikationen konnte in diesem Fall jedoch kein deutlicher Anstieg des Bundesergebnisses beobachtet werden. Das risikoadjustierte Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 1,01. Entsprechend wurden 1 % mehr spezifi-

sche Komplikationen dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Der Anteil dokumentierter Wundinfektionen liegt auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr (AJ 2024: 1,92 %; AJ 2025: 1,98 %).

Wie im Indikator zu den allgemeinen Komplikationen geht die Kategorie „Sonstige" nicht in die QI-Berechnung ein. In dieser Kategorie wurde jedoch wie im Vorjahr (AJ 2024; + 0,47%-Punkte) der stärkste Anstieg (AJ 2025; + 0,22%-Punkte) beobachtet.

Der Indikator wird ab Erfassungsjahr 2026 sowohl aus QS-Dokumentationsdaten als auch aus Sozialdaten berechnet. Die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen ermöglicht Beobachtungszeiträume, die über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes hinausgehen.

Zum Auswertungsjahr 2024 wurde in 19 Fällen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründungen waren zumeist geringe oder erstmalige Abweichungen vom Referenzwert sowie Einzelfälle.

Von den 52 Leistungserbringerergebnissen, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden 7 als qualitativ auffällig und 43 als qualitativ unauffällig bewertet. Als Gründe für die qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse wurden z. B. die Verschlechterung zum Vorjahresergebnis, eine hohe Gesamtzahl an Komplikationen sowie operationstechnische Auffälligkeiten genannt. Es wurde 34-mal die Bewertung „U62 – unauffällig aufgrund von Einzelfällen" vergeben, jedoch wurden keine Freitextkommentare dazu übermittelt.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54046)

Tabelle 11: TKez 54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,04 O/E = 3.322 / 3.179,50 5,15 % O/N = 3.322 / 64.445	1,00 O/E = 3.172 / 3.171,20 4,89 % O/N = 3.172 / 64.915	**0,97** **O/E = 3.046 / 3.149,08** **4,69 %** **O/N = 3.046 / 64.972**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Mittels dieser Transparenzkennzahl wird die Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten erfasst, die mit einer osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus im Zusammenhang steht.

Die Anzahl der Sterbefälle liegt im Auswertungsjahr 2025 3 % unter dem anhand des Risikoadjustierungsmodells erwarteten Wert. Insgesamt ist das Kennzahlergebnis in den vergangenen 2 Jahren stabil geblieben.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* werden 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Alle 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit haben Bezug zu den Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen, das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“ (ID 850147) bezieht sich darüber hinaus noch auf den Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) und die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54046).

Die Auffälligkeitskriterien adressieren zum einen die Falschdokumentation von ASA 5 und zum anderen kodierte Komplikationen ohne dazu passende Angaben im QS-Dokumentationsbogen. Die Bundesergebnisse hinsichtlich des Anteils rechnerisch auffälliger Leistungserbringer sind für diese 3 Auffälligkeitskriterien vergleichbar zum Vorjahr (AJ 2024) oder geringfügig besser.

Die zum Erfassungsjahr 2026 erfolgende Integration von Sozialdaten bedingt den Wegfall der folgenden Auffälligkeitskriterien:

- Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation (ID 850148)
- Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen (ID 850149)

Das Auffälligkeitskriterium „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen“ (ID 850149) hat von den 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die höchste Anzahl an Zählerfällen (117/590; 19,83 %), die anderen beiden haben mit 31 und 40 Fällen deutlich weniger Fälle im Zähler.

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zu Über- und Unterdokumentation liegen im Auswertungsjahr 2025 bei 100,56 %, es konnte demnach eine leichte Überdokumentation festgestellt werden. Im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation sind 1,54 % (16/1.037) aller Leistungserbringer rechnerisch auffällig und im Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 0,77 % (8/1.037).

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums zum Mindestdatensatz liegt mit 0,13 % auf dem Niveau des Vorjahres: 0,19 % (2/1.037) aller Leistungserbringer waren in diesem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig.

Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850147	Angabe von ASA 5	0,06 % 40/64.986 (= 0)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	40,79 % 31/76 (= 0)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	19,83 % 117/590 (≤ 50,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,56 % 65.072/64.707 (≥ 95,00 %)
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,56 % 65.072/64.707 (≤ 110,00 %)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,13 % 86/64.707 (≤ 5,00 %)

Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850147	Angabe von ASA 5	54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	33 von 993	3,32	3
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	27 von 65	41,54	4
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	10 von 377	2,65	1
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	16 von 1.037	1,54	0
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	8 von 1.037	0,77	0
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	2 von 1.037	0,19	0

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 14: AK 850147: Angabe von ASA 5

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,05 % O = 34 N = 64.460	0,06 % O = 39 N = 64.927	**0,06 %** **O = 40** **N = 64.986**
rechnerische Auffälligkeiten	32 von 1.038 3,08 %	37 von 1.023 3,62 %	**33 von 993** **3,32 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 32 (37,50 %)	**14 / 37** **(37,84 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	12 / 1.038 (1,16 %)	**14 / 1.023** **(1,37 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine zu hohe (unwahrscheinliche) Anzahl von ASA-5-Einstufungen zu detektieren. Die dem Auffälligkeitskriterium zugrunde liegende Hypothese ist, dass in den meisten Fällen eine niedrigere ASA-Einstufung korrekt wäre und ASA 5 somit falsch dokumentiert wurde.

Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den Qualitätsindikatoren „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) und „Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54042) sowie zur Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54046).

Eine falsche, zu hohe ASA-Einstufung führt zu einem zu hoch prognostizierten Risikoprofil des Leistungserbringers. Insbesondere ASA 5 hat mit dem Regressionskoeffizienten von 2,71 bei der Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ einen hohen Einfluss auf das leistungserbringerspezifische Risiko.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde in 0,06 % (40/64.986) aller Fälle ASA 5 angegeben. 3,32 % (33/993) der Leistungserbringer haben in diesem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Zu 30 der 37 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen im Auswertungsjahr 2024 wurden Stellungnahmeverfahren geführt und 14 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. In 2 Fällen wurden als Begründung Übertragungsfehler genannt. Bei den 7 der nicht eingeleiteten Stellungnahmeverfahren wurde jeweils die erstmalige rechnerische Auffälligkeit als Begründung genannt.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten in das Verfahren *QS HGV* wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 15: AK 850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	43,96 % O = 302 N = 687	20,98 % O = 107 N = 510	**19,83 %** **O = 117** **N = 590**
rechnerische Auffälligkeiten	18 von 421 4,28 %	8 von 337 2,37 %	**10 von 377** **2,65 %** **(Refbereich: ≤ 50,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 18 (33,33 %)	**4 / 8** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 421 (1,43 %)	**4 / 337** **(1,19 %)**	n. a.

Kodierungen von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von spezifischen intra- oder postoperativen Komplikationen deuten auf Dokumentationsfehler hin. Der Referenzbereich liegt bei ≤ 50,00 %, sodass Leistungserbringer auffällig werden, wenn in mehr als 50 % ihrer Fälle mit den ICD-Diagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 keine spezifische Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben wurde und gleichzeitig mindestens 5 Fälle im Nenner vorlagen.

Die für die allgemeinen und spezifischen Komplikationen vorgenommene Anpassungen in Form der Einführung einer weichen Plausibilitätsprüfung zwischen Entlassungsdiagnosen und Komplikationen verbessern die QS-Dokumentation, was sich sowohl an den Ergebnissen der betreffenden Qualitätsindikatoren als auch an diesem Auffälligkeitskriterium mit Bezug zum Indikator „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54029) zeigt.

Das Bundesergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums hat sich von Auswertungsjahr 2023 (43,96 %) zu Auswertungsjahr 2024 (20,98 %) halbiert und liegt im Auswertungsjahr 2025 (19,83 %) nochmal ca. 1 % niedriger als im Auswertungsjahr 2024. Das IQTIG geht davon aus, dass dieser Rückgang auf die Änderung des Dokumentationsbogens im Erfassungsjahr 2023 zurückzuführen ist (s. Abschnitt 2.2.1). Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer ist in den Auswertungsjahren 2024 (2,37 %) und 2025 (2,65 %) ebenfalls deutlich geringer als im Auswertungsjahr 2023 (4,28 %). Es wurden 7 Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2024 geführt, wovon bei 4 Leistungserbringerergebnissen die Einstufung „qualitativ auffällig“ getroffen wurde. In einer Begründung wurden Dokumentationsdefizite genannt.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 16: AK 850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	49,12 % O = 28 N = 57	46,77 % O = 29 N = 62	**40,79 %** **O = 31** **N = 76**
rechnerische Auffälligkeiten	23 von 50 46,00 %	24 von 54 44,44 %	**27 von 65** **41,54 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 23 (56,52 %)	**6 / 24** **(25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 50 (26,00 %)	**6 / 54** **(11,11 %)**	n. a.

Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums sollen Dokumentationsfehler erfasst werden, bei denen die Diagnose mit dem ICD-Kode M96.6 – Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantats – kodiert wird, die entsprechende Angabe als Komplikation im QS-Dokumentationsbogen jedoch fehlt. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu dem Indikator „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur" (ID 54029). Nicht angegebene Frakturen fallen in der Folge aus dem Zähler dieses Indikators heraus. Der Referenzbereich liegt bei 0, sodass jeder Fall eine rechnerische Auffälligkeit verursacht.

Im Auswertungsjahr 2025 gingen 76 Fälle in den Nenner und 31 Fälle in den Zähler des Auffälligkeitskriteriums ein. Das Bundesergebnis liegt damit bei 40,79 % und ist geringer als in den beiden Vorjahren. In diesem Auffälligkeitskriterium gibt es im Modul *HGV-OSFRAK* die meisten rechnerischen Auffälligkeiten. Im Auswertungsjahr 2024 wurden nach 16 geführten Stellungnahmeverfahren 6 Leistungserbringer als qualitativ auffällig eingestuft. Das Ergebnis hat sich im Vergleich zum Vorjahr halbiert. Aus den Rückmeldungen dazu gehen Kodierfehler und eine nachträgliche Korrektur der Diagnose M96.6, die jedoch im zugehörigen QS-Bogen nicht korrigiert wurde, hervor. Ein Stellungnahmeverfahren wurde nicht eingeleitet, weil eine rechnerische Auffälligkeit erstmals vorgelegen habe. 6 Leistungserbringer wurden als „qualitativ unauffällig" bewertet. Bei den Begründungen wurden eine periimplantäre Fissurlinie, eine Fehldokumentation sowie eine Fallzusammenlegung berichtet.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 17: AK 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	101,06 % O = 64.546 N = 63.867	100,97 % O = 65.001 N = 64.378	**100,56 %** **O = 65.072** **N = 64.707**
rechnerische Auffälligkeiten	15 von 1.107 1,36 %	18 von 1.080 1,67 %	**16 von 1.037** **1,54 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 15 (33,33 %)	**12 / 18** **(66,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 1.107 (0,45 %)	**12 / 1.080** **(1,11 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Dies traf im Auswertungsjahr 2025 in 100,56 % der Fälle zu. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor (AJ 2023: 101,06 %; AJ 2024: 100,97 %).

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Unterdokumentation liegt mit 1,54 % unter dem Niveau der Vorjahre (AJ 2023: 1,36 %; AJ 2024: 1,67 %). Zu 5 der 18 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde 3-mal u. a. mit dem Vorliegen eines erstmalig rechnerisch auffälligen Ergebnisses begründet. In einem Fall hat die LAG zurückgemeldet, dass korrekt dokumentiert worden sei, jedoch eine fehlerhafte Zuordnung der Daten zum zugehörigen Standort vorgelegen habe. In einem anderen Fall lagen Probleme durch einen unterjährigen Wechsel des Krankenhausinformationssystems (KIS) vor.

12 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden meist aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet, zu 4 Ergebnissen wurden Kommentare von den LAG übermittelt. In 2 Fällen wurden dokumentationspflichtige Fälle nicht dokumentiert. In einem Fall entstand die Unterdokumentation aufgrund einer hausinternen Verlegung an einen anderen Standort. Ein Leistungserbringer hat zu dem rechnerisch auffälligem AK-Ergebnis keine Stellungnahme übermittelt und wurde daher als qualitativ auffällig bewertet. Kein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, jedoch einer mit „Sonstiges“. Die LAG begründeten dies mit der Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens aufgrund unvollständiger Datenlage infolge eines schwerwiegenden IT-Vorfalls. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

Tabelle 18: AK 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	101,06 % O = 64.546 N = 63.867	100,97 % O = 65.001 N = 64.378	**100,56 %** **O = 65.072** **N = 64.707**
rechnerische Auffälligkeiten	26 von 1.107 2,35 %	9 von 1.080 0,83 %	**8 von 1.037** **0,77 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 26 (34,62 %)	**3 / 9** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	9 / 1.107 (0,81 %)	**3 / 1.080** **(0,28 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2025 in 100,56 % der Fall. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor (AJ 2023: 101,06 %; AJ 2024: 100,97 %). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Überdokumentation liegt mit 0,77 % unter dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2024: 2,35 %; AJ 2025: 0,83 %).

Zu 4 der 9 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In einem Fall wurde dies mit dem Vorliegen eines erstmalig rechnerisch auffälligen Ergebnisses begründet. In einem anderen Fall hat die LAG kommentiert, dass sie sich aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten verstärkt mit den Qualitätsindikatoren befassen werde. In einem weiteren Fall hat die LAG zurückgemeldet, dass korrekt dokumentiert worden sei, jedoch eine fehlerhafte Zuordnung der Daten zum zugehörigen Standort vorgelegen habe. In einem weiteren Fall lagen Probleme durch einen unterjährigen Wechsel des Krankenhausinformationssystems (KIS) vor.

Drei rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, jedoch keine Kommentare der LAG übermittelt. Kein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, jedoch 2 mit „Sonstiges“. Die LAG begründeten dies in einem Fall mit der Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens aufgrund unvollständiger Datenlage infolge eines schwerwiegenden IT-Vorfalls. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde zu einem qualitativ auffälligen Ergebnis eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet.

Tabelle 19: AK 850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,13 % O = 86 N = 63.867	0,11 % O = 74 N = 64.378	**0,13 %** **O = 86** **N = 64.707**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 1.107 0,36 %	2 von 1.080 0,19 %	**2 von 1.037** **0,19 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	**0 / 2** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.107 (0,00 %)	**0 / 1.080** **(0,00 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft Minimaldatensätze übermittelt wurden. Im Auswertungsjahr 2025 wurden 0,13 % MDS übermittelt. Das Bundesergebnis liegt somit auf dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2023: 0,13 %; AJ 2024: 0,11 %). Rechnerisch auffällig werden Leistungserbringer, bei denen in mehr als 5,00 % der Fälle ein MDS übermittelt wird. Dies war im Auswertungsjahr 2025 bei 0,19 % aller Leistungserbringer der Fall (4/1.155). Im Auswertungsjahr 2024 waren 2 Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig. Eines wurde als qualitativ unauffällig und eines mit „Sonstiges" bewertet. Die Einstufung „Sonstiges" hat die LAG mit dem Vorliegen einer fehlerhaften ICD-Kodierung begründet. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	5.180	-	5.089	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	5.180	100,00	5.089	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	424	8,19	365	7,17
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,24	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	423	100,00	365	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	423	100,00	365	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	106	25,06	97	26,58
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	317	74,94	268	73,42
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	317	100,00	268	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	8	2,52	3	1,12
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	0,63	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	209	49,41	160	43,84
Bewertung als qualitativ auffällig	65	15,37	67	18,36
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	33	7,80	28	7,67
Sonstiges	10	2,36	13	3,56

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	27	n. a.	12	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* gab es im Auswertungsjahr 2024 weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse als im Vorjahr. Die Verteilung zwischen eingeleiteten und nicht eingeleiteten Stellungnahmeverfahren war dabei mit 3/4 (eingeleitet) zu 1/4 (nicht eingeleitet) auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Eine Nicht-Einleitung wurde vor allem mit einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit, einer geringen oder nicht signifikanten Abweichung vom Referenzwert und mit kleinen Fallzahlen begründet. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 wurden weniger Gespräche (AJ 2023: 8; AJ 2024: 3) und Begehungen (AJ 2023: 2; AJ 2024: 0) durchgeführt.

25,00 % der Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden anschließend als qualitativ auffällig bewertet, dies betraf vor allem den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) (28,38 %). Bei 50 von 67 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen führten Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel zu dieser Einstufung. 16-mal wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, und einmal führte ein sonstiger Grund zu dieser Bewertung.

Im Stellungnahmeverfahren wurden 67 von 268 Leistungserbringerergebnissen als qualitativ unauffällig bewertet. Bei 67,5 % der als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse handelt es sich laut Rückmeldung der Landesarbeitsgemeinschaften um Einzelfälle. Nach einer Analyse des IQTIG betraf das teilweise auch Indikatorergebnisse, bei denen das jeweilige Qualitätsziel in relativ vielen Fällen nicht erreicht wurde (hohe Anzahl im Zähler). So wurde das Ergebnis eines Leistungserbringers, bei dem 21 von 100 Patientinnen und Patienten (21 %) nicht innerhalb der geforderten Zeit operiert wurden, als „qualitativ unauffällig“ bewertet. Das Ergebnis eines anderen Leistungserbringers erhielt dieselbe Bewertung bei 22 von 109 Patientinnen und Patienten (20,2 %).

In 28 Fällen war die Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Dies betraf vor allem den Qualitätsindikator zur Sturzprophylaxe (ID 54050) mit 10 Fällen. Die Landesarbeitsgemeinschaften wiesen darauf hin, dass vielfach Dokumentationsfehler vorgelegen haben. Deren Häufigkeit deckt sich bei diesem Indikator mit den Ergebnissen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung. Der Indikator zur Sturzprophylaxe wird daher zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Zu 10 Leistungserbringerergebnissen wurden insgesamt 12 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet. Diese betrafen vor allem den Indikator zur präoperativen Verweildauer (6 Maßnahmen). So wurden bei einem Leistungserbringer fehlende oder unzureichende

Standardanweisungen zum präoperativen Management und Kapazitätsprobleme festgestellt, die zur Häufung einer verzögerten operativen Versorgung führten. Der Leistungserbringer wurde aufgefordert, ein Konzept zur Lösung der Kapazitätsprobleme vorzulegen. Bei einem anderen Leistungserbringer sollten im Rahmen eines Kollegialgesprächs Verbesserungsmaßnahmen aufgrund fehlender OP-Kapazitäten erarbeitet werden. Zu den Qualitätsindikatoren „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) und „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54029) wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert. 12 Leistungserbringer haben im Auswertungsjahr in mehr als 3 Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-OSFRAK

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
237	46	12	57	5	0

237 Leistungserbringer hatten in einem Indikator, 46 Leistungserbringer in 2 Indikatoren und 12 in mindestens 3 Indikatoren ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. 57 Leistungserbringer wurden in einem Indikator und fünf Leistungserbringer in 2 Indikatoren als qualitativ auffällig bewertet. Kein Leistungserbringer wurde in 3 oder mehr Indikatoren als qualitativ auffällig bewertet.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	4.838	100,00	4.684	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	118	2,44	98	2,09
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	118	100,00	98	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	41	34,75	25	25,51

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	77	65,25	73	74,49
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	77	100,00	73	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	24	20,34	19	19,39
Bewertung als qualitativ auffällig	45	38,14	39	39,80
Sonstiges	8	6,78	15	15,31
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	1	n. a.	1	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 4.684 Ergebnisse ermittelt wurden. Zu 73 der 98 rechnerisch auffälligen AK-Ergebnisse wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 25-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde in vielen Fällen damit begründet, dass eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit vorlag und sich die Fachkommissionen aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten verstärkt mit den Qualitätsindikatoren befassen würden. Gespräche oder Begehungen fanden nicht statt.

Es wurden 39 der 73 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde, als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 98) einem Anteil von 39,80 % entspricht und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einen Anteil von 53,42 % (39/73).

In 36 der 39 Fälle wurde die fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation bestätigt, und die Ergebnisse wurden entsprechend als qualitativ auffällig bewertet. Dies betraf mit 13 Fällen vor allem das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“ (ID 850147), beim Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation“ (ID 850351) war dies 11-mal der Fall.

Die Gründe für die fehlerhaften/unvollständigen Dokumentationen sind je nach Auffälligkeitskriterium verschieden. In 2 Fällen waren diese bspw. auf manuelle Übertragungsfehler zurückzuführen.

19 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, und zu 5 wurden Freitextkommentare übermittelt. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 wurden einmal eingeleitet und betrafen das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-OSFRAK

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
92	3	0	39	0	0

92 Leistungserbringer waren in einem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig und 3 in 2 Auffälligkeitskriterien.

Von keinem Leistungserbringer wurden die Ergebnisse in mehr als einem Auffälligkeitskriterium als qualitativ auffällig bewertet.

4 Evaluation

Die Evaluationsergebnisse des Auswertungsmoduls *HGV-OSFRAK* werden zusammen mit den Evaluationsergebnissen zum Auswertungsmodul *HGV-HEP* dargestellt.

5 Ausblick

Die zum Auswertungsmodul *HGV-HEP* unter „Ausblick“ beschriebenen Punkte gelten im selben Maße auch für das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK*.

Hüftendoprothesenversorgung

1 Hintergrund

Das Auswertungsmodul *Hüftendoprothesenversorgung* (*HGV-HEP*) des QS-Verfahrens *Hüftgelenkversorgung* (*QS HGV*) untersucht die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen eines künstlichen Hüftgelenks (Hüftendoprothese) sowie bei Eingriffen, bei denen ein bestehendes Implantat bzw. Teile davon gewechselt werden. Bei allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen eine Erstimplantation oder ein Wechsel einer Hüftendoprothese oder ein Wechsel eines Teils der Prothese durchgeführt wird, müssen die Krankenhäuser die Begründung für den Eingriff (Indikationsstellung), die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Komplikationen und die Sterblichkeit während des stationären Aufenthaltes dokumentieren.

Das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks gehört inzwischen zu den 20 häufigsten Operationen im Krankenhaus. Im Jahr 2023 wurde ein endoprothetischer Hüftgelenkersatz mehr als 270.000-mal durchgeführt. Die mit Abstand häufigste Indikation für die Implantation einer Hüftgelenkendoprothese ist die Hüftgelenksarthrose (Koxarthrose). Die damit oftmals einhergehenden Ruhe- oder Belastungsschmerzen und Bewegungseinschränkungen treten vor allem im fortgeschrittenen Stadium auf und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Ein künstlicher Hüftgelenkersatz kann außerdem bei der Versorgung von hüftgelenknahen Brüchen des Oberschenkels (Femurfrakturen wie z. B. Schenkelhalsfraktur) durchgeführt werden. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Fälle werden im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* betrachtet.

Bei korrekter Indikationsstellung sowie einem chirurgisch fachgerechten Eingriff und komplikationslosen Verlauf kann in der Regel von einer Standzeit der Implantate von 15 bis 20 Jahren und mehr ausgegangen werden. Weil mit dieser Operation aber der natürliche Knochen für immer ersetzt wird und zudem ein späterer Wechsel in höherem Lebensalter nicht unproblematisch ist, sollte der geplante Ersatz eines Hüftgelenks sorgfältig abgewogen werden.

Beim Einbau wird das künstliche Hüftgelenk in den körpereigenen Knochen eingebracht. Dabei können so schwerwiegende Komplikationen auftreten, dass ein Wechsel der Prothese oder einzelner Komponenten notwendig wird. Ein (vorzeitiger) Wechsel kann bei einer Lockerung des Implantats, einem Bruch des umliegenden Knochens oder einer Infektion erforderlich sein. Darüber hinaus können weitere, allgemeine Komplikationen wie Harnwegsinfekte bis hin zu Schlaganfällen oder Herzinfarkten Folge der Operation oder Nachbehandlung sein. Die Wechseloperationen selbst sind chirurgisch anspruchsvolle Eingriffe, die im Vorfeld eine präzise Indikationsstellung erfordern.

Ziel des Auswertungsmoduls *HGV-HEP* ist es, die Indikationsstellung und die Ergebnisqualität bei den genannten Eingriffen abzubilden und zu verbessern sowie die Komplikationsraten während und nach der Operation zu verringern. Mobilität und körperliche Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten sollten möglichst schnell und komplikationslos wiederhergestellt oder verbessert

© IQTIG 2025

werden. Patientinnen und Patienten mit sehr spezifischen Erkrankungen, etwa onkologischen Erkrankungen, kindlichen Fehlbildungen oder chronischen Gelenkentzündungen im Kindes- und Jugendalter, werden derzeit aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Auswertungsmodul *HGV-HEP* umfasst 14 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Sie betrachten die Rechtzeitigkeit der Operation nach hüftgelenknahen Femurfrakturen (ID 54003) und die Angemessenheit der Indikationsstellung bei der geplanten Implantation (ID 54001) oder dem Wechsel (bzw. Komponentenwechsel) (ID 54002) einer Hüftendoprothese. Darüber hinaus werden die mit der Operation zusammenhängenden allgemeinen (IDs 54015–54017) und spezifischen (IDs 54018–54020) Komplikationen erfasst. Die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig zu gehen (ID 54012) und Treppen zu steigen (ID 192300), wird ebenfalls abgebildet. Weiterhin wird beobachtet, ob nach der Hüftendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 90 Tagen ein Wechseleingriff durchgeführt wurde (ID 10271). Schließlich wird die Sterblichkeit nach Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel von Hüftendoprothesen (ID 54013) als auch bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 191914) innerhalb des stationären Aufenthaltes erfasst.

Für die Indikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe werden aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung des G-BA die Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HGV-HEP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2024
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2024
54003	Präoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2024
54004	Sturzprophylaxe	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Allgemeine Komplikationen			
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2024
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2024
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Spezifische Komplikationen			
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2024
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2024
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2024
192300	Treppensteigen bei Entlassung	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung			
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2024
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	QS-Dokumentation	2024
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* gibt es 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit. 4 der 6 Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität und Vollständigkeit betreffen die Qualität der Erfassung von Komplikationen. Nicht angegebene Komplikationen fallen aus der Berechnung der Indikatorergebnisse, was eine Unterschätzung der Komplikationsraten nach sich ziehen kann. Dabei werden in einem Auffälligkeitskriterium Patientenfälle erfasst, bei denen eine „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation" (ID 850151) eingegeben wurde. In einem anderen Auffälligkeitskriterium werden Fälle erfasst, bei denen Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen kodiert wurden.

Fälle, bei denen trotz hoher Verweildauer keine Komplikationen dokumentiert werden, sind in dem Auffälligkeitskriterium „Komplikationen bei hoher Verweildauer" (ID 851905) erfasst. Da Folgeeingriffe nach Erstimplantationen meist aufgrund von Komplikationen durchgeführt werden, erfasst ein Auffälligkeitskriterium die Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes (ID 851907).

Die ASA-Klassifikation dient der Abschätzung des präoperativen Gesundheitszustands einer Patientin oder eines Patienten und wird in allen Risikoadjustierungsmodellen verwendet. Fehldokumentationen haben somit Einfluss auf die Einschätzung des Risikoprofils der Leistungserbringer. Die ASA-Kategorie 5 ist in dieser Klassifikation die höchste Stufe. Diese Patientinnen und Patienten sind gemäß der Definition moribund (todkrank) und würden ohne Operation voraussichtlich nicht überleben. Die operative Versorgung an der Hüfte dient in den meisten Fällen nicht der Le-

bensrettung und stellt eine starke Belastung für die Patientin oder den Patienten dar. Daher sollten zuvor Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten ergriffen werden, um eine bessere Ausgangssituation, mit einer ggf. weniger hohen ASA-Klassifikation, für die operative Versorgung zu schaffen. Eine Angabe von ASA 5 in Zusammenhang mit der operativen Versorgung an der Hüfte erscheint vor diesem Hintergrund folglich unplausibel. Der Referenzbereich in diesem Auffälligkeitskriterium liegt entsprechend bei 0.

Irrtümlich angelegte Prozedurbögen (ID 851804) stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar und sollten vermieden werden.

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit dienen dazu, Über- und Unterdokumentationen (IDs 850376, 850274 und 850275–850277) oder ein gehäuftes Anlegen von Minimaldatensätzen (ID 850369) festzustellen. Geprüft werden Falschangaben sowohl in ganzen Datensätzen wie innerhalb von Datensätzen. So kann bspw. im Falle einer Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (ID 850376) keine Aussage bezüglich frühzeitiger Wechsel getätigt werden, da in diesem Indikator nur GKV-versicherte Patientinnen und –Patienten betrachtet werden.

Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	QS-Dokumentation
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	QS-Dokumentation
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	QS-Dokumentation
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	QS-Dokumentation
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	QS-Dokumentation
852102	Angabe von ASA 5	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Im Erfassungsjahr 2024 stieg die Anzahl der übermittelten Datensätze im Auswertungsmodul *HGV-HEP* gegenüber dem Vorjahr um 7.805 Datensätze an. Bereits vor der Coronapandemie zeigte sich ein jährlicher Anstieg der Fallzahlen, der sich auch in den Folgejahren kontinuierlich fortsetzt.

Im Zählleistungsbereich „Hüftendoprothesen-Erstimplantationen“ 2,82 % und im Zählleistungsbereich „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ 1,28 % wurden im Erfassungsjahr 2024 mehr Basisdatensätze erfasst als im Erfassungsjahr 2023.

Tabelle 26: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	294.726 294.532 194	293.647	100,37
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.108		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.163	1.155	100,69
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	969	961	100,83

Zählleistungsbereiche

Tabelle 27: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	276.474 276.330 144	275.547	100,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.108		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.159	1.151	100,70
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	969	961	100,83

Tabelle 28: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.491 20.405 86	20.482	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	995		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.034	1.028	100,58
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	894	887	100,79

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Transparenzkennzahl liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Von insgesamt 1.117 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Indikator weisen 510 mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf. Die anteilig meisten Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Indikatorergebnis im Auswertungsjahr 2025 betrafen den Qualitätsindikator „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (ID 54120) (15,08 %). 36,7 % dieser Leistungserbringer hatten hier auch im Vorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Angemessenheit (Indikation) eines Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. –Komponentenwechsels (ID 54002) liegt leicht unter dem Niveau des Vorjahres, das zur Indikation von Erstimplantationen leicht darüber (ID 54001). Die Referenzbereiche dieser Qualitätsindikatoren wurden im Auswertungsjahr 2025 aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung ausgesetzt. Die Indikatoren werden im Auswertungsjahr 2026 letztmalig ausgewertet und zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54003) hat sich seit dessen Einführung im Jahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) jährlich verringert. Im Auswertungsjahr 2025 wurden 8,15 % aller Patientinnen und Patienten nicht innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme bzw. nach einem Inhouse-Sturz im Krankenhaus operiert; damit ist der Wert erneut gesunken. Dieser Indikator hat im Auswertungsjahr 2025 einen Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer von 11,84 %. Im Vorjahr lag dieser Wert noch bei 15,67 % und im Vorvorjahr bei 16,48 %. Dieser Verlauf zeigt, dass trotz der bereits erreichten Verbesserung noch immer ein Verbesserungspotenzial vorhanden ist. Bei 39 Leistungserbringern konnte im Auswertungsjahr 2024 nach geführtem Stellungnahmeverfahren ein qualitativ auffälliges Ergebnis ermittelt werden. Die

Rückmeldungen aus den Landesarbeitsgemeinschaften zeigen, dass vor allem Defizite im Gerinnungsmanagement sowie fehlende OP-Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Qualitätsziel nicht eingehalten werden konnte. 12 der 39 Leistungserbringer waren bereits im Vorjahr qualitativ auffällig. Es wurden in diesem Indikator zehnmal Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Die Anzahl der dokumentierten Komplikationen für die Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen (IDs 54015–54019 und 54120) war zum Auswertungsjahr 2024 angestiegen. Grund dafür war eine Anpassung im Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“, in dem eine Liste mit Diagnosekodes nach ICD zu möglichen Komplikationen mit dem QS-Datenfeld abgeglichen wird. Die Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 liegen auf dem Vorjahresniveau mit leicht abnehmender Tendenz.

Nach dem Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder einer Komponente treten häufiger spezifische Komplikationen auf als nach Erstimplantationen. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die entsprechenden Patientinnen und Patienten bereits im Vorfeld mindestens einen operativen Eingriff an dem betroffenen Gelenk hatten. Zusätzlich ist ein Wechseleingriff häufig mit einer vorherigen Infektion der Prothese oder mit einem Bruch in der Nähe der Prothese verbunden, die eine sehr viel komplexere Operationssituation bei den Wechseloperationen bedingen. Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation nach einer Wechseloperation ist im Vergleich zum Vorjahr etwa gleich geblieben (ca. 16 %). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerischer Auffälligkeit hat dabei zum Vorjahr leicht abgenommen.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung aus dem Krankenhaus gehen (ID 54012) und Treppen steigen (ID 192300) können, ist gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Sturzprophylaxe (ID 54004) zeigt im Auswertungsjahr 2025 zum dritten Mal in Folge eine positive Entwicklung. Für dieses Jahr wurde der Referenzbereich entsprechend der Empfehlung zur Abschaffung des Indikators zum Erfassungsjahr 2026 bereits ausgesetzt. Die Rückmeldungen seitens der Landesarbeitsgemeinschaften zu den geführten Stellungnahmen zum Auswertungsjahr 2024 weisen häufig auf Dokumentationsfehler hin. So konnten 19 von 34 Stellungnahmen wegen Dokumentationsfehlern nicht abschließend beurteilt werden. Für diesen Indikator wurden 4 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54013) liegt mit 0,35 % im Auswertungsjahr 2025 unter dem Niveau des Vorjahres (AJ 2024: 0,39 %). Das Bundesergebnis dieses Qualitätsindikators liegt bei 0,89. Es wurden somit 11 % weniger Sterbefälle nach einer geplanten Erstimplantation oder einem Wechsel beobachtet als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Bei den Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur liegt die Sterblichkeit im Auswertungsjahr 2025 bei 5,52 % und damit unter dem Ergebnis des Vorjahres und auf dem Niveau des Vorvorjahres (ID 191914; AJ 2024: 5,92 %; AJ 2023: 3,18 %). Das Bundesergebnis der dazugehörigen Transparenzkennzahl liegt bei 0,94. Es wurden somit 6 % weniger Sterbefälle beobachtet als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet.

Frühzeitige Wechsel von Endoprothesen (also innerhalb von 90 Tagen) (ID 10271) fanden im Auswertungsjahr 2025 häufiger als in den Vorjahren statt. Der häufigste Grund für diesen Eingriff war dabei mit 1.157 Fällen die periprothetische Fraktur, also ein Bruch in der Nähe der Hüftendoprothese.

Tabelle 29: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - HGV-HEP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	97,60 % O = 195.111 N = 199.907	97,73 % O = 201.806 N = 206.502 (Nicht definiert)	vergleichbar
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	91,68 % O = 18.357 N = 20.022	90,84 % O = 18.408 N = 20.265 (Nicht definiert)	vergleichbar
54003	Präoperative Verweildauer	8,96 % O = 6.239 N = 69.665	8,15 % O = 5.744 N = 70.479 (≤ 15,00 %)	vergleichbar
54004	Sturzprophylaxe	97,29 % O = 205.692 N = 211.430	97,64 % O = 211.773 N = 216.892 (Nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Allgemeine Komplikationen				
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 10.158 / 10.158,00 14,56 % O/N = 10.158 / 69.750	1,05 O/E = 10.839 / 10.369,75 15,35 % O/N = 10.839 / 70.594 (≤ 2,08; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,00 O/E = 3.556 / 3.556,00 1,79 % O/N = 3.556 / 198.372	0,93 O/E = 3.363 / 3.622,88 1,64 % O/N = 3.363 / 204.985 (≤ 2,84; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,00 O/E = 1.887 / 1.887,00 10,77 % O/N = 1.887 / 17.528	0,92 O/E = 1.757 / 1.919,89 9,92 % O/N = 1.757 / 17.708 (≤ 2,07; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Spezifische Komplikationen				
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 3.450 / 3.450,00 4,93 % O/N = 3.450 / 69.963	0,96 O/E = 3.360 / 3.490,04 4,75 % O/N = 3.360 / 70.745 (≤ 2,42; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,00 O/E = 4.654 / 4.654,00 2,33 % O/N = 4.654 / 199.907	0,93 O/E = 4.431 / 4.765,11 2,15 % O/N = 4.431 / 206.502 (≤ 2,48; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,00 O/E = 3.247 / 3.247,00 16,22 % O/N = 3.247 / 20.022	1,01 O/E = 3.348 / 3.310,74 16,52 % O/N = 3.348 / 20.265 (≤ 2,22; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00 O/E = 7.228 / 7.228,00 3,07 % O/N = 7.228 / 235.424	0,91 O/E = 6.782 / 7.444,23 2,78 % O/N = 6.782 / 243.925 (≤ 2,44; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
192300	Treppensteigen bei Entlassung	98,38 % O = 184.555 N = 187.601	98,47 % O = 191.226 N = 194.193 (Nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung				
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,00 O/E = 850 / 850,00 0,39 % O/N = 850 / 215.900	0,89 O/E = 782 / 880,87 0,35 % O/N = 782 / 222.693 (≤ 4,26; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	1,00 O/E = 4.126 / 4.117,92 5,92 % O/N = 4.126 / 69.750	0,94 O/E = 3.899 / 4.145,76 5,52 % O/N = 3.899 / 70.594	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	1,01 O/E = 3.843 / 3.810,32 1,39 % O/N = 3.843 / 275.651	0,97 O/E = 3.758 / 3.885,44 1,34 % O/N = 3.758 / 281.084 (≤ 2,50; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 30: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HGV-HEP

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54003	Präoperative Verweildauer	2023	162 von 1.034	15,67	74
		2024	117 von 988	11,84	59
Gruppe: Allgemeine Komplikationen					
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2023	54 von 1.033	5,23	9
		2024	53 von 990	5,35	15

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2023	59 von 1.077	5,48	8
		2024	67 von 1.053	6,36	10
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2023	97 von 996	9,74	15
		2024	114 von 966	11,80	29
Gruppe: Spezifische Komplikationen					
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2023	62 von 1.034	6,00	11
		2024	61 von 990	6,16	13
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2023	76 von 1.077	7,06	24
		2024	66 von 1.054	6,26	19
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2023	195 von 1.026	19,01	46
		2024	150 von 995	15,08	55

ID	Indikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2023	63 von 1.129	5,58	16
		2024	64 von 1.102	5,81	11
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2023	59 von 1.091	5,41	2
		2024	56 von 1.065	5,26	10
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	2023	62 von 1.142	5,43	17
		2024	59 von 1.116	5,29	16

2.2.2 Detailergebnisse

Indikationsstellung (IDs 54001 und 54002)

Tabelle 31: QI 54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	97,64 % O = 179.742 N = 184.080	97,60 % O = 195.111 N = 199.907	**97,73 %** **O = 201.806** **N = 206.502**
rechnerische Auffälligkeiten	62 von 1.088 5,70 %	79 von 1.077 7,34 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 62 (11,29 %)	**6 / 79** **(7,59 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 1.088 (0,64 %)	**6 / 1.077** **(0,56 %)**	n. a.

Tabelle 32: QI 54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	91,85 % O = 17.622 N = 19.185	91,68 % O = 18.357 N = 20.022	**90,84 %** **O = 18.408** **N = 20.265**
rechnerische Auffälligkeiten	217 von 1.029 21,09 %	251 von 1.026 24,46 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 217 (4,61 %)	**10 / 251** **(3,98 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 1.029 (0,97 %)	**10 / 1.026** **(0,97 %)**	n. a.

Diese beiden Qualitätsindikatoren adressieren die Indikationsstellung bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven, nicht frakturbedingten Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54001) oder einem Hüftendoprothesenwechsel bzw. –Komponentenwechsel (ID 54002). Das Bundesergebnis des Indikators zur Erstimplantation entspricht dem Vorjahresniveau, während das Ergebnis für Wechsel bzw. –Komponentenwechsel einen leichten Rückgang verzeichnet. Nach Prüfung wurde festgestellt, dass die Indikatoren zur Indikationsstellung das Eignungskriterium der Validität nicht erfüllen. Daher werden deren Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt und die Indikatoren ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Im Auswertungsjahr 2024 wurden für die Qualitätsindikatoren Referenzbereiche ausgegeben und Stellungnahmeverfahren geführt. Im Indikator zu Wechseln bzw. Komponentenwechseln waren

mehr Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig als beim Indikator zu Erstimplantationen (ID 54002: 24,5 %; ID 54001: 7,3 %). Jedoch wurden in diesem Indikator zu 1/4 der Ergebnisse keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet (ID 54001: ca. 1/3). Begründet wurde das von den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) vor allem mit der Abschaffung der Indikatoren zum Erfassungsjahr 2026. Vereinzelt wurden auch die nicht signifikante Abweichung vom Referenzbereich oder die erstmalige Auffälligkeit als Gründe genannt, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten.

Bei Ergebnissen, die bezüglich der Erstimplantationen als qualitativ auffällig bewertet wurden, gaben die LAG z. B. an, dass anhand der vorgelegten Röntgenbilder die Indikation nicht bestätigt werden konnte. In einem anderen Fall hat die LAG kritisiert, dass die präoperativen Röntgenbilder der Belegärztinnen und -ärzte nicht mehr einsehbar waren.

Ergebnisse, die bezüglich der Wechsel bzw. Komponentenwechsel als qualitativ auffällig bewertet wurden, wurden vor allem mit einer fehlerhaften Dokumentation begründet. In einem Fall konnte die LAG u. a. die Indikationsstellung mit dem Ziel, die Beinlängendifferenz auszugleichen, nicht nachvollziehen und hinterfragte die Qualität der primären Implantation, insbesondere der präoperativen Planung und der intraoperativen Kontrolle.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden vor allem bei Dokumentationsproblemen eingeleitet, die jedoch nicht zu qualitativ auffälligen Ergebnissen geführt haben.

Aktuell ist das IQTIG damit beauftragt, eine Patientenbefragung zu primären Hüft- und Knieendoprothesen zu entwickeln. Dabei wird geprüft, ob Qualitätsaspekte, die über die QS-Dokumentation nicht oder nur unzureichend adressiert werden können wie z. B. die korrekte Indikationsstellung, sich über eine Patientenbefragung abbilden lassen.

Präoperative Verweildauer (ID 54003)

Tabelle 33: QI 54003: Präoperative Verweildauer

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	9,28 % O = 6.297 N = 67.886	8,96 % O = 6.239 N = 69.665	**8,15 %** **O = 5.744** **N = 70.479**
rechnerische Auffälligkeiten	174 von 1.058 16,45 %	162 von 1.034 15,67 %	**117 von 988** **11,84 %** **(Refbereich: ≤ 15,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	44 / 174 (25,29 %)	**39 / 162** **(24,07 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	44 / 1.058 (4,16 %)	**39 / 1.034** **(3,77 %)**	n. a.

Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die Patientinnen und Patienten innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme bzw. nach einem Inhouse-Sturz im Krankenhaus operativ versorgt werden. Das

Bundesergebnis dieses Qualitätsindikators liegt mit 8,15 % im Auswertungsjahr 2025 unter dem Ergebnis der Vorjahre und damit erneut auf dem niedrigsten Stand seit Beginn der Erhebung.

Bei vergleichender Betrachtung ist festzustellen, dass ca. 8 % der Patientinnen und Patienten ohne antithrombotische Dauertherapie und ca. 13 % der Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie nicht innerhalb von 48 Stunden operiert werden.

Im Auswertungsjahr 2025 sind 11,84 % der Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig, 1,92 % der Leistungserbringerergebnisse weichen statistisch signifikant vom Referenzbereich ab. Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer ist im Vergleich zum Vorjahr (15,67 %) gesunken.

Zu ca. 15 % der im Auswertungsjahr 2024 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die LAG begründeten dies mit einer geringen Abweichung vom Referenzwert, einer Abweichung aufgrund von Einzelfällen oder einer erstmaligen Auffälligkeit.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 39 der 162 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Viele LAG meldeten zurück, dass bei diesen Leistungserbringern häufig Probleme hinsichtlich des Umgangs mit Patientinnen und Patienten, die Antikoagulanzien einnehmen, vorlagen. Bei anderen Leistungserbringern gab es außerdem OP-Kapazitäts- und/oder Priorisierungsprobleme. Teilweise wurde berichtet, dass sich die Leistungserbringerergebnisse im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert hätten. Bei einzelnen Leistungserbringerergebnissen haben sich die Ergebnisse laut der LAG im Vergleich zum Vorjahr zwar gebessert, lägen aber weiterhin außerhalb des Referenzbereichs.

90 Leistungserbringerergebnisse wurden nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig bewertet. Bei mehr als 2/3 davon gaben die LAG an, dass sich die rechnerisch auffälligen Ergebnisse durch Einzelfälle erklären ließen. Jedoch betraf dies nach einer Analyse des IQTIG auch Leistungserbringer mit großer Fallzahl und leistungserbringerbezogenen Raten von über 20 %, sodass sich dort eine Inkongruenz zeigte. Zum äquivalenten Indikator in *HGV-OSFRAK* (ID 54030) haben die Mitglieder des Expertengremiums zurückgemeldet, dass die Vorgehensweisen in den LAG sehr unterschiedlich seien und die Bewertungen immer ein Mehrheitsvotum der Gruppe darstellten. Zu ca. 1/4 der als unauffällig bewerteten Leistungserbringerergebnisse meldeten die LAG zurück, dass keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme vorlägen. Von allen Indikatoren dieses Verfahrens wurden zu diesem Qualitätsindikator die meisten Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet, 10 davon zu qualitativ auffälligen Ergebnissen und eine zu einem nicht qualitativ auffälligen Ergebnis. Bei Ersteren wurde vorwiegend die Implementierung von Behandlungspfaden gefordert. Bei Letzterem lagen beim betreffenden Leistungserbringer Probleme bei der Dokumentation von Inhouse-Stürzen und Cut-outs vor (Einstufung D80). Für Fälle mit Cut-out sollen Prozedurbögen zu elektiven Erstimplantationen übermittelt werden. Wenn Leistungserbringer jedoch stattdessen einen Prozedurbogen zu den hüftgelenknahen Femurfrakturen übermitteln, gehen diese Fälle fälschlich in den Indikator zur präoperativen Verweildauer ein.

Das Expertengremium auf Bundesebene diskutiert in den Sitzungen seit Frühjahr 2024 eine Anpassung des Indikators zur präoperativen Verweildauer auf 24 Stunden für alle Patientinnen und Patienten. Hintergrund sind neue Erkenntnisse aus einer Studie von Neumann et al. (2025) über den Zusammenhang zwischen der präoperativen Verweildauer und dem Komplikations- und Mortalitätsrisiko bei Patientinnen und Patienten, die neue und/oder direkte orale Antikoagulanzien (NOAK/DOAK) einnehmen. Es konnte gezeigt werden, dass das Komplikations- und Mortalitätsrisiko bei Patientinnen und Patienten mit einer endoprothetischen Versorgung innerhalb von 24 Stunden, trotz des mit der Einnahme des Medikaments verbundenen höheren Blutungsrisikos, geringer ist als bei einer längeren Wartezeit bis zur Operation.

Im Laufe der letzten 3 Sitzungen auf Bundesebene (Frühjahr und Herbst 2024, sowie Frühjahr 2025) hat sich herauskristallisiert, dass im Expertengremium keine einheitliche Meinung dazu besteht, ob aufgrund dieser Ergebnisse eine Rechenregeländerung der beiden QI zur präoperativen Verweildauer (ID 54030 in *HGV-OSFRAK* und ID 54003 in *HGV-HEP*) empfohlen werden sollte. Einige Mitglieder halten die Festlegung auf 24 Stunden für alle Patientinnen und Patienten als zu eng gesetzt, insbesondere für Endoprothesen und für subtrochantäre Frakturen, und erwarten zukünftig negative Nebeneffekte. Andere Mitglieder berichten von positiven Erfahrungen mit der Umstellung hin zu einer zeitnahen Versorgung und sprechen sich weiterhin für die Anpassung der Rechenregeln aus.

Das IQTIG hat nach Abwägung der Erkenntnisse aus der Studie von Neumann et al. (2024) und der Empfehlungen aus der QSFFx-RL einerseits und der Einschätzungen des Expertengremiums andererseits empfohlen, die Rechenregel ab dem Erfassungsjahr 2026 entsprechend anzupassen. Der G-BA ist dieser Empfehlung mit Verweis auf die längere präoperative Vorbereitungszeit von Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie nicht gefolgt.

Sturzprophylaxe (ID 54004)

Tabelle 34: QI 54004: Sturzprophylaxe

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	96,97 % O = 192.720 N = 198.751	97,29 % O = 205.692 N = 211.430	**97,64 %** **O = 211.773** **N = 216.892**
rechnerische Auffälligkeiten	65 von 1.140 5,70 %	47 von 1.132 4,15 %	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 65 (12,31 %)	**3 / 47** **(6,38 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 1.140 (0,70 %)	**3 / 1.132** **(0,27 %)**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Sturzprophylaxe nach Erstimplantation oder Wechsel einer Hüftendoprothese bzw. einer Komponente. Die Anzahl aller Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren nach Erstimplantation oder Wechsel einer Hüftendoprothese, bei denen kein Sturzrisiko erfasst und für die keine Sturzprophylaxe erfolgt ist, soll so gering wie möglich sein.

Das Bundesergebnis hat sich im Vergleich zu den beiden Vorjahren leicht verbessert und liegt nun bei über 97 %.

Der Qualitätsindikator wird aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da die Eignungskriterien Validität, Reliabilität, Objektivität und Datenqualität nicht vollständig erfüllt sind. Der Referenzbereich wurde deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt und der Indikator ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Zu 13 der 47 im Auswertungsjahr 2024 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass dies in vielen Fällen mit der Streichung des Indikators zum Erfassungsjahr 2026 begründet wird. In anderen Fällen wird darauf verwiesen, dass es sich um Abweichungen aufgrund von Einzelfällen und/oder erstmalige Abweichungen handelt oder dass Stellungnahmeverfahren nur mit Leistungserbringern geführt werden, bei denen das QI-Ergebnis wiederholt rechnerisch auffällig ist.

Die meisten Stellungnahmeverfahren wurden mit der Bewertung „Dokumentationsfehler“ abgeschlossen beendet (19/31). In einem Fall führte laut der dazugehörigen LAG eine Umstellung des Dokumentationssystems (KIS) zu dem rechnerisch auffälligen Ergebnis. Einmal wurden die Sturzprophylaxemaßnahmen durchgeführt, jedoch nicht adäquat dokumentiert. 3 Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. In den Kommentaren verwiesen die LAG z. B. darauf, dass die Sturzrisikoeinschätzung nicht regelhaft erfolge und nur selten Maßnahmen nach einer Einschätzung abgeleitet werden würden. Bei 2 Leistungserbringerergebnissen führten Dokumentationsprobleme zu dieser Einschätzung. Bei 2 der 10 als qualitativ unauffällig bewerteten Leistungserbringerergebnisse haben die LAG kommentiert, dass Dokumentationsprobleme vorlagen oder das Problem erkannt worden sei und Lösungen erarbeitet und umgesetzt würden.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 3 nicht qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen aufgrund von auffälligen Fehldokumentationen und zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet. Die Ergebnisse des letztgenannten Leistungserbringers waren wiederholt qualitativ auffällt. Laut Einschätzung der LAG wurde wiederholt keine ausreichende Einzelfallanalyse vorgenommen, sowie keine ausreichenden Gründe genannt. Nach Sichtung der Standardvorgehensweise (*Standard Operating Procedure;* SOP) sowie der Stellungnahme erkannte die Fachkommission im Auswertungsjahr 2024 Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, da die Sturzrisikoeinschätzung und die Sturzprophylaxe nicht regelhaft durchgeführt wurden. Im Rahmen einer Zielvereinbarung sollen Handlungsempfehlungen festgehalten werden sowie die konsequente Umsetzung und patientenorientierte Dokumentation der hauseigenen SOP im Rahmen einer Schulung besprochen werden.

Gruppen: Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54015–54020)

Anhand der Qualitätsindikatoren dieser beiden Gruppen wird erfasst, wie viele allgemeine und spezifische Komplikationen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und nach -Wechseln bzw. –Komponentenwechseln auftreten.

Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)" durch eine ICD-Liste erweitert (s. Abschnitt 2.2.1). Sofern Krankenhäuser einen ICD-Kode abrechnen, im Dokumentationsbogen jedoch keine entsprechende Komplikation angegeben haben, erscheint ein Hinweis im QS-Dokumentationsbogen in den Datenfeldern zu den Komplikationen (weiche Plausibilitätsregel). Ziele dieser Spezifikationsänderung waren die Verbesserung der Dokumentationsqualität von allgemeinen und spezifischen Komplikationen und die bessere Abbildbarkeit von Komorbiditäten in der Risikoadjustierung.

Alle Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen wurden mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Komorbiditäten sowie Einnahme von Antikoagulanzien. Die Risikoadjustierungsmodelle wurden auf den Vorjahresdaten (EJ 2023) geschätzt. Eine Ausnahme bildeten die Qualitätsindikatoren zu Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. Komponentenwechseln (ID 54017 und ID 54120), bei denen wegen der geringen Fallzahl die Datensätze aus den Erfassungsjahren 2022 und 2023 zur Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle kombiniert wurden.

Die vollständigen Listen zu Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 entnommen werden.

Aufgrund der Risikoadjustierung sind die Indikatorergebnisse des Auswertungsjahrs 2025 zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen nur eingeschränkt vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen.

Ab Erfassungsjahr 2026 werden die Informationen zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst. Informationen zu Komplikationen sind im QS-Dokumentationsbogen ab diesem Zeitpunkt an nur noch zu erfassen, wenn Leistungserbringer bestimmte ICD-Kodes zu Erkrankungen kodieren, bei denen unklar ist, ob diese bereits vor der Operation „present on admission" (POA) vorlagen oder eine Folge der OP sind.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

In den 3 Qualitätsindikatoren zu allgemeinen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- Pneumonie
- behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen
- tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
- Lungenembolie
- katheterassoziierte Harnwegsinfektion
- Schlaganfall

- akute gastrointestinale Blutung
- akute Niereninsuffizienz
- Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz

Tabelle 35: QI 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,74 O/E = 7.384 / 9.943,15 10,86 % O/N = 7.384 / 68.012	1,00 O/E = 10.158 / 10.158,00 14,56 % O/N = 10.158 / 69.750	**1,05** **O/E = 10.839 / 10.369,75** **15,35 %** **O/N = 10.839 / 70.594**
rechnerische Auffälligkeiten	60 von 1.058 5,67 %	54 von 1.033 5,23 %	**53 von 990** **5,35 %** **(Refbereich: ≤ 2,08; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 60 (10,00 %)	**8 / 54** **(14,81 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 1.058 (0,57 %)	**8 / 1.033** **(0,77 %)**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 5 % mehr allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 15,35 % und damit über dem Niveau des Vorjahres (14,56 %) und deutlich über dem des Auswertungsjahrs 2023 (10,86 %). Nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur treten mehr allgemeine Komplikationen auf als nach elektiven Erstimplantationen oder Wechseloperationen. Dies ist vor allem auf das höhere Alter und damit verbundene Morbiditäten (siehe ASA-Score) der Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur zurückzuführen. Sie sind im Mittel 81,13 Jahre alt (zum Vergleich: Alter bei elektiven Erstimplantationen: 68,83 Jahre; bei Wechseloperationen: 75,25 Jahre).

Als häufigste allgemeine Komplikation sind Pneumonien mit 4,29 % dokumentiert worden. Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) betrafen 3,92 % und katheterassoziierte Harnwegsinfektionen 3,40 % aller Fälle. In 2,93 % aller Fälle wurde eine akute Niereninsuffizienz dokumentiert. In 9,05 % aller Fälle wurde die Auswahl „sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen“ angegeben. Diese gehen jedoch nicht in die Berechnung des Indikatorergebnisses ein.

28 % (15/53) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 35 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stel-

lungnahmeverfahren eingeleitet (19/54). Begründet wurde dies von den LAG z. B. mit einer geringen Abweichung vom Referenzbereich, eine Verlaufskontrolle bei erstmaliger Auffälligkeit oder kleinen Fallzahlen. Zu einem der 22 Ergebnisse, die als qualitativ unauffällig bewertet wurden, wurde von einer LAG ein Kommentar übermittelt: „Überdokumentation von bereits bei Aufnahme bestehender Komplikation".

Unter den 8 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen sind laut den Kommentaren der LAG 2 Ergebnisse auf gehäufte Harnwegsinfektionen zurückzuführen. In einem anderen Fall konnte die LAG anhand der Stellungnahme nicht erkennen, ob bei relativer Häufung von Delir entsprechende Screenings durchgeführt wurden. Auch zu einem weiteren Leistungserbringerergebnis wies die LAG darauf hin, dass neben einer auffälligen Komplikationshäufung im Verhältnis zur Gesamtfallzahl vermehrt Fälle mit Delir auftraten.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 2 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet.

Tabelle 36: QI 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,75 O/E = 2.485 / 3.323,16 1,36 % O/N = 2.485 / 182.794	1,00 O/E = 3.556 / 3.556,00 1,79 % O/N = 3.556 / 198.372	**0,93** **O/E = 3.363 / 3.622,88** **1,64 %** **O/N = 3.363 / 204.985**
rechnerische Auffälligkeiten	71 von 1.088 6,53 %	59 von 1.077 5,48 %	**67 von 1.053** **6,36 %** **(Refbereich: ≤ 2,84; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 71 (5,63 %)	**11 / 59** **(18,64 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.088 (0,37 %)	**11 / 1.077** **(1,02 %)**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 7 % weniger allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 1,64 % unter dem Niveau des Vorjahres (1,79 %), aber über dem des Vorvorjahres (AJ 2023: 1,36 %). 14,93 % (10/67) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 28,81 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (17/59). Begründet wurde dies von den LAG z. B. damit, dass das Ergebnis nur knapp statistisch signifikant auffällig sei und es sich um eine erstmalige Auffälligkeit handele, weshalb zunächst eine Verlaufskontrolle erfolge. In anderen Fällen hat laut Aussage der LAG keine systematische Häufung von beeinflussbaren allgemeinen Komplikationen oder eine Abweichung durch Einzelfälle vorgelegen.

Zu den als 29 qualitativ unauffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen haben 2 LAG Kommentare übermittelt. Einmal lag laut LAG eine besondere klinische Situation vor. In dem andern Fall seien die beschriebenen Sachverhalte plausibel erläutert worden. Die LAG verweist darauf, dass Patientinnen und Patienten u. U. trotz strukturierter Prävention entsprechende Symptomatiken zeigen würden und dies der klinischen Realität entspreche.

Zu 9 der 11 als qualitativ auffällig bewerteten QI-Ergebnisse wurden von den LAG Kommentare übermittelt. Sie beziehen sich auf Struktur- und Prozessmängel, die jedoch leistungserbringerspezifisch unterschiedlich sind. Genannt wurden z. B. vorliegende Hinweise auf Defizite in der präoperativen Vorbereitung oder ein Verbesserungsbedarf beim präoperativen Management sowie bei der Pneumonieprophylaxe. In einem anderen Fall liegt laut LAG bei sukzessivem Anstieg der Komplikationen und gleichzeitig rückläufiger Gesamtfallzahl eine Häufung an kardialen Komplikationen vor, die Hinweise auf Flüssigkeitsmangel der Patientinnen und Patienten gebe.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet.

Tabelle 37: QI 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,74 O/E = 1.320 / 1.792,93 7,84 % O/N = 1.320 / 16.837	1,00 O/E = 1.887 / 1.887,00 10,77 % O/N = 1.887 / 17.528	**0,92** **O/E = 1.757 / 1.919,89** **9,92 %** **O/N = 1.757 / 17.708**
rechnerische Auffälligkeiten	103 von 990 10,40 %	97 von 996 9,74 %	**114 von 966** **11,80 %** **(Refbereich: ≤ 2,07; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 103 (5,83 %)	**8 / 96** **(8,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 990 (0,61 %)	**8 / 996** **(0,80 %)**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 8 % weniger allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 9,92 % unter dem Niveau des Vorjahres (10,77 %), aber über dem des Vorvorjahres (AJ 2023: 7,84 %).

25,44 % (29/114) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 42,71 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (41/96). Begründet wurde dies von den LAG meist mit dem Vor-

liegen kleinerer Fallzahlen oder damit, dass das Ergebnis nur knapp statistisch signifikant auffällig sei und es sich um eine erstmalige Auffälligkeit handele, weshalb zunächst eine Verlaufskontrolle erfolge. In anderen Fällen wird auf das Vorliegen von Einzelfällen hingewiesen.

43 der 55 Ergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden als qualitativ unauffällig bewertet, vor allem aufgrund von Einzelfallabweichungen (Bewertung U62). Die LAG haben dazu jedoch keine Kommentare übermittelt.

Zu den 8 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden zu 4 Fällen von den LAG Kommentare übermittelt. In einem Fall wurde keine aussagekräftige Stellungnahme übermittelt. In 2 Fällen wird auf die hohen Raten von konkreten Komplikationen bei bestimmten Leistungserbringern Bezug genommen (Harnwegsinfekte und Niereninsuffizienzen), und in einem Fall führte die hohe Rate bei gleichzeitig geringer Fallzahl zu dieser Einstufung.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden nicht eingeleitet.

Gruppe: Spezifische Komplikationen

In den 3 Qualitätsindikatoren zu spezifischen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- primäre Implantatfehllage
- sekundäre Implantatdislokalisation
- offen und geschlossen reponierte Endoprothesen(sub)luxation
- revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom
- revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom
- OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion
- bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden
- periprothetische Femurfraktur
- periprothetische Acetabulumfraktur
- Wundinfektionstiefe A2 und A3 nach den KISS-Definitionen bei vorliegender Wundinfektion
- Wunddehiszenz
- sekundäre Nekrose der Wundränder

Tabelle 38: QI 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,92 O/E = 3.086 / 3.353,60 4,53 % O/N = 3.086 / 68.177	1,00 O/E = 3.450 / 3.450,00 4,93 % O/N = 3.450 / 69.963	**0,96** **O/E = 3.360 / 3.490,04** **4,75 %** **O/N = 3.360 / 70.745**
rechnerische Auffälligkeiten	60 von 1.058 5,67 %	62 von 1.034 6,00 %	**61 von 990** **6,16 %** **(Refbereich: ≤ 2,42; 95. Perzentil)**

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 60 (16,67 %)	**9 / 62 (14,52 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 1.058 (0,95 %)	**9 / 1.034 (0,87 %)**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 4 % weniger spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dokumentiert, als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet wurde. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 4,75 % unter dem Niveau des Vorjahres (4,93 %), aber über dem des Vorvorjahres (AJ 2023: 4,53 %).

21,31 % (13/61) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 19,35 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (12/62). Begründet wurde dies in 4 Fällen damit, dass das nicht signifikante Ergebnis laut der Fachkommission auf Zufall beruhen könnte. Ebenfalls 4-mal erfolgte bei niedriger Signifikanz und erstmaliger Auffälligkeit zunächst eine Verlaufskontrolle.

37 der 50 Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ unauffällig bewertet, dies vor allem aufgrund von Einzelfallabweichungen (Bewertung U62). Die LAG haben dazu keine Kommentare übermittelt.

Die LAG haben 9 rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel als qualitativ auffällig bewertet. Bei 2 Leistungserbringern führten diese Mängel zu gehäuften Nachblutungen und Seromen, bei 2 anderen zu periprothetischen Frakturen. Gefäßverletzungen bei geringer Fallzahl und mehrfache Luxationen führten jeweils einmal zu dieser Bewertung. In einem Fall empfahl die LAG die routinemäßig zementierte Verankerung von Endoprothesen bei Patientinnen und Patienten mit über 75 Jahren. In einem weiteren Fall führte laut der LAG ein wiederholt rechnerisch auffälliges Ergebnis zur qualitativ auffälligen Bewertung und in einem weiteren die hohe Personalfluktuation sowie unzureichend ausgearbeitete SOPs.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet.

Tabelle 39: QI 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,97 O/E = 4.185 / 4.302,36 2,27 % O/N = 4.185 / 184.080	1,00 O/E = 4.654 / 4.654,00 2,33 % O/N = 4.654 / 199.907	**0,93** **O/E = 4.431 / 4.765,11** **2,15 %** **O/N = 4.431 / 206.502**
rechnerische Auffälligkeiten	83 von 1.088 7,63 %	76 von 1.077 7,06 %	**66 von 1.054** **6,26 %** **(Refbereich: ≤ 2,48; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	18 / 83 (21,69 %)	**19 / 76** **(25,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	18 / 1.088 (1,65 %)	**19 / 1.077** **(1,76 %)**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 7 % weniger allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 2,15 % unter dem Niveau der 2 vorausgehenden Jahre (AJ 2024: 2,33 %; AJ 2023: 2,27 %). Die Spezifikationsänderung hatte auf dieses QI-Ergebnis somit keinen längerfristigen Effekt.

28,79 % (19/66) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 18,42 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (14/76). Begründet wurde dies von den LAG z. B. damit, dass bei niedriger Signifikanz und erstmaliger Auffälligkeit zunächst eine Verlaufskontrolle erfolge oder dass die Abweichung durch Einzelfälle zustande gekommen sei.

40 der 62 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 2 Ergebnissen wurden von den LAG Kommentare übermittelt. In einem verweist die LAG darauf, dass eine SOP für das Vorgehen bei Adipositas und Koxarthrose vorliege, die eine zusätzliche OP-Aufklärung für Patientinnen und Patienten mit Adipositas beinhalte. In dem anderen Kommentar verweist die LAG darauf, dass die geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten die rechnerische Abweichung ausgelöst habe.

19 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, die meisten davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Die Kommentare der LAG dazu sind sehr heterogen. Einigen kann entnommen werden, dass infolge dieser Mängel einzelne spezifische Komplikationen wie Nervenläsionen, Wundheilungsstörungen, Infektionen und periprothetische Frakturen gehäuft auftraten. 3-mal hat die LAG vereinzelt intraoperative Qualitätsprobleme identifiziert. Ein Ergebnis erhielt diese Bewertung aufgrund von 2 Infektionen bei geringer Fallzahl, dabei sei ein Patient nach einer elektiven Erstimplantation sogar verstorben. In einem anderen

Fall zweifelte die LAG aufgrund der geringen Fallzahl an, dass die strukturellen Bedingungen für diesen Eingriff ausreichend waren.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 4 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen eingeleitet.

Tabelle 40: QI 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,76 O/E = 2.356 / 3.081,98 12,28 % O/N = 2.356 / 19.185	1,00 O/E = 3.247 / 3.247,00 16,22 % O/N = 3.247 / 20.022	**1,01** **O/E = 3.348 / 3.310,74** **16,52 %** **O/N = 3.348 / 20.265**
rechnerische Auffälligkeiten	160 von 1.029 15,55 %	195 von 1.026 19,01 %	**150 von 995** **15,08 %** **(Refbereich: ≤ 2,22; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	23 / 160 (14,37 %)	**21 / 195** **(10,77 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	23 / 1.029 (2,24 %)	**21 / 1.026** **(2,05 %)**	n. a.

Das Besondere an diesem Qualitätsindikator ist, dass für die Berechnung des Ergebnisses 2 Risikoadjustierungsmodelle verwendet werden. Eines bezieht sich auf implantatassoziierte Komplikationen (Ebene 1 – kalkulatorische Kennzahl) und das andere auf Weichteilkomplikationen (Ebene 2 – kalkulatorische Kennzahl).

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 1 % mehr allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechseln dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 16,52 % über dem Niveau der letzten 2 Vorjahre (AJ 2024: 16,22 %; AJ 2023: 12,28 %).

Nach Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln treten häufiger spezifische Komplikationen auf als nach elektiven oder frakturbedingten Erstimplantationen. Betroffene Patientinnen und Patienten hatten bereits im Vorfeld mindestens einen operativen Eingriff an dem betroffenen Gelenk; zusätzlich ist ein Wechseleingriff häufig mit einer vorherigen Infektion der Endoprothese oder einer periprothetischen Fraktur verbunden, die eine sehr viel komplexere Operationssituation bei den Wechseloperationen bedingen.

36,67 % (55/150) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 38,97 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stel-

lungnahmeverfahren eingeleitet (76/195). Begründet wurde dies von den LAG z. B. mit einer geringen Abweichung vom Referenzwert, einer kleinen Fallzahl, der Verlaufskontrolle bei erstmaliger Auffälligkeit, aufgrund von Einzelfällen oder damit, dass das nicht signifikante Ergebnis auf Zufall beruhen könnte.

68,01 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig bewertet (81/119), zumeist aufgrund von Einzelfällen, wobei die LAG hierzu keine Hinweise in den Freitextkommentaren übermittelt haben.

21 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, die meisten davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Die Kommentare der LAG dazu sind sehr heterogen. Einigen kann entnommen werden, dass infolge dieser Mängel einzelne spezifische Komplikationen wie Serome, Hämatome, Wundheilungsstörungen, Infektionen oder Luxationen gehäuft auftraten. In einigen Fällen lag laut Aussage der LAG eine hohe Personalfluktuation und eine unzureichende Expertise für komplexe Eingriffe vor. Gehäufte Komplikationen bei geringer Fallzahl führten ebenfalls zweimal zu einer qualitativ auffälligen Bewertung.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 2 nicht qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen und zu 4 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen eingeleitet. Bei den 2 nicht qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen lagen Dokumentationsprobleme vor. In einem Fall waren diese systematisch, sodass eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen wurde. In dem anderen Fall erfolgt laut LAG eine Fortbildungsmaßnahme zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials.

Dieser Qualitätsindikator ist der einzige im Auswertungsmodul *HGV-HEP*, bei dem zu einem als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnis Maßnahmen der Stufe 2 eingeleitet wurden. Die LAG begründete dies mit dem jahresübergreifenden Auftreten von qualitativen Auffälligkeiten bei einem Leistungserbringer in verschiedenen Bereichen. Darüber hinaus erfolgten eine Information der Landesplanungsbehörde und ein Gespräch im Ministerium. Der Umsetzungsstand der eingeleiteten Maßnahmen soll laut Aussage der LAG kontinuierlich überprüft werden.

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54012)

Tabelle 41: QI 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,03 O/E = 8.119 / 7.907,49 3,54 % O/N = 8.119 / 229.206	1,00 O/E = 7.228 / 7.228,00 3,07 % O/N = 7.228 / 235.424	**0,91** **O/E = 6.782 / 7.444,23** **2,78 %** **O/N = 6.782 / 243.925**
rechnerische Auffälligkeiten	61 von 1.138 5,36 %	63 von 1.129 5,58 %	**64 von 1.102** **5,81 %** **(Refbereich: ≤ 2,44; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 61 (9,84 %)	**2 / 63** **(3,17 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 1.138 (0,53 %)	**2 / 1.129** **(0,18 %)**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Gehunfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung nach Erstimplantation einer Hüftendoprothese oder nach einem Wechsel, wenn die Patientin oder der Patient zum Aufnahmezeitpunkt gehen konnte. Seit dem Auswertungsjahr 2025 werden in diesem Indikator Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder eine Entlassung in eine geriatrische Frührehabilitation stattfand. Für diese Patientinnen und Patienten ist die Gehfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Akutbehandlung für eine selbstständige Versorgung nicht zwingend notwendig, da die weitere Mobilisation und Versorgung im weiterbehandelnden Krankenhaus sichergestellt ist.

Dieser Indikator wird mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Das Risikoadjustierungsmodell beinhaltet Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Voroperationen am Hüftgelenk, Eingriffsart, zum Vorliegen einer Wundkontamination oder einer periprothetischen Fraktur sowie zur Frakturlokalisation. Die vollständigen Listen zu Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 entnommen werden. Die Schätzung des Risikoadjustierungsmodells erfolgte auf Basis der Vorjahresdaten (EJ 2023).

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 9 % weniger Fälle mit Gehunfähigkeit bei Entlassung dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 2,78 % unter dem Niveau der letzten 2 Vorjahre (AJ 2024: 3,07 %; AJ 2023: 3,54 %).

17,19 % (11/64) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 44,44 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (28/63). Begründet wurde dies von den LAG mit nicht signifikant

oder erstmals rechnerisch auffälligen Ergebnissen, der Abweichung durch Einzelfälle oder kleinen Fallzahlen.

60 % (21/35) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 6 Ergebnissen wurden von den LAG Kommentare übermittelt, wobei 2-mal allgemein auf eine besondere klinische Situation hingewiesen wurde. Zu einem Ergebnis hat die LAG zurückgemeldet, in der Einrichtung seien sehr viele geriatrische Patientinnen und Patienten versorgt wurden. Zu einem anderen Leistungserbringerergebnis verweist die dazugehörige LAG im Kommentar auf Risikofaktoren, die aktuell nicht Bestandteil des Risikoadjustierungsmodells sind. Die LAG regt an, das Risikoadjustierungsmodell entsprechend zu überarbeiten. Dies sieht das IQTIG für das Auswertungsjahr 2026 vor. In einem weiteren Fall wird auf die Entlassung in die geriatrische Frührehabilitation hingewiesen. Solche Fälle werden seit dem Auswertungsjahr 2025 aus dem Indikator ausgeschlossen. In einem Fall weist die LAG auf eine verkürzte Verweildauer hin, wobei anhand des Kommentars nicht deutlich wird, ob es sich dabei um eine reguläre Entlassung handelte, bei der die Gehfähigkeit hätte wiederhergestellt werden sollen, oder um eine Entlassung in z. B. eine geriatrische Frührehabilitation, die ab dem Auswertungsjahr 2025 aus diesem Indikator ausgeschlossen wird.

2 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, weil keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt wurden. Weitere Informationen wurden dazu nicht übermittelt.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden nicht eingeleitet.

Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung (IDs 54013 und 191914)

Die Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts nach einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation und nach dem Wechsel der Hüftendoprothese bzw. einer Komponente wird als risikoadjustierter Qualitätsindikator ausgewertet, die Sterblichkeit nach einer hüftgelenknahen Femurfraktur als risikoadjustierte Transparenzkennzahl.

Diese Indikatoren/Kennzahlen werden mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten z. B. Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung sowie Gehstrecke/Gehhilfe. Zur Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle wurden die Vorjahresdaten (EJ 2023) verwendet. Bei dem Risikoadjustierungsmodell für Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 191914) gab es eine Besonderheit: Hier wurden die Datensätze der Module *HGV-HEP* und *HGV-OSFRAK* zur Schätzung des Modells kombiniert. Der Grund für dieses Vorgehen lag in der geringen Anzahl an Fällen.

Tabelle 42: QI 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,02 O/E = 830 / 809,90 0,42 % O/N = 830 / 199.631	1,00 O/E = 850 / 850,00 0,39 % O/N = 850 / 215.900	**0,89** **O/E = 782 / 880,87** **0,35 %** **O/N = 782 / 222.693**
rechnerische Auffälligkeiten	72 von 1.073 6,71 %	59 von 1.091 5,41 %	**56 von 1.065** **5,26 %** **(Refbereich: ≤ 4,26; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 72 (2,78 %)	**4 / 59** **(6,78 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 1.073 (0,19 %)	**4 / 1.091** **(0,37 %)**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 11 % weniger verstorbene Patientinnen und Patienten nach elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 0,35 % unter dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2024: 0,39 %; AJ 2023: 0,42 %).

17,86 % (10/56) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Zu 15,25 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (9/59). Begründet wurde dies von den LAG z. B. damit, dass das nicht signifikante Ergebnis auf Zufall beruhen könnte und bei Einzelfällen keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurden.

41 der 50 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 3 Ergebnissen wurden von den LAG in den Kommentaren übermittelt, dass die Fälle nachvollziehbar geschildert wurden.

5 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet und zu 3 Ergebnissen von den LAG Kommentare übermittelt. In einem Fall hat der betreffende Leistungserbringer keine Stellungnahme eingereicht. Eine hohe Rate bei geringer Fallzahl führte bei einem anderen Leistungserbringer zu einer qualitativ auffälligen Bewertung. Im dritten Fall musste das kollegiale Gespräch aufgrund einer geringen Teilnehmerzahl abgesagt werden.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem nicht qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet.

Tabelle 43: TKez 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,02 O/E = 4.206 / 4.127,94 6,18 % O/N = 4.206 / 68.012	1,00 O/E = 4.126 / 4.117,92 5,92 % O/N = 4.126 / 69.750	**0,94** **O/E = 3.899 / 4.145,76** **5,52 %** **O/N = 3.899 / 70.594**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2025 sind 6 % weniger Patientinnen und Patienten nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur verstorben als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 5,52 % unter dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2024: 5,92 %; AJ 2023: 6,18 %).

Treppensteigen bei Entlassung (ID 192300)

Tabelle 44: QI 192300: Treppensteigen bei Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,23 % O = 180.470 N = 183.726	98,38 % O = 184.555 N = 187.601	**98,47 %** **O = 191.226** **N = 194.193**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Dieser Indikator adressiert die durch eine elektive Erstimplantation einer Hüftendoprothese oder durch einen Hüftendoprothesen-Wechsel verursachte Unfähigkeit, bei Entlassung selbstständig Treppen zu steigen. Das Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2025 über dem Niveau der beiden Vorjahre. Nach elektiven Erstimplantationen können 98,99 % Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung Treppen steigen. Nach Wechseloperationen ist dies bei 88,07 % (einzeitiger Wechsel) bzw. 92,37 % (zweizeitige Wechsel) der Fall.

Ab dem Auswertungsjahr 2026 werden in den Zähler die Fälle eingehen, bei denen das Qualitätsziel „Treppensteigen bei Entlassung“ nicht erreicht wird. Das QI-Ergebnis kann dadurch als risikoadjustiertes Ergebnis (O/E) ausgewertet werden. Die Bezeichnung des Indikators wird entsprechend in „Kein Treppensteigen bei Entlassung“ geändert.

Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen (ID 10271)

Tabelle 45: QI 10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,02 O/E = 3.655 / 3.594,50 1,41 % O/N = 3.655 / 258.899	1,01 O/E = 3.843 / 3.810,32 1,39 % O/N = 3.843 / 275.651	**0,97** **O/E = 3.758 / 3.885,44** **1,34 %** **O/N = 3.758 / 281.084**
rechnerische Auffälligkeiten	57 von 1.146 4,97 %	62 von 1.142 5,43 %	**59 von 1.116** **5,29 %** **(Refbereich: ≤ 2,50; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 57 (14,04 %)	**11 / 62** **(17,74 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 1.146 (0,70 %)	**11 / 1.142** **(0,96 %)**	n. a.

Dieser Indikator adressiert die frühen Wechsel von knochenverankerten Endoprothesenteilen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Da es sich um einen Follow-up-Indikator in Periodensichtweise handelt, wurde hier Risikoadjustierung mittels der Subject-Years-Methode verwendet, wobei die Art des Eingriffs als einziger Risikofaktor verwendet wurde. Die Schätzung des Risikoadjustierungsmodells erfolgte auf den Vorjahresdaten (EJ 2023).

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 3 % weniger Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 1,34 % unter dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2024: 1,39 %; AJ 2023: 1,41 %). 27,12 % (16/59) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 29,03 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (18/ 62). Begründet wurde dies von den LAG damit, dass das nicht signifikante Ergebnis laut der Fachkommission auf Zufall beruhen könnte oder dass bei niedriger Signifikanz und erstmaliger Auffälligkeit zunächst eine Verlaufskontrolle erfolge.

31 der 44 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 10 Ergebnissen wurden von den LAG Kommentare

übermittelt. In einem Fall wurde die Bewertung von der LAG mit dem Hinweis auf eine besondere klinische Situation begründet. In einem anderen Fall war die Validierung in einem von 3 Fällen nicht möglich, da der Wechseleingriff in einem anderen Krankenhaus erfolgte als die Erstimplantation. Die LAG wies dabei darauf hin, dass Wechsel mobiler Teile systembedingt fälschlicherweise als Komponentenwechsel dokumentiert werden würden. Aus diesem Grund kann laut der LAG eine Häufung nicht sicher bestätigt und damit auch kein Zusammenhang mit einem Qualitätsdefizit hergestellt werden.

11 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, die meisten davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Die Kommentare der LAG dazu sind sehr heterogen. Einigen kann entnommen werden, dass die Mängel zu auffallend hohen Raten an Wundheilungsstörungen oder Luxationen geführt haben. Anderen Kommentaren zufolge hat die LAG den Leistungserbringern empfohlen, Prozesse der Indikationsstellung, der OP-Technik, der Implantatwahl und der Lagerung zu überprüfen und vorhandene SOPs zu überarbeiten. In einem Fall hat die LAG zurückgemeldet, dass keine konsistenten Regelungen zum OP-Verfahren (z. B. zementiert oder zementfrei) vorliegen würden. Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 3 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen eingeleitet.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden im Auswertungsjahr 2025 insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Es weisen von insgesamt 1.168 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 186 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Alle 6 Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit haben Bezug zu den Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen. Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit liegen zwischen 0,01 % („Angabe von ASA“; ID 852102) und 60,31 % („Komplikationen bei hoher Verweildauer“; ID 851905). Letzteres hat von allen 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit mit 7.292 auch die höchste Anzahl an Zählerfällen. Die anderen haben mit maximal 627 deutlich weniger Fälle im Zähler. Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer liegt zwischen 0,36 % („Angabe von ASA 5“) und 3,52 % („Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes“; ID 851907).

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit liegen im Auswertungsjahr 2025 zwischen 99, 69 % und 100,34 %, mit Ausnahme des Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz, wo das Bundesergebnis mit 0,07 % auf dem Niveau des Vorjahres liegt. Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer liegt zwischen 0,35 % („Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz“; ID 850369) und 6,71 % („Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)“; ID 850276).

Stellungnahmeverfahren aufgrund rechnerisch auffälliger AK-Ergebnisse wurden z. B. dann nicht eingeleitet, wenn es sich um eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit handelte oder nur eine geringe Abweichung vom Referenzwert vorlag. Der Fokus liegt laut einer LAG, die mehrfach keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet hat, im Falle der Auffälligkeitskriterien bei den wiederholt auffälligen Leistungserbringern. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien und den Qualitätsindikatoren befasse sich die Fachkommission verstärkt mit den Qualitätsindikatoren.

Sofern Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind die Ergebnisse in den meisten Fällen als qualitativ auffällig bewertet worden. Dies war z. B. der Fall, wenn keine Stellungnahme übermittelt wurde oder ein Kodier- bzw. Dokumentationsfehler vorlag. Vereinzelt führten auch Prozessprobleme (z. B. Informationsverlust bei Personalwechsel innerhalb der Qualitätsmanagement-Abteilung des Leistungserbringers) zu dieser Bewertung.

Ca. 64 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Auswertungsjahrs 2024, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Bei ca. 72 % der als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse wurden von den LAG zurückgemeldet, dass es sich dabei um Einzelfälle handele. Eine zusätzliche Analyse des IQTIG ergab jedoch, dass dies teilweise auch Indikatorergebnisse betraf, bei denen das jeweilige Qualitätsziel in relativ vielen Fällen nicht erreicht wurde (hohe Anzahl im Zähler). Das IQTIG hat die Analyseergebnisse mit dem Expertengremium auf Bundesebene besprochen. Dessen Mitglieder haben u. a. berichtet, dass die Bewertung der LAG immer ein Mehrheitsvotum der Gruppe darstellten und es somit auch zu solchen Bewertungen kommen könne. Das Expertengremium hat darauf hingewiesen, dass die Nutzung der Freitextangaben durch die LAG sehr hilfreich sei, und die LAG-Vertreter im Gremium gebeten, diesen Hinweis mitzunehmen.

Im Rahmen der Integration von Sozialdaten in das Verfahren *QS HGV* werden 4 der 6 Auffälligkeitskriterien nicht mehr benötigt und daher ab dem Auswertungsjahr 2027 nicht mehr ausgewertet. Die beiden Auffälligkeitskriterien „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen (ID 851905) und „Angabe von ASA 5“ (ID 852102) werden weiterhin ausgewertet.

Tabelle 46: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	16,82 % 600/3.568 (≤ 50,00 %)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	13,98 % 313/2.239 (≤ 30,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	7,20 % 303/4.210 (≤ 200,00 %)
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	60,31 % 7.292/12.091 (≤ 90,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	7,32 % 160/2.185 (= 0)
852102	Angabe von ASA 5	0,01 % 28/298.888 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	99,69 % 249.755/250.523 (≥ 95,00 %)
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	100,34 % 276.474/275.547 (≥ 95,00 %)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	100,34 % 276.474/275.547 (≤ 110,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	100,04 % 20.491/20.482 (≥ 95,00 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	100,04 % 20.491/20.482 (≤ 110,00 %)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,07 % 194/293.647 (≤ 5,00 %)

Tabelle 47: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2024	9 von 881	1,02	1
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2024	23 von 693	3,32	3
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	20 von 845	2,37	3

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2024	21 von 981	2,14	3
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2024	27 von 767	3,52	3

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
852102	Angabe von ASA 5	54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur 192300: Treppensteigen bei Entlassung	2024	4 von 1.108	0,36	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	2024	42 von 1.151	3,65	3
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.	2024	13 von 1.151	1,13	4
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.	2024	1 von 1.151	0,09	0
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.	2024	69 von 1.028	6,71	20

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.	2024	4 von 1.028	0,39	0
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	4 von 1.155	0,35	1

© IQTIG 2025

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 48: AK 850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	24,53 % O = 831 N = 3.388	17,42 % O = 627 N = 3.599	**16,82 %** **O = 600** **N = 3.568**
rechnerische Auffälligkeiten	29 von 921 3,15 %	16 von 929 1,72 %	**9 von 881** **1,02 %** **(Refbereich: ≤ 50,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 29 (44,83 %)	**10 / 16** **(62,50 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 921 (1,41 %)	**10 / 929** **(1,08 %)**	n. a.

Die Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und postoperativer Komplikationen kann bei Wechseleingriffen sowohl postoperativ aufgetreten als auch der (präoperative) Grund für den Wechsel sein. Da dies im Rahmen der QS-Dokumentation bisher nicht abgebildet wird, liegt der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums bei ≤ 50,00 %. Leistungserbringer werden demnach erst rechnerisch auffällig, wenn in mehr als 50 % der Fälle mit den ICD-Diagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 keine spezifische Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben wurde und gleichzeitig mindestens 5 Fälle im Nenner vorlagen. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den beiden Indikatoren zu spezifischen Komplikationen nach Erstimplantation (IDs 54018 und 54019).

Die im Erfassungsjahr 2023 für die allgemeinen und spezifischen Komplikationen vorgenommene Spezifikationsanpassung (Einführung einer weichen Plausibilitätsprüfung zwischen Entlassungsdiagnosen und Komplikationen) hat die QS-Dokumentationsqualität verbessert, was sich seit dem Auswertungsjahr 2024 sowohl an den Ergebnissen der betreffenden Qualitätsindikatoren als auch an diesem Auffälligkeitskriterium zeigt. Das Bundesergebnis bei Letzterem hat sich von Auswertungsjahr 2023 zu 2024 deutlich verringert und liegt im Auswertungsjahr 2025 noch einmal niedriger. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist ebenfalls zurückgegangen.

Zu 3 der 16 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 10 der 13 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet. In einem Fall hat die LAG kommentiert, dass Unklarheiten vorlägen, wie Wechselbögen korrekt auszufüllen seien.

2 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. In einem Fall kommentierte die LAG dies damit, dass die kodierte Entlassungsdiagnose T84.04 eine präoperativ bestehende „Komplikation" war, die die durchgeführte OP indiziert habe. Der intra- und postoperative Verlauf sei dann jedoch unauffällig gewesen. Zu dem anderen qualitativ unauffälligen Ergebnis hat die LAG im Kommentar darauf hingewiesen, dass die Dokumentation von Folgekomplikationen im Rahmen der Abrechnungsmodalitäten nicht adäquat abbildbar sei.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde einmal eine sonstige Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 49: AK 850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	18,53 % O = 396 N = 2.137	15,96 % O = 367 N = 2.300	**13,98 %** **O = 313** **N = 2.239**
rechnerische Auffälligkeiten	28 von 715 3,92 %	27 von 710 3,80 %	**23 von 693** **3,32 %** **(Refbereich: ≤ 30,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	17 / 28 (60,71 %)	**18 / 27** **(66,67 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	17 / 715 (2,38 %)	**18 / 710** **(2,54 %)**	n. a.

Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums soll aufgezeigt werden, wenn nach Einsetzen eines orthopädischen Implantats eine Fraktur kodiert wurde (Entlassungsdiagnose M96.6), ohne dass im QS-Dokumentationsbogen eine Fraktur als Komplikation angegeben wurde. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den 3 QI zu den spezifischen Komplikationen (IDs 54018–54120). Nicht angegebene Frakturen fallen in der Folge aus den Zählern der Indikatoren heraus. Der Referenzbereich liegt bei ≤ 30,00 %, sodass nicht jeder Fall eine rechnerische Auffälligkeit verursacht.

Im Auswertungsjahr 2025 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums unter dem Niveau der beiden Vorjahre. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist ebenfalls zurückgegangen.

Zu 6 der 27 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 18 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet und zu 4 davon Kommentare von den LAG übermittelt. Bei einem Leistungserbringer wurde in einem Fall anstelle der periprothetischen Fraktur die Kategorie „sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikation" ausgewählt. Dieses Datenfeld geht jedoch nicht in die Berechnung des QI-

Ergebnisses ein. In einem zweiten Fall desselben Leistungserbringers trat eine nicht dislozierte Fraktur im Bereich des Trochanter major ohne weitere Konsequenzen auf.

2 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, jedoch keine Freitextkommentare dazu übermittelt. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 50: AK 851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	8,84 % O = 327 N = 3.698	9,63 % O = 405 N = 4.205	**7,20 %** **O = 303** **N = 4.210**
rechnerische Auffälligkeiten	13 von 846 1,54 %	29 von 864 3,36 %	**20 von 845** **2,37 %** **(Refbereich: ≤ 200,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 13 (61,54 %)	**19 / 29** **(65,52 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	8 / 846 (0,95 %)	**19 / 864** **(2,20 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt auf die Validierung des korrekten Anlegens von Prozedurbögen zu Fällen mit mehreren Operationen während eines Aufenthaltes ab. Anders als in anderen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit geht es somit nicht um die Validierung einzelner Datenfelder, sondern um falsch angelegte Prozedurbögen im Ganzen. Das Auffälligkeitskriterium hat damit Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden 7,20 % mehr Prozedurbögen übermittelt als erwartet. Das sind 2,43 % weniger als im Auswertungsjahr 2024 und 1,64 % weniger als im Auswertungsjahr 2023. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen nähert sich nach dem erheblichen Anstieg im Auswertungsjahr 2024 aktuell wieder an das Niveau des Auswertungsjahrs 2023 an.

Zu 6 der 29 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 19 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet und zu 4 davon Kommentare von den LAG übermittelt. In einem Fall lag ein Versehen vor. Den anderen 3 Kommentaren ist zu entnehmen, dass es IT-Probleme oder Probleme aufgrund eines Softwarewechsels gab.

Zwei Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, zu einem wurde ein Kommentar übermittelt. Bei Letzterem wurde die korrekte Dokumentation teilweise bestätigt,

jedoch fanden auch nachträgliche Änderungen der OPS-Kodierung statt, die zur Auslösung neuer Bögen geführt hätten.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde eine sonstige Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Laut der LAG fand eine wiederholt auffällige Fehldokumentation statt. Daher erfolgt eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1.

Tabelle 51: AK 851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	65,28 % O = 7.854 N = 12.031	56,50 % O = 6.222 N = 11.013	**60,31 %** **O = 7.292** **N = 12.091**
rechnerische Auffälligkeiten	37 von 1.032 3,59 %	13 von 1.013 1,28 %	**21 von 981** **2,14 %** **(Refbereich:** **≤ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	14 / 37 (37,84 %)	**6 / 13** **(46,15 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	14 / 1.032 (1,36 %)	**6 / 1.013** **(0,59 %)**	n. a.

Mit diesem Auffälligkeitskriterium wird erfasst, in wie vielen Fällen ohne geriatrische Komplexbehandlung trotz einer postoperativen Verweildauer oberhalb des eingriffsspezifischen Schwellenwertes keine behandlungsbedürftigen allgemeinen oder spezifischen Komplikationen dokumentiert wurden. Je nach Eingriffsart wird der Schwellenwert für die postoperative Verweildauer als 95. Perzentil unter allen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung festgelegt. Weist eine Patientin oder ein Patient mehrere Prozedurbögen auf, so wird sie oder er mehrfach gezählt.

Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den 4 Indikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen nach elektiven Erstimplantationen und Wechseln bzw. Komponentenwechseln (IDs 54016, 54017, 54019 und 54120).

In diesem Auffälligkeitskriterium werden Leistungserbringer ab einer Mindestzahl von 10 Fällen im Nenner rechnerisch auffällig, sofern das AK-Ergebnis ≤ 90,00 % ist. Im Auswertungsjahr 2025 betraf dies 60,31 %, was über dem Niveau des Vorjahres, aber unter dem des Vorvorjahres liegt.

Das Auffälligkeitskriterium hat von allen 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und zur Vollständigkeit die höchste Anzahl an Zählerfällen (56,50 %). Zu 2 der 13 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 6 der 11 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet und zu 2 davon Kommentare übermittelt. In einem Fall meldete die LAG zurück, dass eine Unterdokumentation von Wundheilungsstörungen vorlag. Bei einem anderen Leistungserbringer ist das rechnerisch auffällige Ergebnis laut Aussage der LAG zum einen auf Unterdoku-

mentationen und zum anderen auf nachvollziehbare Konstellationen zurückzuführen. Dabei handelt es sich unter anderem um Patientinnen und Patienten, die auf eine Anschlussheilbehandlung warten, die aufgrund beidseitiger Hüftendoprothesen-Implantation erst verzögert in den Alltag zurückfinden oder die multimorbid vorerkrankt sind und daher eine postoperative Abklärung benötigen.

4 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, dazu jedoch keine Kommentare der LAG übermittelt. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde einmal eine sonstige Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Laut der LAG fand eine wiederholt auffällige Fehldokumentation statt. Daher erfolgt eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird auch dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 52: AK 851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	11,00 % O = 214 N = 1.946	7,36 % O = 157 N = 2.132	**7,32 %** **O = 160** **N = 2.185**
rechnerische Auffälligkeiten	34 von 744 4,57 %	23 von 787 2,92 %	**27 von 767** **3,52 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 34 (38,24 %)	**16 / 23** **(69,57 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 744 (1,75 %)	**16 / 787** **(2,03 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft nach einer elektiven Erstimplantation ein ungeplanter Endoprothesen-Wechsel innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde, obwohl zur Erstimplantation keine Komplikationen angegeben wurden. Das Bundesergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums liegt im Auswertungsjahr 2025 auf dem Niveau des Vorjahres und unter dem des Auswertungsjahrs 2023.

Auch der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt über dem Niveau des Vorjahres, aber unter dem des Auswertungsjahrs 2023. Zu 2 der 23 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

16 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden meist aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet, jedoch wurden hier keine Kommentare von den LAG übermittelt.

4 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet und eines mit „Sonstiges". Zu 2 qualitativ unauffälligen Leistungserbringerergebnissen haben die LAG zurückgemeldet, dass die Dokumentation von Folgekomplikationen im Rahmen von Abrechnungsmodalitäten nicht adäquat abbildbar sei. Bei einem anderen Leistungserbringer konnten keine Komplikationen im Zusammenhang mit der Erstimplantation festgestellt werden.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden bei 3 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen sonstige Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Die verantwortliche LAG begründete dies in allen 3 Fällen damit, dass eine wiederholt auffällige Fehldokumentation stattgefunden habe. Daher erfolgt jeweils eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 53: AK 852102: Angabe von ASA 5

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,02 % O = 57 N = 271.514	0,01 % O = 25 N = 291.074	**0,01 %** **O = 28** **N = 298.888**
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 1.142 0,35 %	2 von 1.134 0,18 %	**4 von 1.108** **0,36 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 (50,00 %)	**1 / 2** **(50,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 1.142 (0,18 %)	**1 / 1.134** **(0,09 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine zu hohe (unwahrscheinliche) Anzahl von ASA-5-Einstufungen zu detektieren. Die dem Auffälligkeitskriterium zugrundeliegende Hypothese ist, dass es sich tatsächlich um eine niedrigere ASA-Einstufung handelt und ASA 5 somit falsch dokumentiert wurde.

Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu allen Qualitätsindikatoren, in denen die ASA-Einstufung als Risikofaktor verwendet wird (IDs 54012, 54013, 54015–54019, 54120 und 191914).

Eine falsche, zu hohe ASA-Einstufung führt zu einem zu hoch prognostizierten Risikoprofil des Leistungserbringers. Insbesondere ASA 5 führt mit den Regressionskoeffizienten von 2,71 bei der Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur" (ID 191914) zu einem deutlich erhöhten Risiko.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde in 0,01 % (28/298.888) aller Fälle ASA-5 angegeben. Das Bundesergebnis liegt somit auf dem Niveau des Vorjahres und unter dem Niveau des Auswertungsjahrs

2023. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt leicht über dem Niveau des Auswertungsjahrs 2024 und auf demselben Niveau wie im Auswertungsjahr 2023.

Zu einem der beiden rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Das andere rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ auffällig bewertet. Trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerungsschreiben zum Stellungnahmeverfahren ist laut Rückmeldung der LAG keine Stellungnahme eingegangen. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 54: AK 850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,44 % O = 229.042 N = 228.040	100,43 % O = 244.719 N = 243.664	**99,69 %** **O = 249.755** **N = 250.523**
rechnerische Auffälligkeiten	11 von 1.202 0,92 %	17 von 1.170 1,45 %	**42 von 1.151** **3,65 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 11 (45,45 %)	**13 / 17** **(76,47 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 1.202 (0,42 %)	**13 / 1.170** **(1,11 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze zu GKV-Patientinnen und –Patienten erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2025 in 99,69 % der Fall. Bundesweit liegt somit eine leichte Unterdokumentation vor. In den Vorjahren wurde hingegen eine leichte Überdokumentation der Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten festgestellt.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt im Auswertungsjahr 2025 deutlich über dem Niveau der beiden Vorjahre. Zu 3 der 17 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 13 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden meist aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet, zu 4 Ergebnissen wurden Kommentare von den LAG übermittelt. In 2 Fällen führten Personalwechsel zu Informationsverlusten und Unklarheiten. In einem anderen Fall wurde der Leistungserbringer von der LAG aufgrund der Dokumentationsdefizite aufgefordert, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. Beim vierten Leistungserbringer wurde in einem Fall ein gesetzlichversicherter Patient mit einer priva-

ten Zusatzversicherung falsch zugeordnet. In anderen Fällen wurde bei über das Auslandsabkommen versicherten Patientinnen und Patienten nicht angegeben, dass es sich um einen besonderen Personenkreis handelt. Neben den 13 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen wurde ein Leistungserbringerergebnis mit „Sonstiges" bewertet. Folglich gab es bei diesem Auffälligkeitskriterium keine als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse. Es wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Tabelle 55: AK 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,55 % O = 251.001 N = 249.635	100,54 % O = 268.877 N = 267.445	**100,34 %** **O = 276.474** **N = 275.547**
rechnerische Auffälligkeiten	9 von 1.204 0,75 %	14 von 1.173 1,19 %	**13 von 1.151** **1,13 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 9 (33,33 %)	**9 / 13** **(69,23 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.204 (0,25 %)	**9 / 1.173** **(0,77 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze zu Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation erwartet wurden, diese Datensätze auch vollzählig übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2025 in 100,34 % der Fall. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Unterdokumentation liegt auf demselben Niveau wie im Vorjahr und deutlich über dem des Vorvorjahres. Zu 3 der 13 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

9 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden meist aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet, zu 6 Ergebnissen wurden Kommentare von den LAG übermittelt. In 2 Fällen führten Personalwechsel zu Informationsverlusten und Unklarheiten. Einmal hat der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis keine Stellungnahme übermittelt. Die fehlerhafte Standortzuweisung nach interner Verlegung führte bei einem Leistungserbringer zu einem rechnerisch und folglich auch qualitativ auffälligen Ergebnis. In einem Fall wurden dokumentationspflichtige Datensätze nicht dokumentiert. Neben den 9 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen wurde ein Leistungserbringerergebnis mit „Sonstiges" bewertet. Folglich gab es bei diesem Auffälligkeitskriterium keine als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse. Es wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Tabelle 56: AK 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,55 % O = 251.001 N = 249.635	100,54 % O = 268.877 N = 267.445	**100,34 %** **O = 276.474** **N = 275.547**
rechnerische Auffälligkeiten	13 von 1.204 1,08 %	7 von 1.173 0,60 %	**1 von 1.151** **0,09 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 13 (46,15 %)	**3 / 7** **(42,86 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 1.204 (0,50 %)	**3 / 1.173** **(0,26 %)**	n. a.

Auch dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze zu Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation erwartet wurden, diese Datensätze auch vollzählig übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2025 in 100,34 % der Fall. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Überdokumentation liegt unter dem Niveau der beiden Vorjahre.

Zu 2 der 7 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 3 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, und zu einem Ergebnis wurde ein Kommentar der LAG übermittelt. Laut der LAG wurden aufgrund einer alten Software-Schnittstelle verschiedene QS-Bögen doppelt angelegt. Neben den 3 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen wurden 2 mit „Sonstiges“ bewertet. Folglich gab es bei diesem Auffälligkeitskriterium keine als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse.

Es wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Tabelle 57: AK 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,86 % O = 18.858 N = 18.697	100,46 % O = 20.229 N = 20.137	**100,04 %** **O = 20.491** **N = 20.482**
rechnerische Auffälligkeiten	69 von 1.071 6,44 %	63 von 1.052 5,99 %	**69 von 1.028** **6,71 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	34 / 69 (49,28 %)	**32 / 60** **(53,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	34 / 1.071 (3,17 %)	**32 / 1.052** **(3,04 %)**	n. a.

In dieses Auffälligkeitskriterium gehen Fälle ein, zu denen ein QS-Dokumentationsbogen zu einem Wechseleingriff erwartet, jedoch nicht übermittelt wurde. Das Bundesergebnis liegt mit 100,04 % leicht unter dem Niveau der Vorjahre. Bundesweit betrachtet liegt somit eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Unterdokumentation liegt über dem Niveau der beiden Vorjahre. Zu 23 der 60 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

32 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden meist aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet, zu 12 Ergebnissen wurden Kommentare von den LAG übermittelt. Teilweise führten Kodierfehler oder Personalwechsel mit Informationsverlusten dazu, dass keine QS-Dokumentationsbögen zu Wechseleingriffen übermittelt wurden. 2-mal waren die rechnerisch auffälligen Ergebnisse auf Softwarefehler zurückzuführen. In einem Fall hatte der Leistungserbringer keine Stellungnahme übermittelt. Ein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, weil u. a. ein „Überliegerfall" nicht übermittelt wurde. 4 Leistungserbringerergebnisse wurden mit „Sonstiges" bewertet. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde einmal eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Laut der LAG fand eine wiederholt auffällige Fehldokumentation statt. Daher erfolgt eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1.

Tabelle 58: AK 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,86 % O = 18.858 N = 18.697	100,46 % O = 20.229 N = 20.137	**100,04 %** **O = 20.491** **N = 20.482**
rechnerische Auffälligkeiten	16 von 1.071 1,49 %	9 von 1.052 0,86 %	**4 von 1.028** **0,39 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 16 (68,75 %)	**3 / 9** **(33,33 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	11 / 1.071 (1,03 %)	**3 / 1.052** **(0,29 %)**	n. a.

In dieses Auffälligkeitskriterium gehen wie bei dem zur Unterdokumentation Fälle ein, zu denen ein QS-Dokumentationsbogen zu einem Wechseleingriff erwartet, jedoch nicht übermittelt wurde. Das Bundesergebnis liegt mit 100,04 % leicht unter dem Niveau der Vorjahre. Bundesweit betrachtet liegt somit eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Überdokumentation liegt unter dem Niveau der beiden Vorjahre. Zu 5 der 9 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

3 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, zu einem Ergebnis wurde ein Kommentar von der LAG übermittelt. Demnach entstand die Überdokumentation aufgrund nachträglicher Fallzusammenführungen. Kein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig, eines jedoch mit „Sonstiges“ bewertet. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Tabelle 59: AK 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,06 % O = 158 N = 266.210	0,07 % O = 187 N = 285.290	**0,07 %** **O = 194** **N = 293.647**
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 1.206 0,08 %	1 von 1.174 0,09 %	**4 von 1.155** **0,35 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 (0,00 %)	**0 / 1** **(0,00 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.206 (0,00 %)	**0 / 1.174** **(0,00 %)**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft Minimaldatensätze (MDS) übermittelt wurden. Im Auswertungsjahr 2025 wurden 0,07 % MDS übermittelt; das Bundesergebnis liegt somit auf dem Niveau der beiden Vorjahre. Rechnerisch auffällig werden Leistungserbringerergebnisse, in denen das in mehr als 5,00 % der Fälle auftritt. Dies war im Auswertungsjahr 2025 bei 0,35 % aller Leistungserbringer der Fall (4/1.155). Im Vorjahr war ein Leistungserbringerergebnis rechnerisch auffällig.

Zu dem einen rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnis im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren und keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 60: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	13.983	-	13.874	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	13.983	100,00	13.874	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1.245	8,90	1.266	9,12
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	1	0,08
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1.245	100,00	1.265	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1.245	100,00	1.265	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	369	29,64	394	31,15
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	876	70,36	871	68,85
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	876	100,00	871	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	19	2,17	9	1,03
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	0,34	1	0,11
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	0,23	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	618	49,64	561	44,35
Bewertung als qualitativ auffällig	152	12,21	151	11,94
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	86	6,91	122	9,64
Sonstiges	18	1,45	37	2,92

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	56	n. a.	54	n. a.
Maßnahmenstufe 2	2	n. a.	1	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* wurden im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 deutlich weniger Gespräche und Begehungen durchgeführt als im Auswertungsjahr 2023. Wie im Vorjahr wurde zu ca. 30 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

17,34 % (151 von 871) der Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden anschließend als qualitativ auffällig bewertet, wobei dies vor allem den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer" (ID 54003) betraf (39/151; 24,73 %). Bei 104 von 151 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen führten Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel zu dieser Einstufung. 37-mal wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, und zehnmal führte ein sonstiger Grund zu dieser Bewertung.

In 122 Fällen war die Bewertung aufgrund von fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Dies betraf vor allem die Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 54001 und 54002) und zur Sturzprophylaxe (ID 54004), was sich mit den Ergebnissen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung deckt. Die Indikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe werden daher zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Zu 47 Leistungserbringerergebnissen wurden insgesamt 55 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet. Diese Maßnahmen betreffen v. a. die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung bei Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln (ID 54002) (9 Maßnahmen) und zur präoperativen Verweildauer (11 Maßnahmen). Zu den Qualitätsindikatoren „Gehunfähigkeit bei Entlassung" (ID 54012) und „Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel" (ID 54017) wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert. Die Anzahl der eingeleiteten Maßnahmen der Stufe 1 und 2 im Auswertungsjahr 2024 liegt auf dem Niveau des Vorjahres.

Tabelle 61: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-HEP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
330	181	152	109	13	5

Im Auswertungsjahr 2024 hatten 330 Leistungserbringer in einem Qualitätsindikator ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Bei 181 Leistungserbringern betraf dies 2 Qualitätsindikatoren und bei 152 Leistungserbringern mindestens 3 Qualitätsindikatoren. Es gab 5 Leistungserbringer, die in mindestens 3 Qualitätsindikatoren eine qualitativ auffällige Bewertung erhielten. Bei 13 Leistungserbringern war dies bei 2 Qualitätsindikatoren der Fall. 109 Leistungserbringer wurden in einem Qualitätsindikator als qualitativ auffällig bewertet.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 62: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	12.383	100,00	12.308	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	264	2,13	221	1,80
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	4	1,81
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	264	100,00	217	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	84	31,82	57	26,27
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	180	68,18	160	73,73
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	180	100,00	160	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,56	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,56	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	42	15,91	16	7,37
Bewertung als qualitativ auffällig	126	47,73	130	59,91
Sonstiges	12	4,55	14	6,45
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	9	n. a.	7	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul *HGV-HEP* insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 6 zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 12.308 Ergebnisse ermittelt wurden. Zu 160 der 221 rechnerisch auffälligen Ergebnisse in Auffälligkeitskriterien wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 57-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Gespräche oder Begehungen fanden nicht statt.

130 der 160 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde, wurden als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 217) einem Anteil von 59,91 % entspricht und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einen Anteil von 81,25 % (130/160).

In 122 der 130 Fälle wurde die fehlerhafte oder unvollzählige Dokumentation bestätigt, die Ergebnisse wurden entsprechend als qualitativ auffällig bewertet. Dies betraf mit 29 Fällen vor allem das „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)“ (ID 850276), daneben in 19 Fällen das Auffälligkeitskriterium „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen“ (ID 851804) und 18-mal das Auffälligkeitskriterium „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“ (ID 850151). Die Gründe für die fehlerhafte/unvollständige Dokumentation sind je Auffälligkeitskriterium verschieden. Teilweise sind sie auf IT- bzw. Softwareprobleme zurückzuführen oder auf Personalwechsel, der mit Informationsverlusten und Unklarheiten einherging. 16 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, zu 5 wurden Freitextkommentare übermittelt. Den Kommentaren zu den 4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und zur Vollständigkeit ist zu entnehmen, dass die korrekte Dokumentation in 3 Fällen vollständig und in einem Fall zum Großteil bestätigt wurde. In dem Kommentar zu einem Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit („Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel))“ berichtete die LAG, dass ein „Überliegerfall“ fälschlicherweise nicht übermittelt wurde und bei 2 Fällen Erstimplanta-

tionen und Wechseloperationen während einer OP durchgeführt wurden, sodass die Wechseloperation inhaltlich nicht korrekt dokumentiert werden konnte. Das IQTIG wird prüfen, wie mit solchen Fällen zukünftig umgegangen werden soll.

Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 und 2 wurden nur in einem Bundesland durchgeführt. Dort wurde zu 7 Leistungserbringerergebnissen jeweils eine sonstige Qualitätssicherungsmaßnahme initiiert. Die meisten Qualitätssicherungsmaßnahmen (3 von 7) betrafen das Auffälligkeitskriterium „Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes“ (ID 851907).

Tabelle 63: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-HEP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			**Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten**		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit**	**Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten**	**Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten**
152	25	5	80	19	4

Im Auswertungsjahr 2024 hatten 152 Leistungserbringer in einem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, 25 Leistungserbringer in je 2 Auffälligkeitskriterien und 5 Leistungserbringer in mindestens 3 Auffälligkeitskriterien. 80 Leistungserbringer wurden in einem Auffälligkeitskriterium als qualitativ auffällig bewertet, 19 Leistungserbringer 2 Auffälligkeitskriterien und 4 in mindestens 3 Auffälligkeitskriterien.

4 Evaluation

Zu den beiden Auswertungsmodulen des Verfahrens *QS HGV (HGV-HEP* und *HGV-OSFRAK)* gab es Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften zu den Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer und zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen.

Das geforderte Zeitfenster zwischen der Aufnahme und der Frakturversorgung bei Oberschenkelhalsbrüchen wird derzeit innerhalb des Expertengremiums des IQTIG diskutiert. Aktuelle Studien zeigen, dass eine Versorgung des Bruches für alle Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 Stunden die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen und die Zahl der Todesfälle reduzieren kann. Einige Mitglieder des Expertengremiums berichten aus ihrem Klinikalltag, dass die dafür teilweise nötige Verbesserung der Strukturen und Prozesse bei der OP-Planung möglich ist. Andere Expertinnen und Experten sehen eine Vereinheitlichung der präoperativen Verweildauer auf 24 Stunden kritisch, da nicht jedes Krankenhaus die Strukturen derart anpassen könne, weil bspw. der Fachkräftemangel dem entgegenstehe. Zudem würde eine Verschärfung zu weiteren negativen Effekten führen – bspw. bestünde das Risiko, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten verlegt werden oder andere Patientengruppen verspätet versorgt werden.

Überwiegend im Auswertungsmodul *HEP* traten Probleme beim Ausfüllen der Dokumentationsbögen auf. Laut Aussage einer Landesarbeitsgemeinschaft ist es für die Dokumentierenden teilweise schwierig, zwischen Indikationsstellungen zu Wechseloperationen oder anderen bestehenden Vorerkrankungen einerseits und postoperativen Komplikationen andererseits zu unterscheiden und diese zeitlich korrekt im Dokumentationsbogen abzubilden. Daher wird ab dem Erfassungsjahr 2026 anhand von Datenfeldern erfragt, ob Erkrankungen bereits vor der Operation vorlagen oder postoperativ als Komplikationen aufgetreten sind. Vorerkrankungen, die sich postoperativ verschlechtert haben bzw. „entgleist" sind, sollten auch als postoperative Komplikation dokumentiert werden. Eine Verschlechterung des Zustandes der Patientinnen und Patienten lässt sich unter Umständen durch eine sorgfältige Operationsplanung und Nachbehandlung vermeiden.

Grundsätzlich verfolgen die Qualitätsindikatoren beider Auswertungsmodule die in der DeQS-RL formulierten Ziele des Verfahrens *QS HGV*:

- die Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität
- Verringerung von Komplikationen während und nach der Operation
- Verbesserung der Ergebnisqualität

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden die genannten Aspekte mittels 14 Qualitätsindikatoren und einer Transparenzkennzahl abgebildet und im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* mittels 5 Qualitätsindikatoren und einer Transparenzkennzahl. Vor allem die Wiederherstellung der Mobilität nach den Eingriffen spielt für die Patientinnen und Patienten eine wesentliche Rolle, weshalb in diesem Modul vor allem Komplikationen (6 Indikatoren in *HGV-HEP* und 2 Indikatoren in *HGV-OSFRAK*) – die zumeist eine Verzögerung oder ein Hindernis in der Wiederherstellung der Mobilität

darstellen - und Parameter zur Mobilität selbst (2 Indikatoren in *HGV-HEP* und ein Indikator in *HGV-OSFRAK*) im Fokus stehen.

Die zum Verfahren *HGV-HEP* an das IQTIG übermittelten Rückmeldungen der LAG werden im Folgenden ausführlicher dargestellt.

Bezüglich der Auslösung von QS-Dokumentationsbögen wurden 5 Rückmeldungen übermittelt, wobei sich eine auf den Prozedurbogen zu Erstimplantationen und 5 auf den Prozedurbogen zu Wechseln bzw. Komponentenwechseln bezogen:

Eine LAG hat zurückgemeldet, dass die Dokumentation von Fällen mit „Cut-out" oder Pseudoarthrosen nach vorheriger osteosynthetischer Versorgung einer Schenkelhalsfraktur als elektive Erstimplantationen nicht zielführend sei. Aus Sicht des IQTIG lassen sich diese Fälle jedoch im Dokumentationsbogen zu elektiven Erstimplantationen abbilden. Im Dokumentationsbogen kann die Indikationsstellung als mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut-out angegeben werden. Diese Fälle werden aus dem Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer" (ID 54003) ausgeschlossen, sodass für derartige Fälle die geforderte präoperative Verweildauer nicht eingehalten werden muss. Bezüglich der Qualitätsindikatoren zur Sturzprophylaxe, zur Mobilität, zu Komplikationen, zur Sterblichkeit und zu frühzeitigen Wechseleingriffen gelten aus Sicht des IQTIG und des Expertengremiums auf Bundesebene dieselben Anforderungen wie an andere Fälle mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation.

Den Rückmeldungen zur Auslösung und Abbildung von bestimmten Fällen, durch die aktuell ein QS-Dokumentationsbogen zu Wechseloperationen ausgelöst wird, wird das IQTIG nachgehen. Die Rückmeldungen betreffen Fälle mit reinem Wechsel von Duoköpfen einer Duokopfprothese (mobile Teile), zweizeitige Wechsel, intraoperative Implantatwechsel (Erstimplantation und Wechsel in derselben OP) und mehrere Operationen an verschiedenen Gelenken am selben Tag. Die Rückmeldungen zur Auslösung von Wechselbögen beziehen sich auf verschiedene Fälle:

Eine LAG wies darauf hin, dass der isolierte Wechsel des Duokopfs (OPS-Kode 5-821.f5) nicht zur Auslösung eines QS-Dokumentationsbogens führen sollte. Das IQTIG wird diesen Vorschlag mit dem Expertengremium auf Bundesebene in der Herbstsitzung besprechen.

Eine andere LAG berichtet, dass bei zweizeitigen Wechseln die Verwendung des Zusatzkodes 5-829 oftmals nicht bekannt sei und dies zu Rückfragen bei der LAG führe. Gemäß Kodierrichtlinien sind zweizeitige Wechseleingriffe wie folgt zu kodieren:

- Entfernung einer Endoprothese: OPS 5-821.7
- Implantation einer neuen Endoprothese: 5-820 ff. + 5-829.n (Implantation nach vorheriger Explantation)

Dies sollte aus Sicht des IQTIG den Leistungserbringern, die zweizeitige Wechsel durchführen, bekannt sein. Das IQTIG wird diese Frage jedoch intern besprechen und prüfen, ob beispielsweise die Anpassung von Ausfüllhinweisen oder die Erstellung einer FAQ sinnvoll sein könnten.

Von einer anderen LAG wurde die Rückmeldung übermittelt, dass Leistungserbringer oftmals Fragen zur korrekten Abbildung von intraoperativen Implantatwechseln hätten. Dem IQTIG sind ähnliche Fragen zu intraoperativen Implantatwechseln übermittelt worden. Dabei ging es zum einen

darum, ob in diesen Fällen mehrere Prozedurbögen zu Wechseleingriffen übermittelt werden sollen, und zum anderen darum, wie diese Fälle innerhalb der Prozedurbögen dokumentiert werden sollen. Das IQTIG wird diese Fragen mit dem Expertengremium auf Bundesebene in der Herbstsitzung 2025 besprechen.

Eine LAG hat zurückgemeldet, dass die Abrechnung des Zusatz-OPS-Kodes 5-829.n (Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation) zu Problemen führe, da dieser Kode nicht nur für Operationen am Hüftgelenk spezifisch sei, sondern auch für andere Gelenkendoprothesen verwendet werde. So erfolge z. B. bei einer Hüftendoprothesen-Erstimplantation sowie einem zweizeitigen Wechsel einer Schultergelenksendoprothese im selben Aufenthalt die Auslösung des QS-Dokumentationsbogens zur Hüftendoprothesen-Erstimplantation sowie zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel. Dies sei jedoch nicht korrekt, da sich der Zusatzkode auf die Schulter-OP beziehe. Nach Ansicht der LAG sollte für diese Fälle entweder geprüft werden, ob ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den Operationen vorliegt (Anpassung der Auslösebedingungen) oder ob in diesem Fall ein Minimaldatensatz angelegt werden sollte (Hinweis zur Anlage von MDS). Aus Sicht des IQTIG handelt es sich dabei um Einzelfälle, für die ein Minimaldatensatz angelegt werden sollte. Das IQTIG wird diese Fälle in den MDS-Hinweisen ergänzen.

Eine LAG weist darauf hin, dass bei Einnahme von Empagliflozin bzw. anderen SGLT-2-Inhibitoren eine präoperative Verweildauer von 72-Stunden notwendig sei, um das Medikament ausreichend lang zu pausieren. In der Studie von Mehta et al. (2022) wurde festgestellt, dass unerwünschte Ereignisse aufgrund der kurzfristigen Absetzung dieser Medikamente sehr selten sind. Bei notfallmäßigen Operationen sollte die SGLT2-Inhibitor Einnahme daher so zeitnah wie möglich pausiert werden und perioperativ eine Kontrolle metabolischer Parameter erfolgen, um eine mögliche diabetische Ketoazidose frühzeitig zu erkennen (Preiser et al. 2020). Daher gilt im QI für diese Fälle eine präoperative Verweildauer von 24 Stunden und ein Referenzbereich von 15 %.

Eine andere LAG hat mehrere Fragen zu diesem Qualitätsindikator gestellt. Diese beziehen sich u. a. auf die Evidenzlage und die Erfahrungen aus der Praxis. Die Evidenzlage dieses Indikators wird in den Rechenregeln beschrieben. Die Erfahrungen aus der Praxis erhält das IQTIG vor allem im Rahmen der EXG-Sitzungen auf Bundesebene. Die EXG-Mitglieder haben in der Frühjahrssitzung 2025 betont, dass sie die Entwicklung des QI-Ergebnisses als äußerst positiv einschätzen.

Die LAG erfragt außerdem, ob die Mortalitätsrate durch die Einhaltung der präoperativen Verweildauer gesenkt werden könne, inwiefern präoperative Verlegungen erfasst und berücksichtigt würden und wie mit Leistungserbringern umgegangen werde, bei denen viele Fälle nah an der Grenze von 24 Stunden operiert würden.

Die Mortalität wird aktuell nur innerhalb des stationären Aufenthalts erfasst. Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* ab 2026 wird jedoch auch die Mortalität nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst. Das Verlegungsgeschehen wird im Verfahren *QS HGV* (Auswertungsmodul *HGV-HEP*) aufgrund der aktuellen Filterbedingungen nicht erfasst, da die Auslösung durch die Abrechnung von OPS-Kodes erfolgt. Sofern die Grenze von 24 Stunden eingehalten wird, gehen diese Fälle nicht in den Zähler des Indikators ein.

Von einer LAG kam die Rückmeldung, dass häufig Dokumentationsfehler beim Ausfüllen der Datenfelder zur Indikationsstellung gemacht wurden. Die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung werden ab dem Erfassungsjahr 2026 u. a. aufgrund von niedriger Validität abgeschafft, sodass dies zukünftig kein Problem mehr darstellt.

Von 2 LAG wurden Rückmeldungen bezüglich der Dokumentation von Komplikationen übermittelt. Eine LAG berichtet, dass die Indikationsstellungen zu Wechseloperationen oftmals fälschlicherweise als postoperative Komplikation dokumentiert würden. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werde anhand von POA-Datenfeldern erfragt, ob es sich um Erkrankungen gehandelt hat, die bereits vor der Operation vorlagen, oder ob diese postoperativ aufgetreten sind. Das IQTIG geht daher davon aus, dass diese Fragen zukünftig nicht mehr auftreten werden.

Laut einer anderen LAG sollten Erkrankungen, die bereits vor der Operation bestanden, sich jedoch postoperativ verschlimmert haben bzw. „entgleist" sind, nicht als postoperative Komplikation betrachtet werden. Aus Sicht des IQTIG stellen diese jedoch unter Umständen vermeidbare postoperative Komplikationen dar. Sofern Komorbiditäten wie Diabetes oder Herzerkrankungen vorliegen, sollten prä-, intra-, und postoperative Maßnahmen unternommen werden, um das Risiko von Verschlechterungen oder „Entgleisungen" möglichst zu verringern.

Eine LAG bat darum, die Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen" (ID 851804) zu überarbeiten, da nicht alle Leistungserbringer wüssten, welche Prozedurbögen falsch angelegt worden sein sollen. In dieses Auffälligkeitskriterium gehen Fälle ein, deren Prozedurbogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedurbögen zu OPs auf der betreffenden Seite ist, sowie Fälle mit mehreren Prozedurbögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite. Das IQTIG wird prüfen, inwiefern die Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums angepasst werden kann. Dieselbe Landesarbeitsgemeinschaft bat außerdem darum, bei allen Auffälligkeitskriterien den Zähler in der Rechenregel auf ≥ 2 zu setzen. Nach Ansicht der LAG sollten QS-Dokumentationsdaten nicht aufgrund von Einzelfällen analysiert oder korrigiert werden. Sie verweist außerdem darauf, dass es sich nicht um Stellungnahmeverfahren zu medizinischen Leistungen handele. Das IQTIG wird prüfen, inwiefern eine Änderung der Rechenregel für die Zähler empfohlen werden sollte.

5 Ausblick

Im Verfahren *QS HGV* werden ab dem Auswertungsjahr 2026 umfangreiche Anpassungen stattfinden. Die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe werden aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft und die Referenzbereiche im Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt. Bei dem Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung" (ID 54012) im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden aufgrund der Empfehlungen seit dem Auswertungsjahr 2025 Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder eine Entlassung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung stattfand. Die Überarbeitung der Risikoadjustierung ist für das Auswertungsjahr 2026 vorgesehen. Dabei werden u. a. Risikofaktoren zu Komorbiditäten ergänzt.

Der Qualitätsindikator „Treppensteigen bei Entlassung" (*HGV-HEP*; ID 192300) wird im Auswertungsjahr 2025 letztmalig ratenbasiert ausgewertet. Ab dem Auswertungsjahr 2026 erfasst der Indikator Fälle, bei denen das Qualitätsziel nicht erreicht wird, und wird risikoadjustiert ausgewertet. Aufgrund der damit einhergehenden „Umpolung" erfolgt eine Umbenennung des Indikators von „Treppensteigen bei Entlassung" in „Kein Treppensteigen bei Entlassung".

Die Umsetzung der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung und die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* gehen im Auswertungsmodul *HGV-HEP* mit umfangreichen Spezifikationsänderungen ab dem Erfassungsjahr 2026 einher, bspw.:

- Ausschluss von Polytraumata und Mehrfachverletzten
- Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit chronischen Gelenkentzündungen im Kindes- und Jugendalter
- Streichung von 48 Datenfeldern u. a. aufgrund von QI-Streichungen
- Umwandlung von 8 Datenfeldern und Aufnahme von 2 neuen Datenfeldern

Die Datenfelder zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bilden im Erfassungsjahr 2026 nicht die Zeitspanne zwischen Aufnahme und Operation ab, sondern nur bei Aufnahme und nach der Operation. Daher wird das IQTIG die Auswahlmöglichkeiten anpassen, um den Zeitpunkt der Diagnosestellung (prä- oder postoperativ) eindeutiger abbilden zu können, als dies bei den für das Erfassungsjahr 2026 empfohlenen Datenfeldern möglich ist.

Mit der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* besteht die Möglichkeit, dass die allgemeinen und spezifischen Komplikationen in den meisten Fällen nicht mehr von den Leistungserbringern dokumentiert werden müssen, sondern anhand der ICD-Kodes durch das IQTIG zugeordnet werden. Das hat den Vorteil, dass Probleme bei der Übertragung von Informationen aus dem Abrechnungssystem in die QS-Dokumentation nicht mehr auftreten. Dazu wird der Aufwand für die Leistungserbringer erheblich reduziert.

Darüber hinaus können durch die Integration von Sozialdaten auch Komplikationen erfasst werden, die innerhalb eines jeweils definierten Zeitraums nach der Entlassung auftreten – unabhängig davon, welcher stationäre Leistungserbringer sie diagnostiziert. Dies betrifft auch die Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit und zu frühzeitigen Wechseloperationen.

Das IQTIG wird prüfen, inwiefern Patientinnen und Patienten mit Brüchen des Oberschenkelknochens unterhalb des großen oder kleinen Rollhügels (subtrochantäre Femurfrakturen) in die Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer einbezogen werden können. Derzeit werden diese Fälle hier gar nicht betrachtet. Darüber hinaus wird das IQTIG weiterhin prüfen, ob eine Herabsenkung der präoperativen Verweildauer aus wissenschaftlicher Sicht sinnvoll ist, um das Risiko des Auftretens unerwünschter Folgeereignisse (v. a. Komplikationen und Sterblichkeit) zu verringern.

Schließlich wurde das IQTIG vom G-BA mit der Entwicklung einer Patientenbefragung im Verfahren *QS HGV* beauftragt. Diese Datenquelle soll relevante Qualitätsparameter wie die Indikationsstellung, die Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten und die Informationsweitergabe im Krankenhaus abbilden, die über die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht ausreichend erfassbar sind.

Literatur

Mehta, PB; Robinson, A; Burkhardt, D; Rushakoff, RJ (2022): Inpatient Perioperative Euglycemic Diabetic Ketoacidosis Due to Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors - Lessons From a Case Series and Strategies to Decrease Incidence. *Endocrine Practice* 28(9): 884-888. DOI: 10.1016/j.eprac.2022.06.006.

Neumann, CJ; Kaiser, TD; Smektala, R (2025): Gerinnungsaktive Medikation bei endoprothetisch versorgter proximaler Femurfraktur – Komplikationen und Mortalität unter Berücksichtigung des Versogungszeitpunktes als Qualitätskriterium. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* 163(01): 44-52. DOI: 10.1055/a-2324-1877.

Preiser, J-C; Provenzano, B; Mongkolpun, W; Halenarova, K; Cnop, M (2020): Perioperative Management of Oral Glucose-lowering Drugs in the Patient with Type 2 Diabetes. *Anesthesiology* 133(2): 430-438. DOI: 10.1097/aln.0000000000003237.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HGV-OSFRAK: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Ergebnisübersicht 8

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 10

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 11

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

54030: Präoperative Verweildauer 13

Details zu den Ergebnissen 16

54050: Sturzprophylaxe 20

Details zu den Ergebnissen 23

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 24

Details zu den Ergebnissen 28

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 29

Details zu den Ergebnissen 33

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 35

Details zu den Ergebnissen 39

54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 42

Details zu den Ergebnissen 46

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 47

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 47

850147: Angabe von ASA 5 47

850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation 49

850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen 51

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 53

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 53

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 55
850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 57
Basisauswertung ... 59
Basisdokumentation ... 59
Inhouse-Sturz ... 59
Patientin und Patient ... 60
Präoperative Anamnese/Befunde ... 60
Gehfähigkeit ... 61
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation ... 62
Antithrombotische Dauertherapie ... 63
Voroperation ... 63
Frakturlokalisation und -typ ... 64
Fraktur nach ICD-Kode ... 65
Behandlungsverlauf ... 66
Angabe von Prozeduren ... 66
Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ... 67
Allgemeine Komplikationen ... 67
Spezifische Komplikationen ... 68
Behandlungszeiten ... 70
Entlassung ... 71
Gehfähigkeit ... 71
Entlassungsgrund ... 72

Einleitung

Das QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (HGV) hat die alten Verfahren zur Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HUEFTFRAK-OSTEO) und Hüftendoprothesenversorgung (HEP) zum 1. Januar 2021 ersetzt.
Die aktuelle Struktur wird durch die „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) [1] geregelt. Das Auswertungsmodul Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) enthält ausschließlich die Prozeduren zur osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Als hüftgelenknahe Femurfraktur wird eine Fraktur des zum Hüftgelenk zeigenden Teil des Oberschenkelknochens (Femur) bezeichnet. Diese Brüche sind meist unfallbedingt und werden nach ihrer Lokalisation in Schenkelhalsfrakturen und pertrochantäre Frakturen unterschieden. Schenkelhalsfrakturen sind Brüche zwischen dem Hüftkopf und dem großen Rollhügel (Trochanter major) des Oberschenkelknochens. Eine pertrochantäre Femurfraktur verläuft schräg durch die Trochanterregion, d. h. unterhalb des Schenkelhalses und oberhalb des kleinen Rollhügels (Trochanter minor).
Aufgrund der im Alter abnehmenden Festigkeit der Knochensubstanz bis hin zum Knochenschwund (Osteoporose) und gleichzeitig zunehmender Bewegungsunsicherheit sind die hüftgelenknahen Femurfrakturen eine typische und häufige Verletzung älterer Menschen. Hier kann bereits ein kleiner, z. B. durch Gangunsicherheit verursachter Sturz, zu einem Bruch führen. Eine vergleichende Übersichtsarbeit zu Inzidenzen von Frakturen bei Erwachsenen in Deutschland zeigte eine Gesamtzahl von 688.403 Frakturen im Jahr 2019, wovon 59 % auf Menschen >70 Jahre entfielen. Schenkelhalsfrakturen und pertrochantäre Frakturen sind dabei die am häufigsten auftretenden Brüche [2]. Die Anzahl der hüftgelenksnahen Femurfrakturen hat sich demnach von 2009 zu 2019 um 24 % erhöht. Angesichts der demographischen Entwicklung ist weiterhin von zunehmenden Fallzahlen auszugehen.
Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahen Femurfraktur unterscheidet man grundsätzlich zwischen hüftkopferhaltenden (osteosynthetischen) und hüftkopfersetzenden (endoprothetischen) Methoden. Das Ziel ist in jedem Fall eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung der Mobilität und körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten. Gerade auch für ältere Menschen ist die schnelle Genesung sehr wichtig, um den Verlust der Selbstständigkeit bis hin zur dauerhaften Pflegebedürftigkeit zu verhindern.
Die Indikatoren dieses Auswertungsmoduls fokussieren überwiegend auf Komplikationen im Zusammenhang mit der operativen Versorgung der Femurfraktur sowie auf die Sterblichkeit. Weitere Indikatoren beziehen sich auf die Wartezeit von der Krankenhausaufnahme bis zur Operation, die erreichte Gehfähigkeit, sowie die Fähigkeit zum Treppensteigen der Patientinnen und Patienten bei der Entlassung.

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 01. Januar 2024. URL: https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/ (abgerufen am 10.04.2024)

[2] Inzidenz von Frakturen in der Erwachsenenpopulation in Deutschland. Eine Analyse von

2009 bis 2019. URL: https://www.aerzteblatt.de/archiv/221388/Inzidenz-von-Frakturen-in-der-Erwachsenenpopulation-in-Deutschland

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das QS-Verfahren HGV-OSFRAK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	65.072 64.986 86	64.707	100,56
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	993		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.045	1.037	100,77
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	878	872	100,69

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen für eine Übersicht zusammengefasst.
Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. In den Leistungserbringerberichten können ebenfalls Ergebnisse fehlen, wenn Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst haben und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
Die nachfolgenden Tabellen beinhalten die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

Hinweise zum Auswertungsjahr 2025:
- Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ durch eine ICD-Liste mit Diagnosekodes nach der Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) erweitert und eine dazugehörige weiche Plausibilitätsregel eingeführt. Aufgrund dieser Änderungen wurden im Erfassungsjahr 2023 mehr allgemeine und spezifische Komplikationen dokumentiert. Dies hat Einfluss auf die Ergebnisse der entsprechenden Indikatoren (ID 54029 und ID 54042) zum Erfassungsjahr 2023, da aufgrund dieser Änderungen teilweise mehr allgemeine und spezifische Komplikationen dokumentiert wurden als im Erfassungsjahr 2022.
- Der Qualitätsindikator zur Sturzprophylaxe (ID 54050) wird aufgrund der Empfehlungen des IQTIG im Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“ zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da nicht mehr alle Eignungskriterien erfüllt sind. Der Referenzbereich wird deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HGV finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hgv/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch

biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Eingriffen aus dem Jahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	7,57 % O = 4.851 N = 64.052
54050	Sturzprophylaxe	Nicht definiert	97,93 % O = 56.186 N = 57.373
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,37 (95. Perzentil)	1,00 O/E = 6.932 / 6.946,35 N = 44.348
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,87 (95. Perzentil)	1,01 O/E = 1.286 / 1.267,66 N = 64.972
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,21 (95. Perzentil)	1,05 O/E = 8.743 / 8.303,18 N = 64.972
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	0,97 O/E = 3.046 / 3.149,08 N = 64.972

© IQTIG 2025

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.
Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.
Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zu Eingriffen aus dem Jahr 2024

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850147	Angabe von ASA 5	= 0	0,00 40 / 64.986	3,32 % 33 / 993
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0	0,41 31 / 76	41,54 % 27 / 65
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	19,83 % 117 / 590	2,65 % 10 / 377

© IQTIG 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,56 % 65.072 / 64.707	1,54 % 16 / 1.037
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,56 % 65.072 / 64.707	0,77 % 8 / 1.037
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,13 % 86 / 64.707	0,19 % 2 / 1.037

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54030: Präoperative Verweildauer

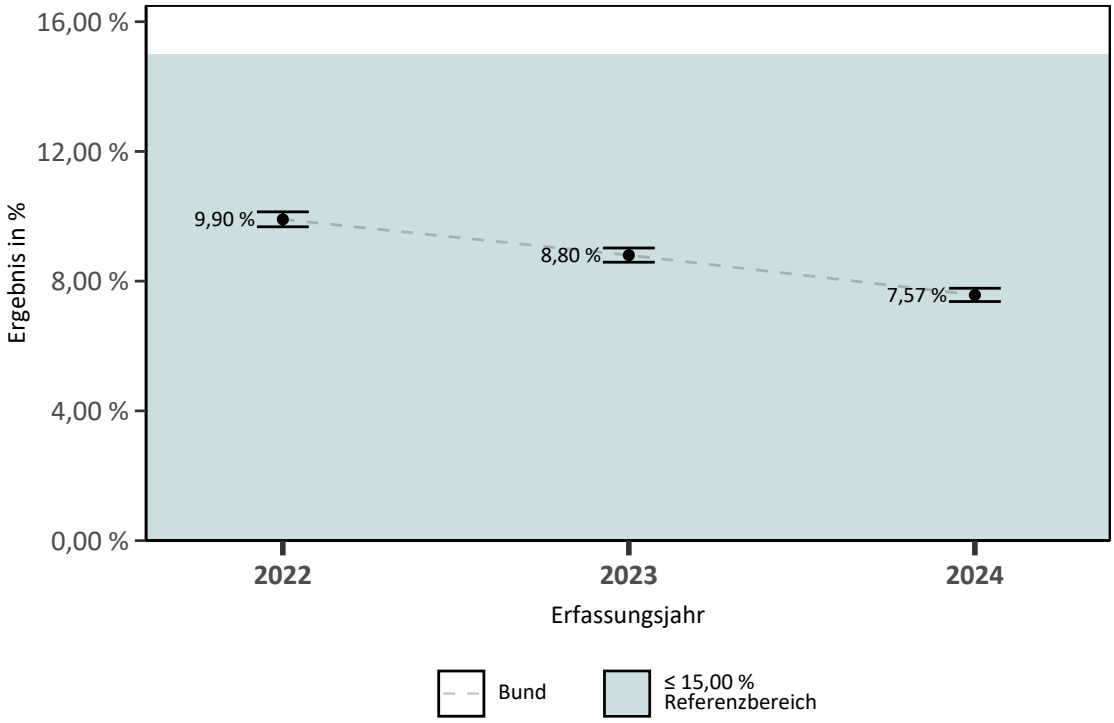
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden: - Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion und Oberschenkel; ICD 10 T84.14) in Kombination mit der Angabe einer osteosynthetische Voroperation und ohne Angabe einer postoperativen Implantatfehllage oder Implantatdislokation - Behandlungsfälle mit einer periprothetischen Fraktur, festgestellt durch Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese (Z96.64) in Kombination mit der Angabe einer endoprothetischen Voroperation am betroffenen Hüftgelenk - Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte ODER Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

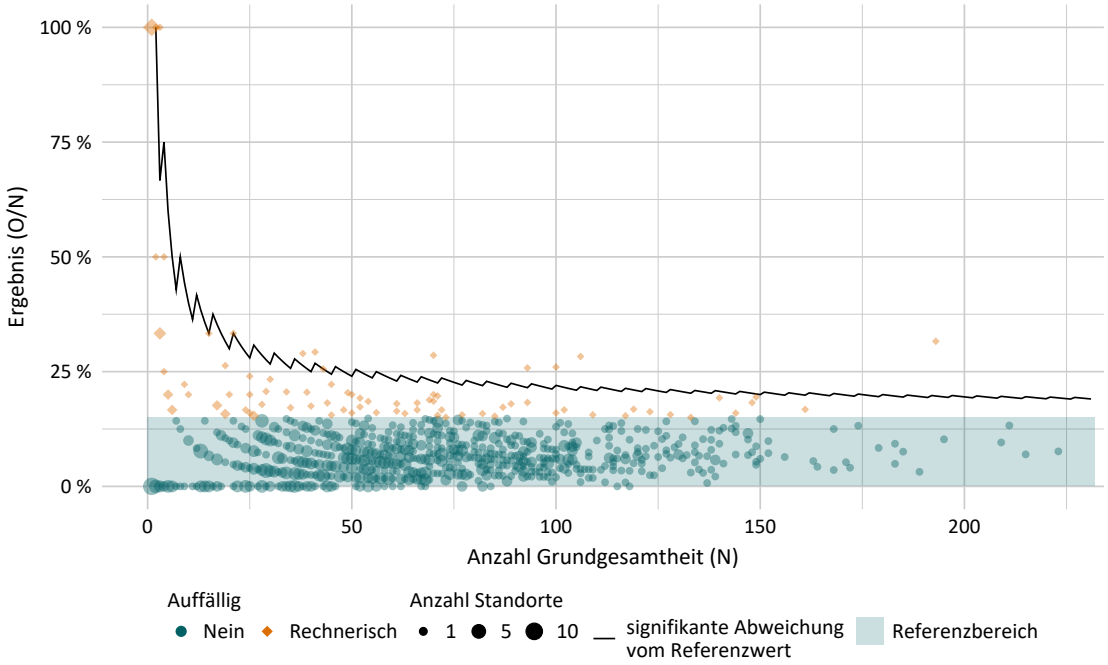
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	6.383 / 64.445	9,90	9,68 - 10,14
	2023	5.645 / 64.138	8,80	8,58 - 9,02
	2024	4.851 / 64.052	7,57	7,37 - 7,78

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	976	99	0,00	100,00	6,25

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 54030** **Präoperative Verweildauer > 24 Stunden oder > 48 Stunden bei Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	7,57 % 4.851/64.052
1.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag	
1.1.1.1	ID: 54_22103 Montag bis Donnerstag	7,72 % 2.876/37.267
1.1.1.2	ID: 54_22123 Freitag	7,57 % 722/9.534
1.1.1.3	ID: 54_22143 Samstag	7,11 % 641/9.019
1.1.1.4	ID: 54_22163 Sonntag	7,43 % 612/8.232
1.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie	
1.1.2.1	ID: 54_22183 ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	7,58 % 2.867/37.836
1.1.2.2	ID: 54_22184 mit gerinnungshemmender Dauertherapie[1]	7,57 % 1.984/26.216
1.1.2.2.1	ID: 54_22185 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	32,15 % 354/1.101
1.1.2.2.2	ID: 54_22186 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	3,98 % 526/13.222
1.1.2.2.3	ID: 54_22187 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	8,99 % 1.082/12.038
1.1.2.2.4	ID: 54_22188 sonstige	17,20 % 65/378
1.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation	
1.1.3.1	ID: 54_22190 ASA 1	3,74 % 76/2.031
1.1.3.2	ID: 54_22191 ASA 2	5,47 % 918/16.790
1.1.3.3	ID: 54_22192 ASA 3	7,89 % 3.219/40.824
1.1.3.4	ID: 54_22193 ASA 4	14,47 % 632/4.367

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.3.5	ID: 54_22194 ASA 5	15,00 % 6/40

[1] Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 54_22223 Frakturereignis vor stationärer Aufnahme	98,36 % 63.004/64.052
1.2.1	ID: 54_22224 verlängerte präoperative Verweildauer	7,42 % 4.672/63.004

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 54_22225 Frakturereignis während des stationären Aufenthaltes	1,64 % 1.048/64.052
1.3.1	ID: 54_22226 verlängerte präoperative Verweildauer	17,08 % 179/1.048

1.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 54_22227 27,20 % 17.424/64.052	ID: 54_22233 30,16 % 15.329/50.830	ID: 54_22239 15,84 % 2.095/13.222
≤ 12 Stunden	ID: 54_22228 47,85 % 30.648/64.052	ID: 54_22234 51,99 % 26.427/50.830	ID: 54_22240 31,92 % 4.221/13.222
≤ 24 Stunden	ID: 54_22229 88,48 % 56.675/64.052	ID: 54_22235 91,49 % 46.505/50.830	ID: 54_22241 76,92 % 10.170/13.222
≤ 36 Stunden	ID: 54_22230 94,97 % 60.831/64.052	ID: 54_22236 96,02 % 48.807/50.830	ID: 54_22242 90,94 % 12.024/13.222
≤ 48 Stunden	ID: 54_22231 97,12 % 62.207/64.052	ID: 54_22237 97,41 % 49.511/50.830	ID: 54_22243 96,02 % 12.696/13.222
> 48 Stunden	ID: 54_22232 2,88 % 1.845/64.052	ID: 54_22238 2,59 % 1.319/50.830	ID: 54_22244 3,98 % 526/13.222

1.5 Zeit zwischen Aufnahme und Operation (ohne Inhouse-Stürze) Ergebnis Bund (gesamt)	**Gesamt**	**Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	**Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**
≤ 6 Stunden	ID: 54_22245 27,04 % 17.319/64.052	ID: 54_22249 30,01 % 15.254/50.830	ID: 54_22253 15,62 % 2.065/13.222
≤ 24 Stunden	ID: 54_22246 87,34 % 55.942/64.052	ID: 54_22250 90,45 % 45.978/50.830	ID: 54_22254 75,36 % 9.964/13.222
≤ 48 Stunden	ID: 54_22247 95,90 % 61.427/64.052	ID: 54_22251 96,35 % 48.974/50.830	ID: 54_22255 94,18 % 12.453/13.222
> 48 Stunden	ID: 54_22248 4,10 % 2.625/64.052	ID: 54_22252 3,65 % 1.856/50.830	ID: 54_22256 5,82 % 769/13.222

1.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	**Gesamt**	**Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	**Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**
≤ 6 Stunden	ID: 54_22257 0,18 % 116/64.052	ID: 54_22261 0,17 % 85/50.830	ID: 54_22265 0,23 % 31/13.222
≤ 24 Stunden	ID: 54_22258 1,24 % 797/64.052	ID: 54_22262 1,13 % 576/50.830	ID: 54_22266 1,67 % 221/13.222
≤ 48 Stunden	ID: 54_22259 1,51 % 968/64.052	ID: 54_22263 1,33 % 675/50.830	ID: 54_22267 2,22 % 293/13.222
> 48 Stunden	ID: 54_22260 0,12 % 80/64.052	ID: 54_22264 0,10 % 51/50.830	ID: 54_22268 0,22 % 29/13.222

1.7 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation bei medialer Schenkelhalsfraktur Ergebnis Bund (gesamt)	**Garden I**	**Garden II**	**Garden III**	**Garden IV**	**Mediale Schenkelhals-fraktur gesamt**
< 24 Stunden	ID: 54_22269 90,44 % 1.874/2.072	ID: 54_22272 89,04 % 2.576/2.893	ID: 54_22275 94,48 % 1.267/1.341	ID: 54_22278 98,91 % 181/183	ID: 54_22281 90,89 % 5.898/6.489
24 - 48 Stunden	ID: 54_22270 6,90 % 143/2.072	ID: 54_22273 7,05 % 204/2.893	ID: 54_22276 3,36 % 45/1.341	ID: 54_22279 x % ≤3/183	ID: 54_22282 6,06 % 393/6.489
> 48 Stunden	ID: 54_22271 2,65 % 55/2.072	ID: 54_22274 3,91 % 113/2.893	ID: 54_22277 2,16 % 29/1.341	ID: 54_22280 x % ≤3/183	ID: 54_22283 3,05 % 198/6.489

54050: Sturzprophylaxe

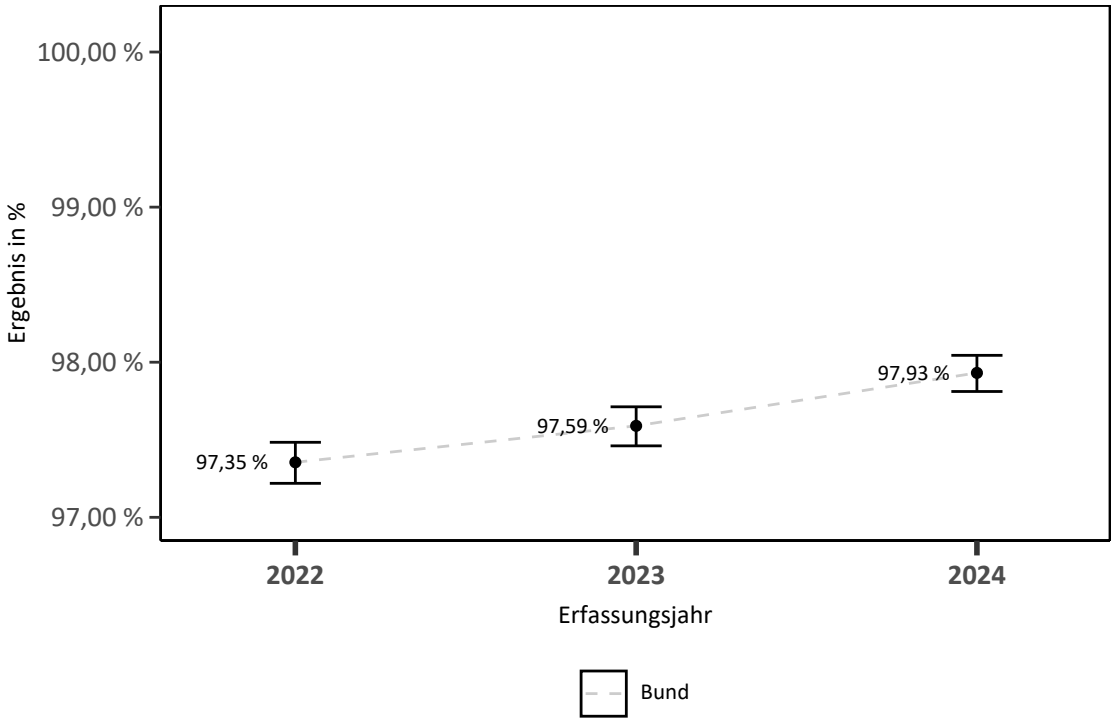
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

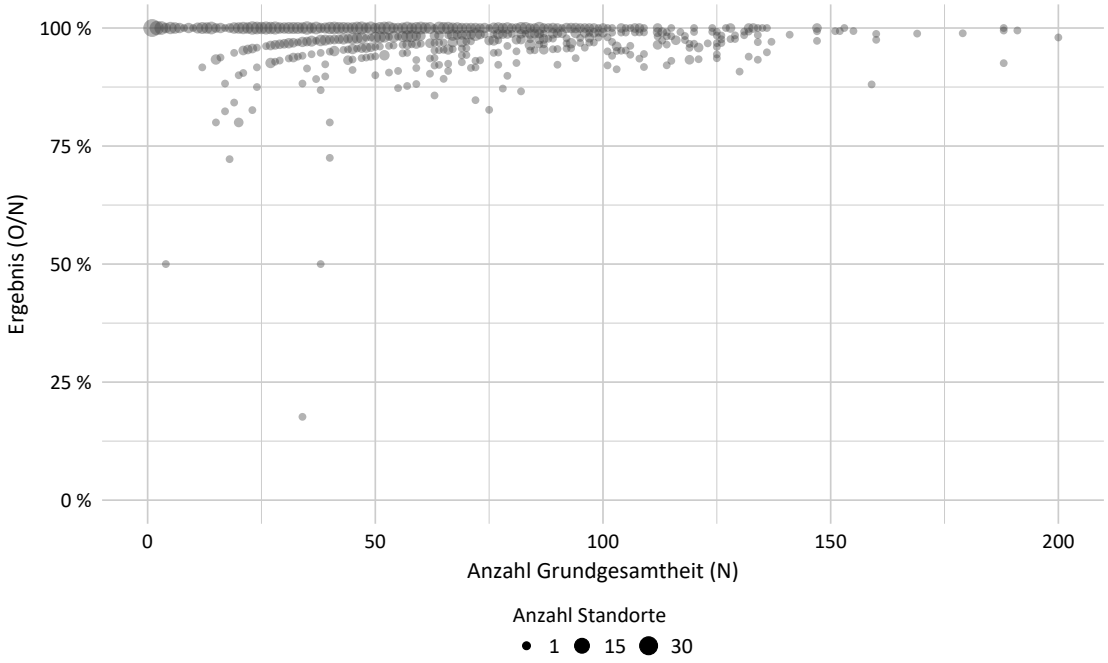
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	55.019 / 56.514	97,35	97,22 - 97,48
	2023	55.755 / 57.132	97,59	97,46 - 97,71
	2024	56.186 / 57.373	97,93	97,81 - 98,04

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	989	0	17,65	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren[2]	
2.1.1	ID: 54_22284 Sturzrisikofaktoren erfasst	98,37 % 56.438/57.373
2.1.2	ID: 54_22285 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	98,24 % 56.366/57.373
2.1.3	**ID: 54050** **Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)**	97,93 % 56.186/57.373

[2] Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit: - Versorgung bei Polytrauma - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54033
Referenzbereich	≤ 2,37 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Frakturlokalisation - pertrochantär Frakturlokalisation - sontige ASA-Klassifikation 2 ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 oder 5 vorbestehende Koxarthrose Wundkontamination - bedingt aseptische Eingriffe Wundkontamination - kontaminierte Eingriffe Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Altersrisiko pro Jahr ab Alter 55 wenn Gehen unbegrenzt Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Altersrisiko pro Jahr bis Alter 60 wenn Gehen am Stück bis 500m oder 50m möglich Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Altersrisiko pro Jahr ab Alter 85 wenn Gehen am Stück bis 500m oder 50m möglich Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen unbegrenzt und Rollator/Gehbock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 500m möglich und keine Gehhilfen Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 500m möglich und Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 500m möglich und Rollator/Gehbock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 50m möglich und keine Gehhilfen Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 50m möglich und Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 50m möglich und Rollator/Gehbock
Datenquellen	QS-Daten

Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

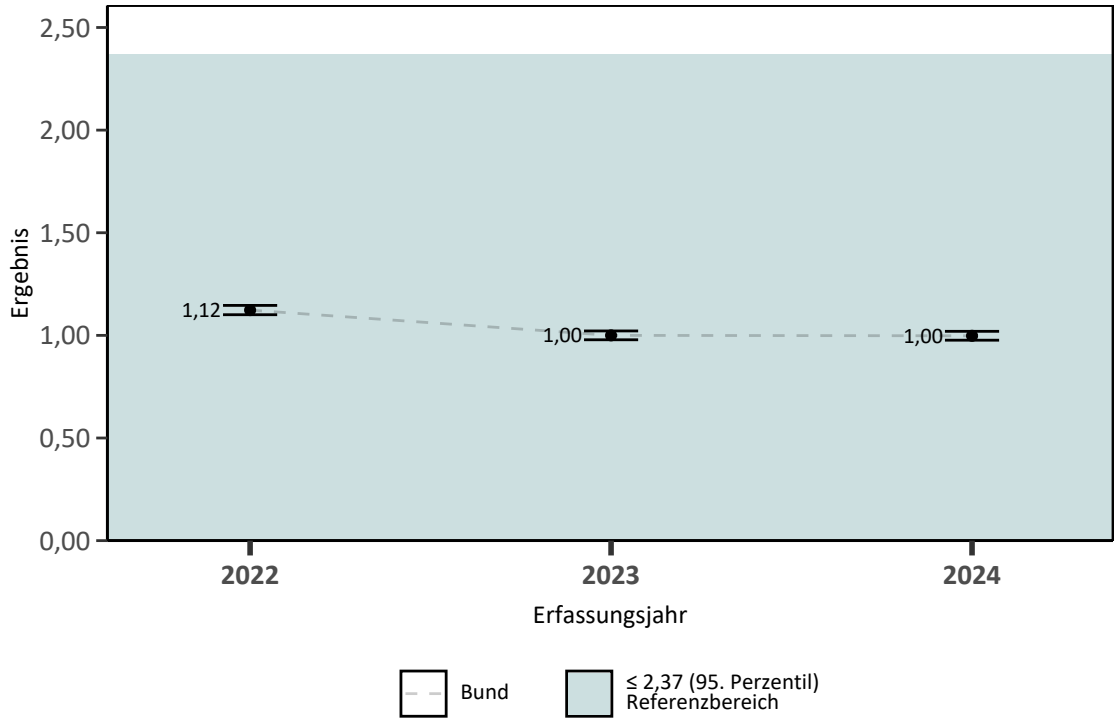
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	44.230	7.747 / 6.897,94	1,12	1,10 - 1,15
	2023	44.603	7.018 / 7.018,00	1,00	0,98 - 1,02
	2024	44.348	6.932 / 6.946,35	1,00	0,98 - 1,02

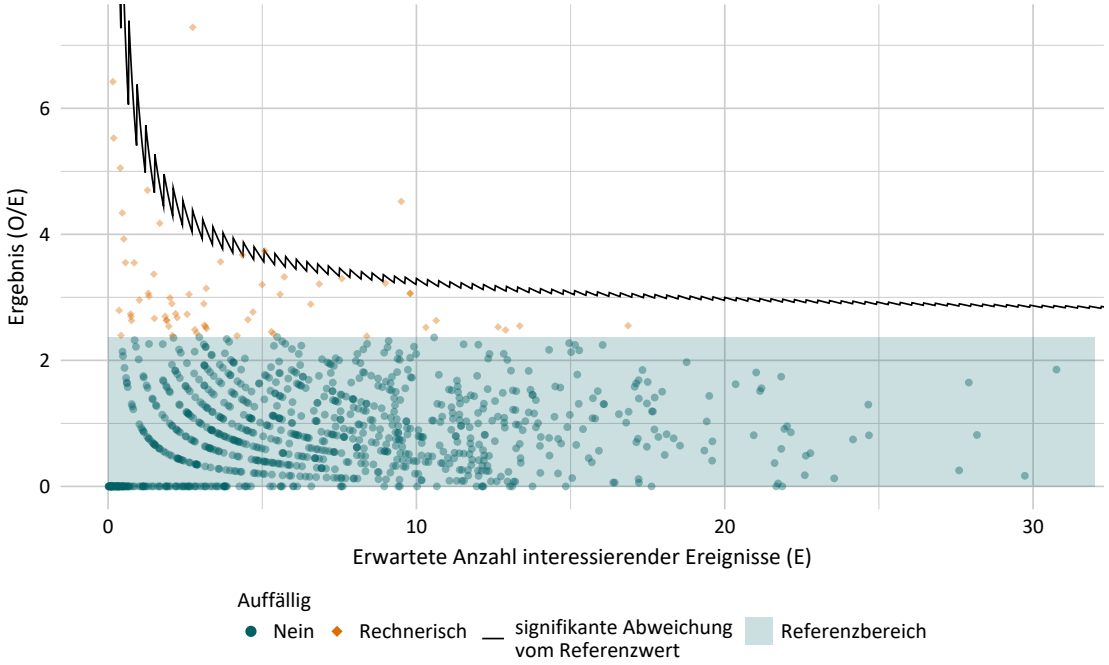
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



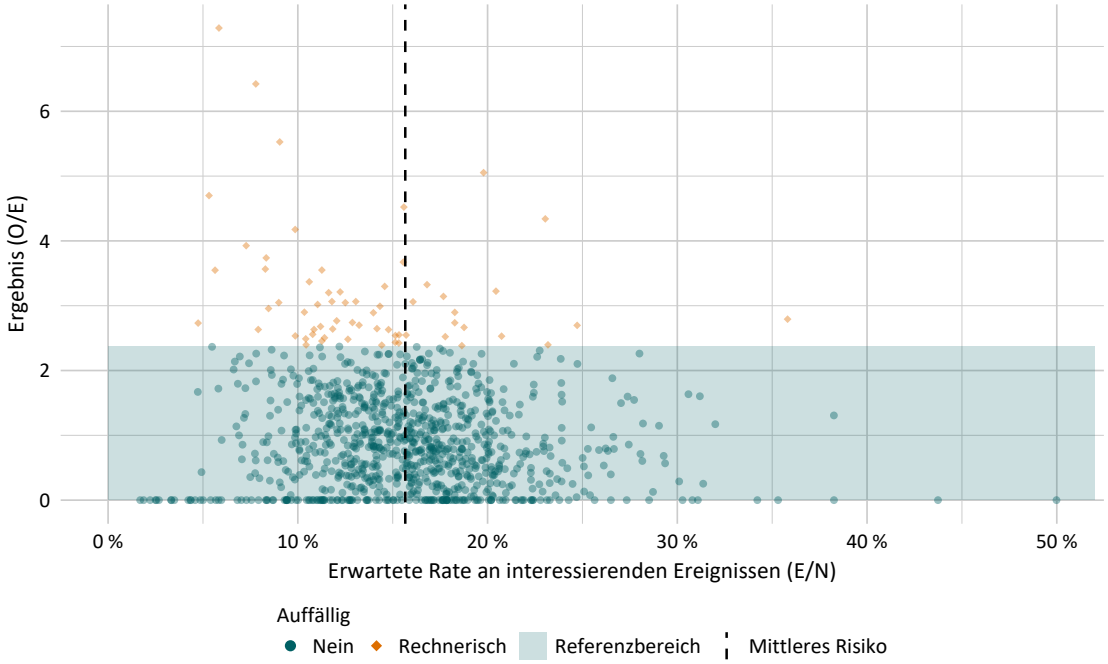
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	984	63	0,00	7,28	0,85

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Gehunfähigkeit bei Entlassung	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
3.1.1.1	ID: O_54033 O/N (observed, beobachtet)	15,63 % 6.932/44.348
3.1.1.2	ID: E_54033 E/N (expected, erwartet)	15,66 % 6.946,35/44.348
3.1.1.3	**ID: 54033** **O/E**	1,00

[3] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 54_22304 Gehunfähigkeit bei Entlassung	17,13 % 8.993/52.490
3.2.2	Verteilung nach postoperativer Verweildauer	
3.2.2.1	ID: 54_22305 ≤ 5 Tage	18,32 % 1.615/8.815
3.2.2.2	ID: 54_22306 6-10 Tage	16,82 % 3.109/18.479
3.2.2.3	ID: 54_22307 11-15 Tage	17,34 % 1.311/7.562
3.2.2.4	ID: 54_22308 16-20 Tage	15,38 % 1.423/9.250
3.2.2.5	ID: 54_22309 > 20 Tage	18,31 % 1.535/8.384

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 54_22310 Gehunfähigkeit vor der Fraktur	100,00 % 9.436/9.436
3.3.1	ID: 54_22311 gehfähig bei Entlassung	14,61 % 1.379/9.436
3.3.2	ID: 54_22312 gehunfähig bei Entlassung	85,39 % 8.057/9.436

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation
O (observed)	Beobachtete Anzahl an spezifischen postoperativen Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an spezifischen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54029
Referenzbereich	≤ 2,87 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Frakturlokalisation - pertrochantär Frakturlokalisation - sonstige Voroperation am Hüftgelenk - ja Wundkontaminationsklassifikation - bedingt aseptische Eingriffe Wundkontaminationsklassifikation - kontaminierte oder septische Eingriffe Diagnose - Adipositas Diagnose - Alimentäre Anämie Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Infektiöse Erkrankungen Diagnose - Knochennekrose Diagnose - Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

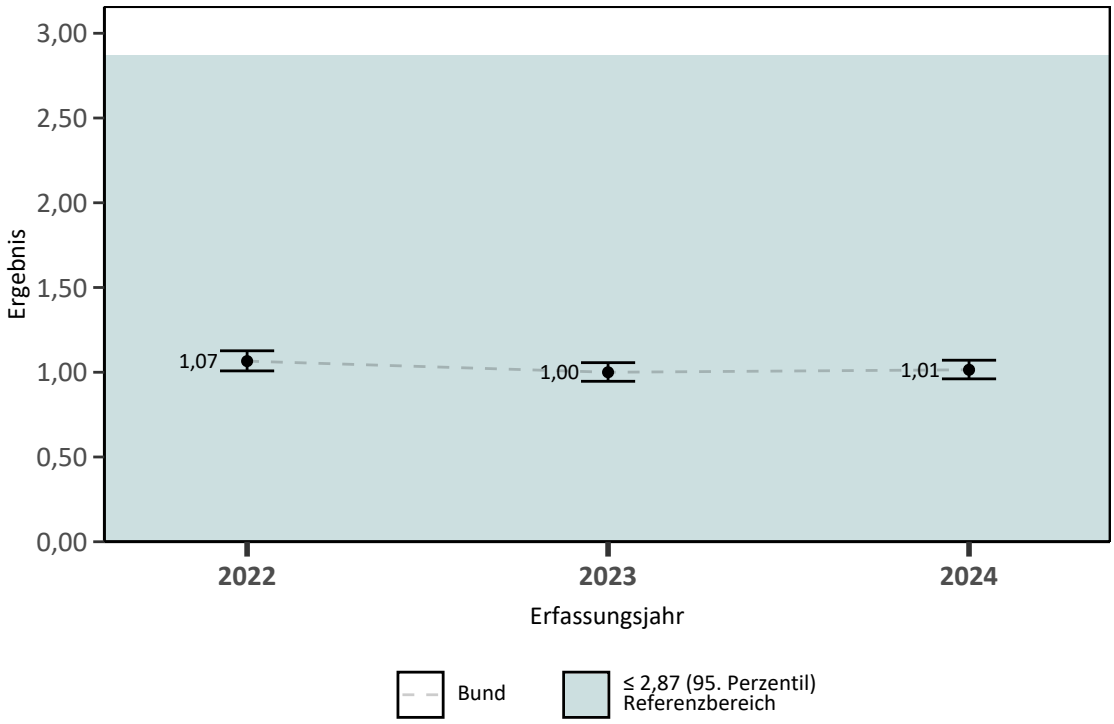
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	64.445	1.217 / 1.142,03	1,07	1,01 - 1,13
	2023	64.915	1.247 / 1.247,00	1,00	0,95 - 1,06
	2024	64.972	1.286 / 1.267,66	1,01	0,96 - 1,07

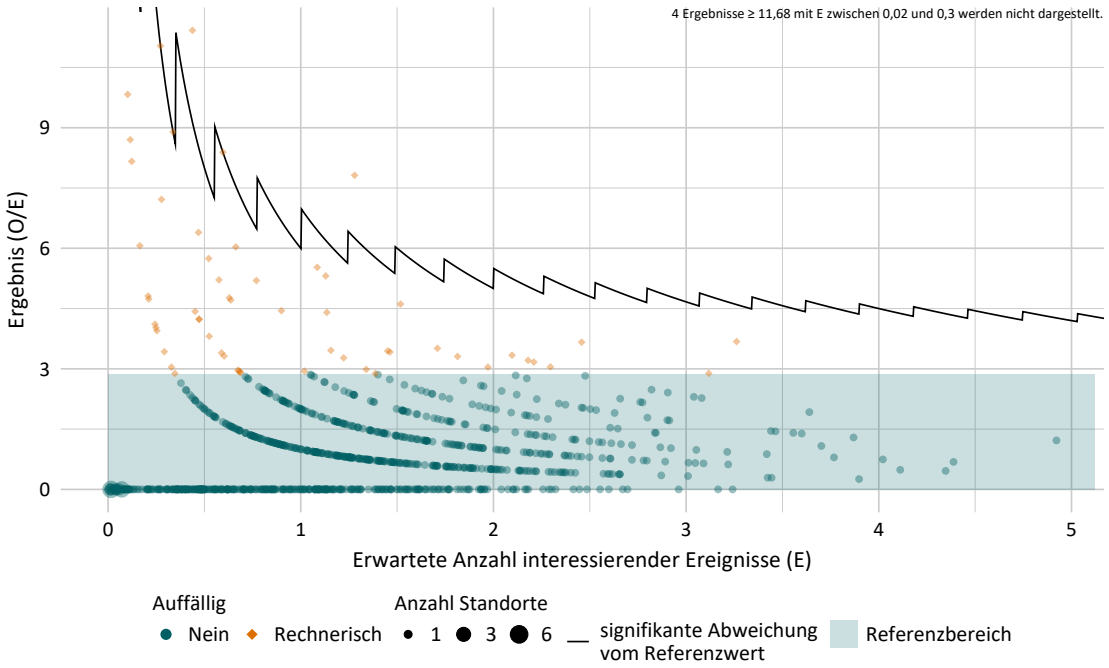
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



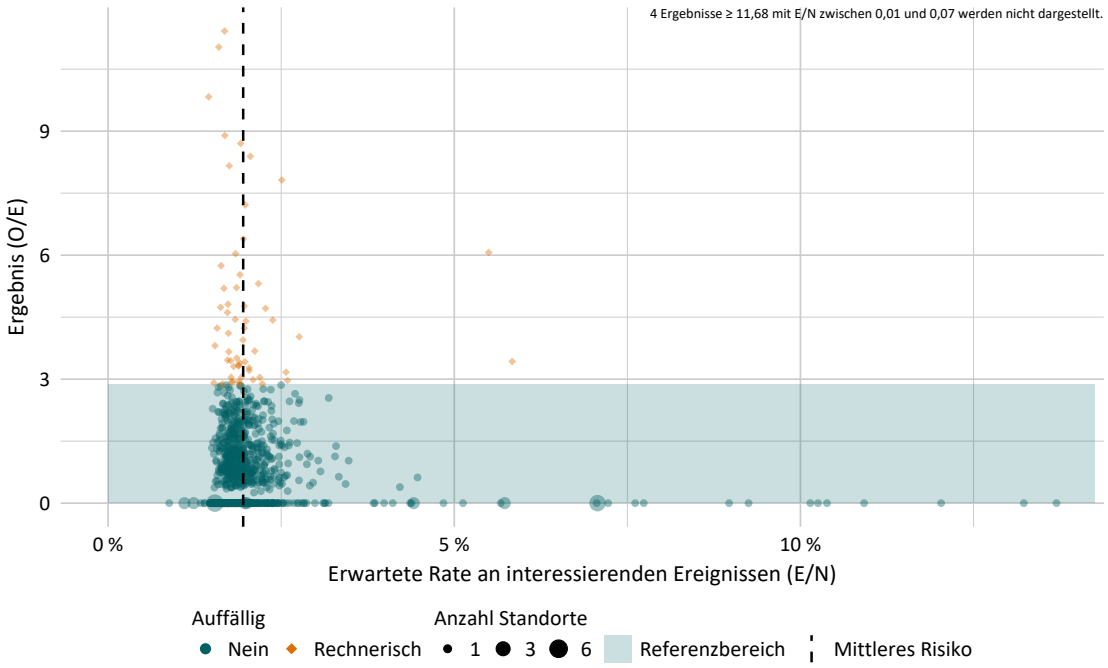
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	993	61	0,00	40,61	0,72

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Spezifische Komplikationen	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
4.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	1,98 % 1.286/64.972
4.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	1,95 % 1.267,66/64.972
4.1.1.1	**ID: 54029** **O/E**	1,01
4.1.2	ID: 54_22315 Implantatfehllage	0,15 % 97/64.972
4.1.3	ID: 54_22316 Implantatdislokation	0,42 % 272/64.972
4.1.4	ID: 54_22317 Wundhämatom	0,48 % 312/64.972
4.1.5	ID: 54_23000 revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	0,43 % 282/64.972
4.1.6	ID: 54_22318 Gefäßläsion	0,05 % 33/64.972
4.1.7	ID: 54_22319 Nervenschaden	0,06 % 40/64.972
4.1.8	ID: 54_22320 Fraktur	0,16 % 104/64.972
4.1.9	ID: 54_22322 reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,21 % 134/64.972
4.1.10	ID: 54_22323 reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0,01 % 7/64.972
4.1.11	ID: 54_22324 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen[5]	1,25 % 810/64.972
4.1.12	ID: 54_22325 Postoperative Wundinfektion	0,54 % 348/64.972
4.1.12.1	ID: 54_22326 A1 (oberflächliche Wundinfektion)[6]	33,62 % 117/348
4.1.12.2	ID: 54_22327 A2 (tiefe Wundinfektion)	59,20 % 206/348
4.1.12.3	ID: 54_22328 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	7,18 % 25/348

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1.13	ID: 54_22329 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen[7]	1,64 % 1.065/64.972

[4] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/)

[5] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

[6] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

[7] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 54_22330 Wundhämatome/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0,48 % 312/64.972
4.2.1	ID: 54_22331 Aufnahme mit gerinnungshemmender Dauertherapie	57,69 % 180/312
4.2.1.1	ID: 54_22332 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	3,21 % 10/312
4.2.1.2	ID: 54_22334 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	39,42 % 123/312
4.2.1.3	ID: 54_22335 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	17,31 % 54/312
4.2.1.4	ID: 54_22336 sonstige	x % ≤3/312

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54042
Referenzbereich	≤ 2,21 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear bis 83 Jahren Alter - linear ab 83 Jahren Geschlecht - männlich ASA-Klassifikation - 2 ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 oder 5 Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich oder im Zimmer mobil oder immobil Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Vorbestehende Koxarthrose - ja Frakturlokalisation - lateral Frakturlokalisation - pertrochantär Frakturlokalisation - sonstige Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Chronische_Lungenerkrankungen Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Infektiöse_Erkrankungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Peptische_Ulkuserkrankung_ohne_Blutung
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

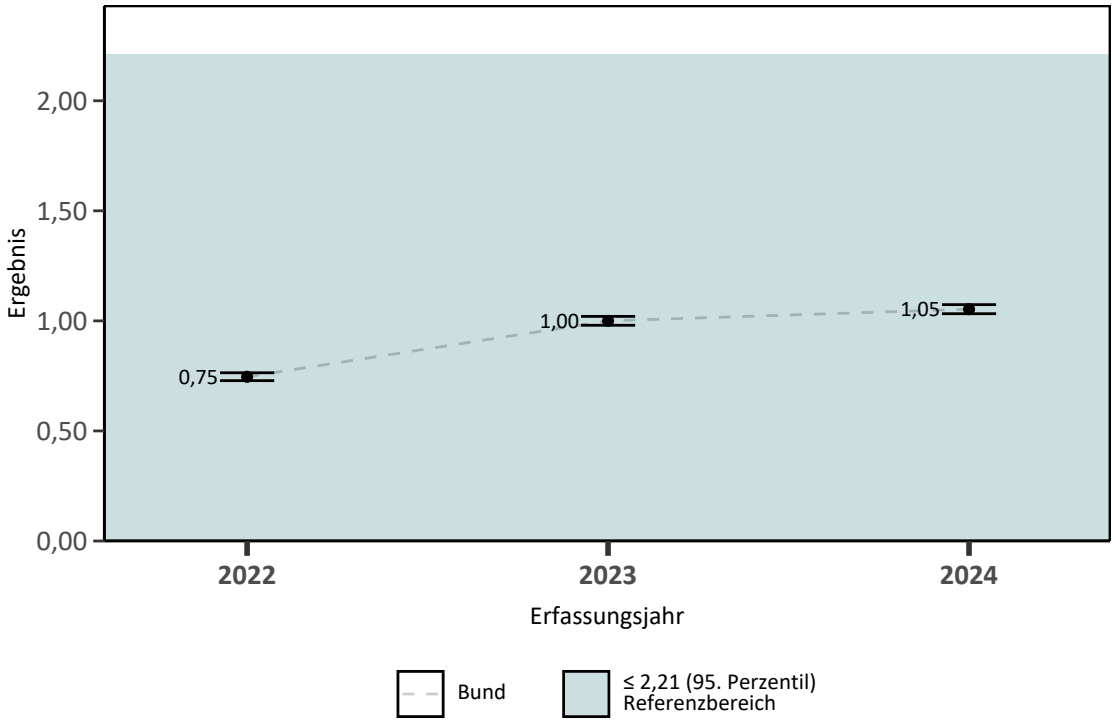
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	64.445	6.065 / 8.129,35	0,75	0,73 - 0,76
	2023	64.915	8.253 / 8.253,00	1,00	0,98 - 1,02
	2024	64.972	8.743 / 8.303,18	1,05	1,03 - 1,07

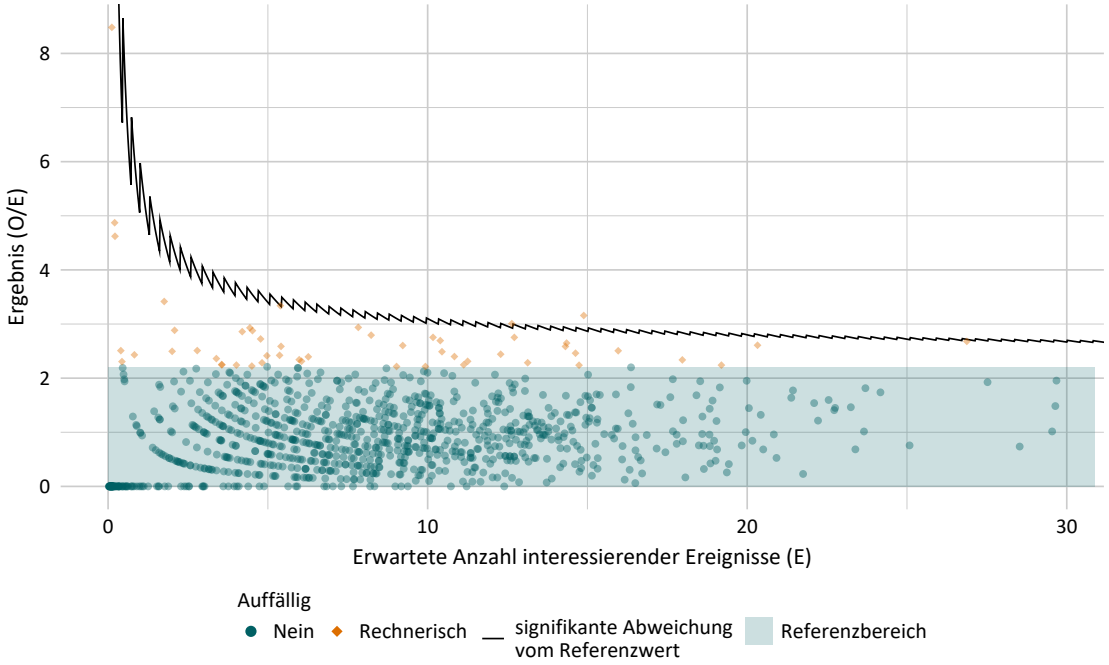
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	993	52	0,00	8,48	0,92

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Allgemeine postoperative Komplikationen ohne sonstige Komplikationen	
5.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation[8]	
5.1.1.1	ID: O_54042 O/N (observed, beobachtet)	13,46 % 8.743/64.972
5.1.1.2	ID: E_54042 E/N (expected, erwartet)	12,78 % 8.303,18/64.972
5.1.1.3	**ID: 54042** **O/E**	1,05

[8] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Allgemeine postoperative Komplikationen	
5.2.1	ID: 54_22350 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	13,46 % 8.743/64.972
5.2.2	ID: 54_22351 Pneumonie	3,37 % 2.192/64.972
5.2.3	ID: 54_22352 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,11 % 2.018/64.972
5.2.4	ID: 54_22353 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,13 % 85/64.972
5.2.5	ID: 54_22354 Lungenembolie	0,32 % 211/64.972
5.2.6	ID: 54_22355 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	3,63 % 2.360/64.972
5.2.7	ID: 54_22356 Schlaganfall	0,48 % 312/64.972
5.2.8	ID: 54_22357 akute gastrointestinale Blutung	0,56 % 365/64.972
5.2.9	ID: 54_22358 akute Niereninsuffizienz	2,80 % 1.820/64.972
5.2.10	ID: 54_22359 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	1,60 % 1.041/64.972

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.11	ID: 54_22360 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[9]	8,37 % 5.439/64.972

[9] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2	
5.3.1	ID: 54_22362 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2 (ohne sonstige Komplikation)	6,52 % 1.246/19.121
5.3.2	ID: 54_22363 Pneumonie	1,09 % 209/19.121
5.3.3	ID: 54_22364 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1,17 % 224/19.121
5.3.4	ID: 54_22365 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,15 % 29/19.121
5.3.5	ID: 54_22366 Lungenembolie	0,18 % 35/19.121
5.3.6	ID: 54_22367 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	2,22 % 425/19.121
5.3.7	ID: 54_22368 Schlaganfall	0,27 % 52/19.121
5.3.8	ID: 54_22369 akute gastrointestinale Blutung	0,30 % 57/19.121
5.3.9	ID: 54_22371 akute Niereninsuffizienz	1,08 % 206/19.121
5.3.10	ID: 54_22372 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,93 % 178/19.121
5.3.11	ID: 54_22373 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[10]	4,32 % 826/19.121

[10] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit ASA 3 - 4	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4.1	ID: 54_22374 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 3 - 4 (ohne sonstige Komplikation)	16,34 % 7.485/45.811
5.4.2	ID: 54_22375 Pneumonie	4,33 % 1.982/45.811
5.4.3	ID: 54_22376 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,90 % 1.787/45.811
5.4.4	ID: 54_22377 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,12 % 56/45.811
5.4.5	ID: 54_22378 Lungenembolie	0,38 % 175/45.811
5.4.6	ID: 54_22379 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	4,22 % 1.933/45.811
5.4.7	ID: 54_22380 Schlaganfall	0,57 % 259/45.811
5.4.8	ID: 54_22381 akute gastrointestinale Blutung	0,67 % 308/45.811
5.4.9	ID: 54_22383 akute Niereninsuffizienz	3,52 % 1.613/45.811
5.4.10	ID: 54_22384 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	1,88 % 862/45.811
5.4.11	ID: 54_22385 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[11]	10,06 % 4.610/45.811

[11] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54046
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - weiblich Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - im Zimmer mobil Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - immobil Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - bettlägerig ASA-Klassifikation - 1 ASA-Klassifikation - 2 ASA-Klassifikation - 4 ASA-Klassifikation - 5 Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Altersrisiko pro Jahr bis 46 Jahre Altersrisiko pro Jahr bis 80 Jahre Altersrisiko pro Jahr bis 95 Jahre Altersrisiko pro Jahr über 95 Jahre Wundkontaminationsklassifikation - septisch Frakturlokalisation - lateral Frakturlokalisation - pertrochantär Frakturlokalisation - sonstige
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

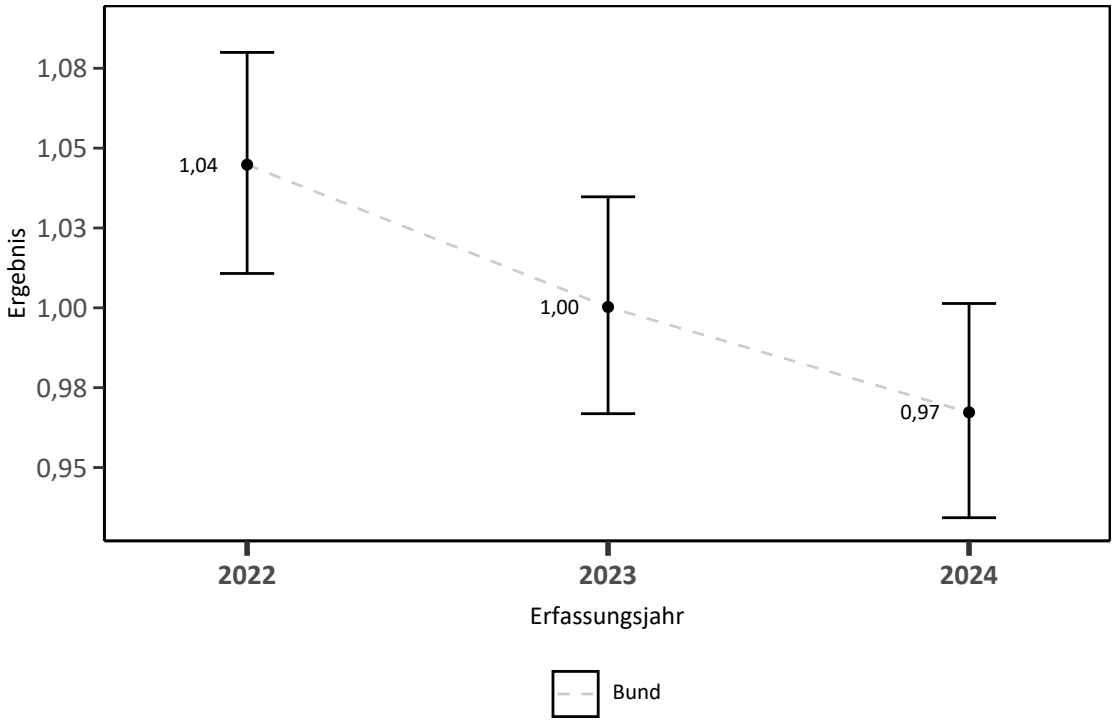
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	64.445	3.322 / 3.179,50	1,04	1,01 - 1,08
	2023	64.915	3.172 / 3.171,20	1,00	0,97 - 1,03
	2024	64.972	3.046 / 3.149,08	0,97	0,93 - 1,00

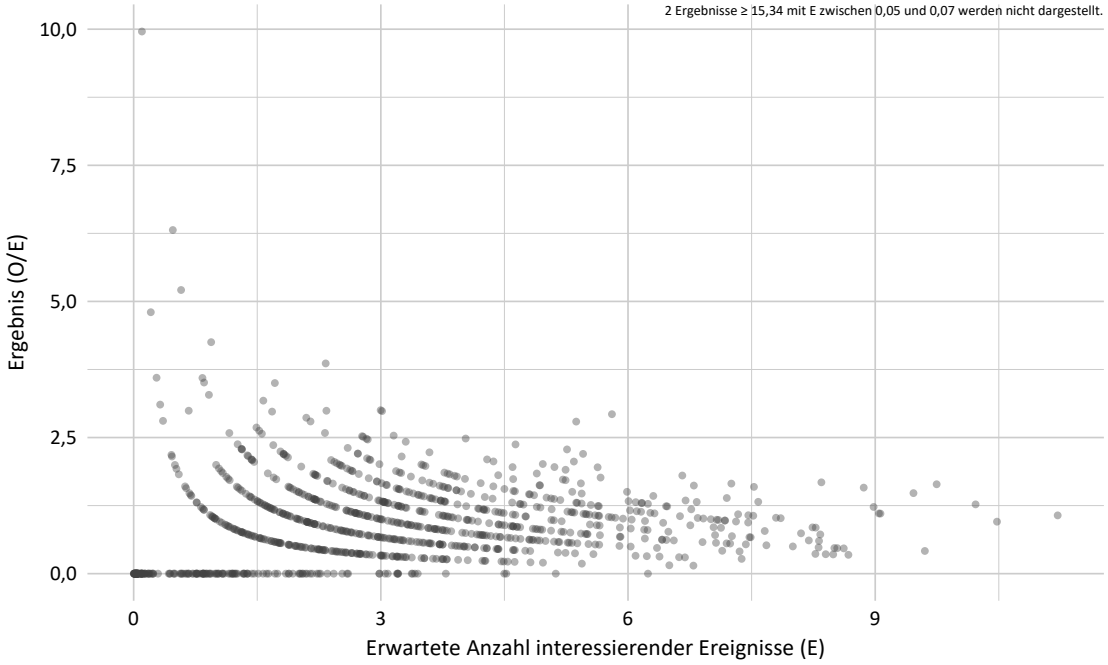
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



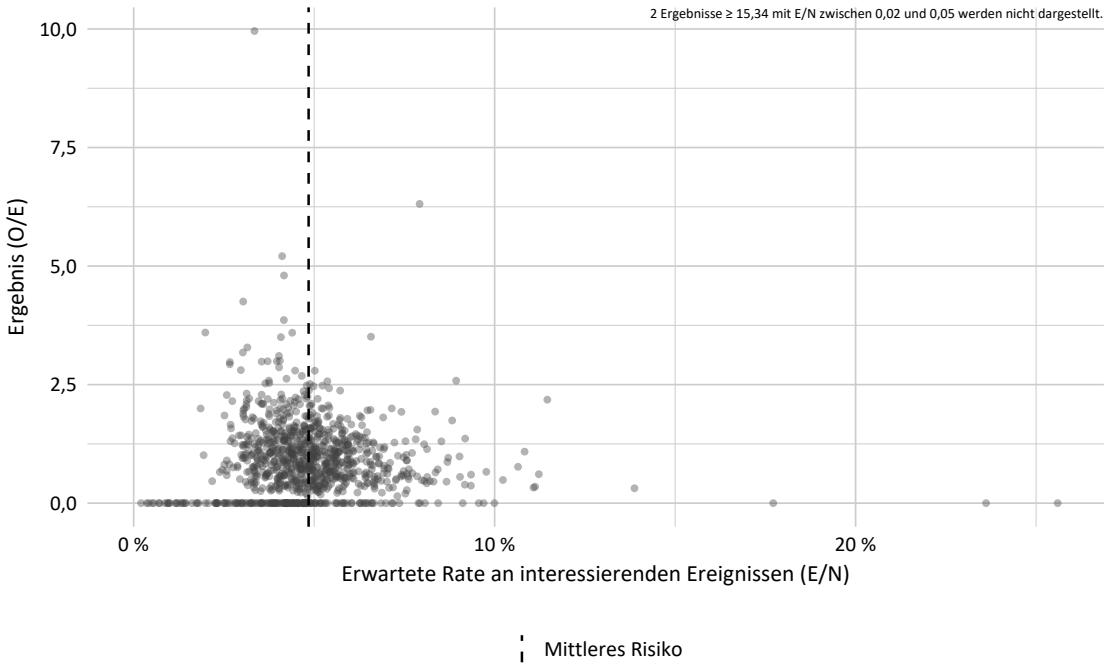
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	993	0	0,00	18,61	0,85

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Sterblichkeit	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[12]	
6.1.1.1	ID: O_54046 O/N (observed, beobachtet)	4,69 % 3.046/64.972
6.1.1.2	ID: E_54046 E/N (expected, erwartet)	4,85 % 3.149,08/64.972
6.1.1.3	**ID: 54046** **O/E**	0,97

[12] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 54_22389 Sterblichkeit	4,69 % 3.046/64.972
6.2.1	Verteilung der Todesfälle nach ASA-Klassifikation	
6.2.1.1	ID: 54_22390 ASA 1	x % ≤3/2.046
6.2.1.2	ID: 54_22391 ASA 2	0,74 % 126/17.075
6.2.1.3	ID: 54_22392 ASA 3	5,13 % 2.123/41.395
6.2.1.4	ID: 54_22393 ASA 4	17,73 % 783/4.416
6.2.1.5	ID: 54_22394 ASA 5	27,50 % 11/40

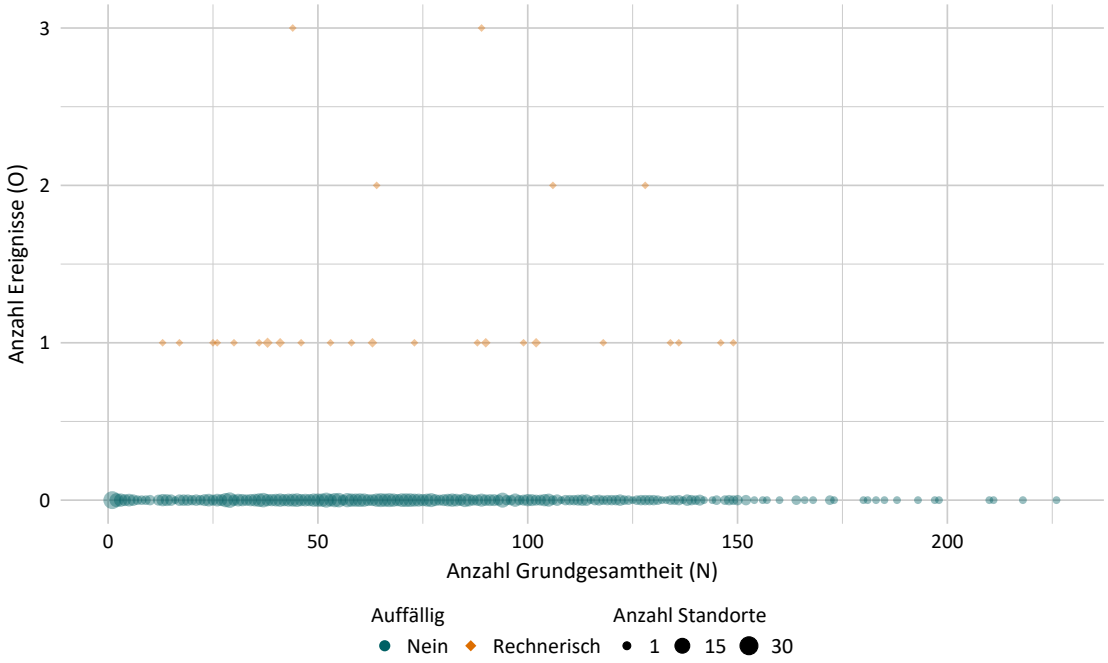
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850147: Angabe von ASA 5

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. **Hypothese** Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine niedrigere ASA-Einstufung vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54046: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Alle Fälle mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



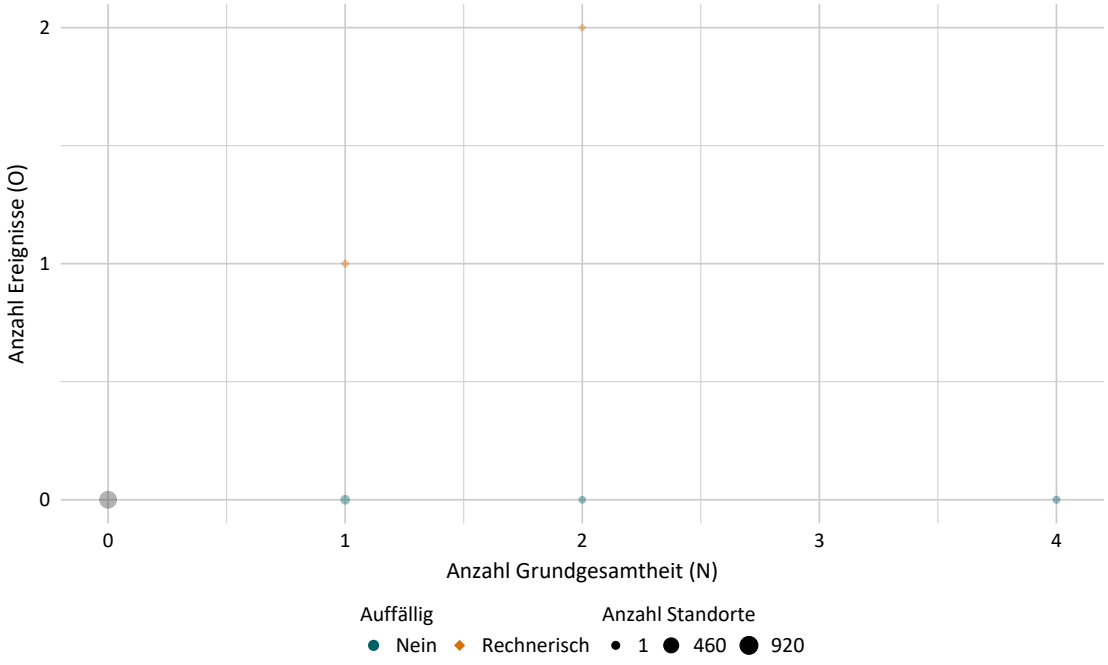
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	40 / 64.986	0,00	3,32 % 33 / 993

850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. **Hypothese** Fehlende Dokumentation von Frakturen (als Komplikation).
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Grundgesamtheit	Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)
Zähler	Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



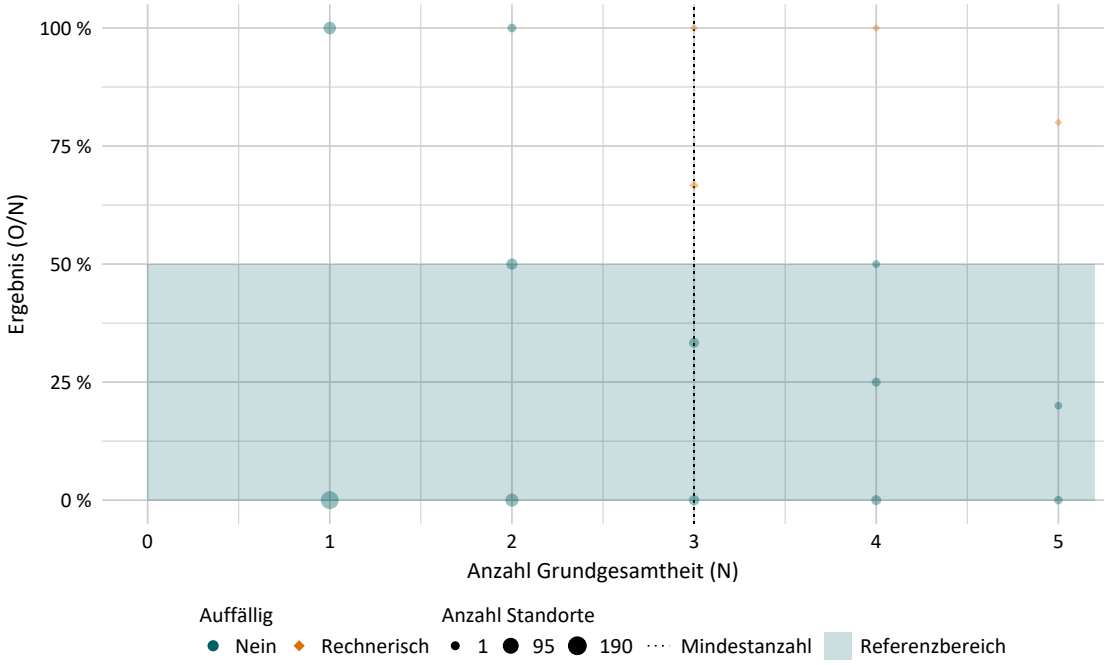
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	31 / 76	0,41	41,54 % 27 / 65

850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl zur Messung der Komplikationsraten heraus. **Hypothese** Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, und für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.7, T84.14, T84.6, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde. Ausgeschlossen werden Fälle mit einer Voroperation am betroffenen Hüftgelenk.
Zähler	Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 50,00 %
Mindestanzahl Nenner	3
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	377	10	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

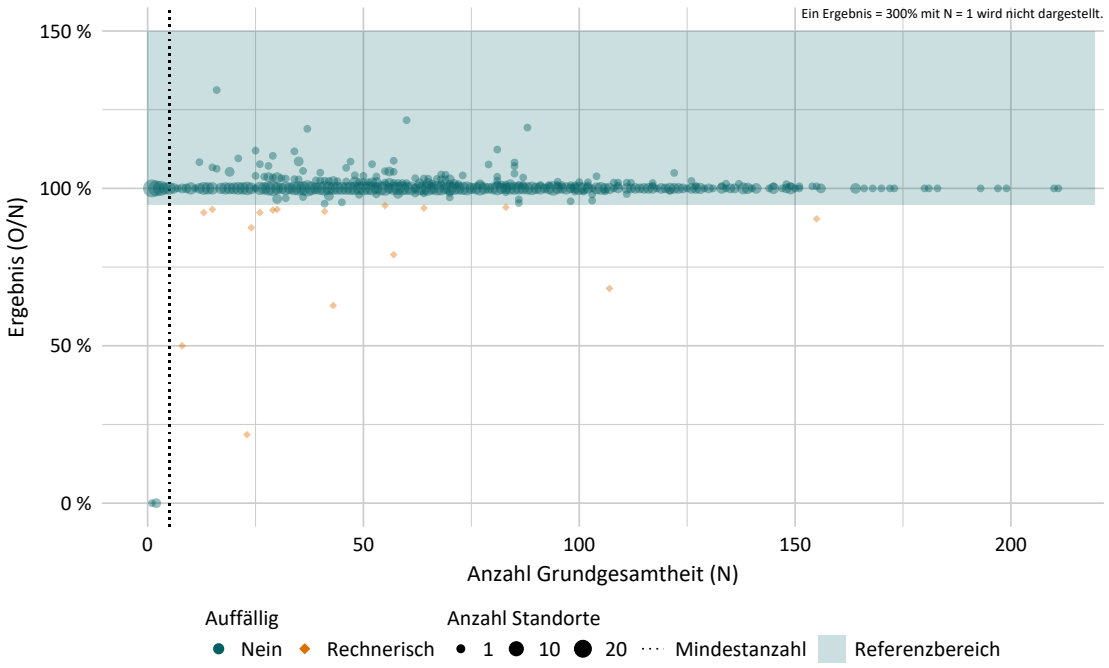
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	117 / 590	19,83	2,65 % 10 / 377

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.037	16	0,00	300,00	100,00

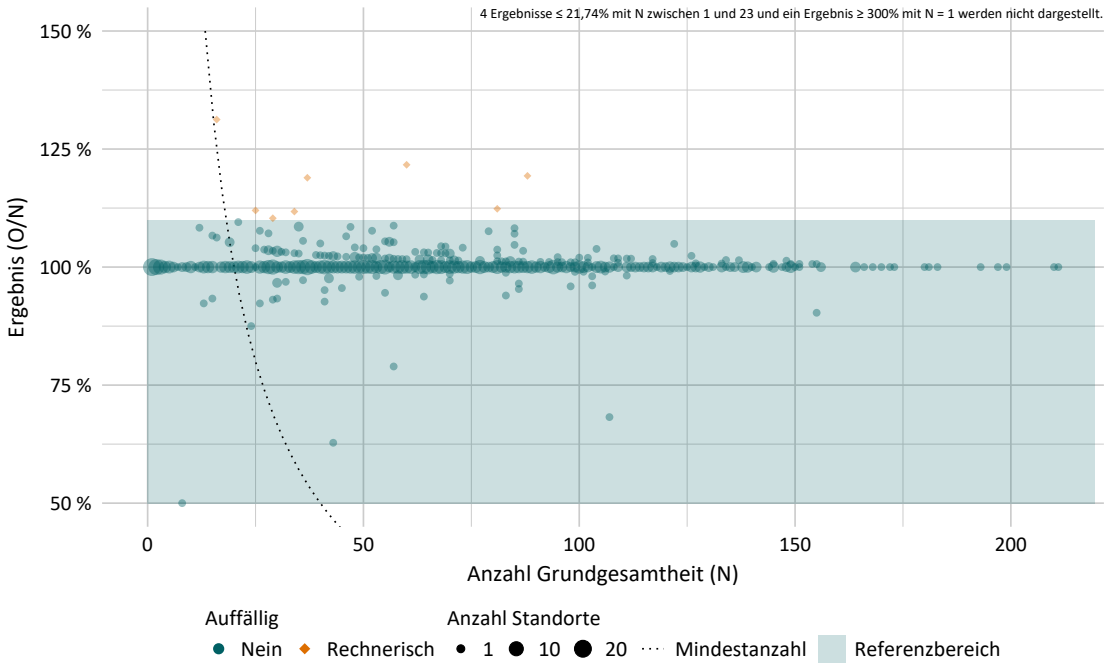
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	65.072 / 64.707	100,56	1,54 % 16 / 1.037

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.037	8	0,00	300,00	100,00

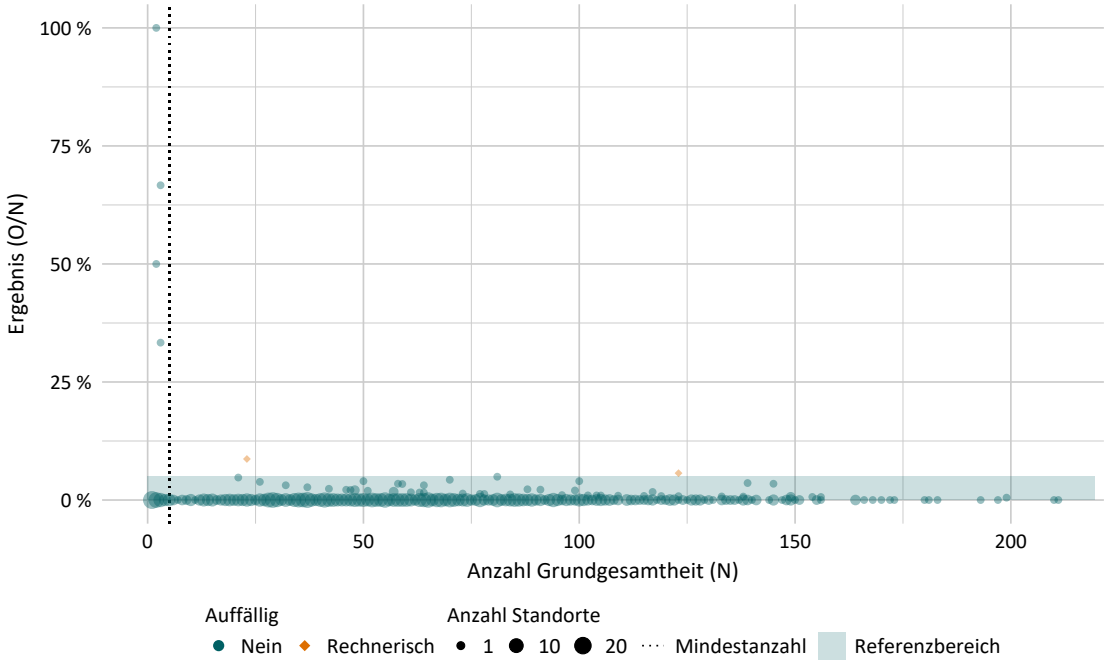
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	65.072 / 64.707	100,56	0,77 % 8 / 1.037

850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.037	2	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	86 / 64.707	0,13	0,19 % 2 / 1.037

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Quartal des Aufnahmetages		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	2.596	3,99
1. Quartal	16.476	25,35
2. Quartal	15.698	24,16
3. Quartal	15.801	24,31
4. Quartal	14.415	22,18

Inhouse-Sturz

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		
(0) nein	63.921	98,36
(1) ja	1.065	1,64

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	1.345	2,07
50 - 59 Jahre	3.049	4,69
60 - 69 Jahre	7.283	11,21
70 - 79 Jahre	12.155	18,70
80 - 89 Jahre	28.539	43,92
≥ 90 Jahre	12.615	19,41

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.986
Mittelwert	80,08

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Geschlecht		
(1) männlich	21.906	33,71
(2) weiblich	43.078	66,29
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	≤3	x

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	19.463	29,95
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	19.175	29,51
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	16.236	24,98
(4) im Zimmer mobil	7.949	12,23
(5) immobil	2.163	3,33
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	27.397	42,16
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	7.108	10,94
(2) Rollator/Gehbock	27.075	41,66
(3) Rollstuhl	2.543	3,91
(4) bettlägerig	863	1,33

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	2.047	3,15
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	17.078	26,28
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	41.405	63,71
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	4.416	6,80
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	40	0,06
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	64.424	99,14
(2) bedingt aseptische Eingriffe	450	0,69
(3) kontaminierte Eingriffe	49	0,08
(4) septische Eingriffe	63	0,10

Antithrombotische Dauertherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Antithrombotische Dauertherapie		
(0) nein	38.385	59,07
(1) ja	26.601	40,93
davon: Art der Medikation[13]		
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	1.118	4,20
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	12.196	45,85
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	13.413	50,42
sonstige	404	1,52

[13] Mehrfachnennung möglich

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt		
(0) nein	62.940	96,85
(1) ja, eine Osteosynthese	901	1,39
(2) ja, eine Endoprothese	1.145	1,76
Vorbestehende Koxarthrose		
(0) nein	39.097	60,16
(1) ja	25.889	39,84

Frakturlokalisation und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Frakturlokalisation		
(1) medial	6.499	10,00
davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden		
(1) Abduktionsfraktur	2.075	31,93
(2) unverschoben	2.898	44,59
(3) verschoben	1.343	20,66
(4) komplett verschoben	183	2,82
(2) lateral	1.368	2,11
(3) pertrochantär	54.679	84,14
(9) sonstige	2.440	3,75

Fraktur nach ICD-Kode

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Schenkelhalsfrakturen		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	8.905	13,70
davon:[14]		
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	916	10,29
(S72.01) Intrakapsulär	5.621	63,12
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	7	0,08
(S72.03) Subkapital	393	4,41
(S72.04) Mediozervikal	688	7,73
(S72.05) Basis	497	5,58
(S72.08) Sonstige Teile	1.007	11,31
Pertrochantäre Frakturen		
(S72.1-) Pertrochantäre Frakturen	56.743	87,32
davon:[15]		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	34.931	61,56
(S72.11) Intertrochantär	23.096	40,70

[14] Mehrfachnennung möglich
[15] Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	38	0,06
(5-986*) Minimalinvasive Technik	142	0,22
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	0	0,00
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	42	0,06
Operationsverfahren		
(1) DHS, Winkelplatte	4.866	7,49
(2) Intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)	56.168	86,43
(3) Verschraubung	2.612	4,02
(9) sonstige	1.340	2,06
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	18.416	28,34
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	14	0,02

Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten im Alter ab 65 Jahren	**N = 57.419**	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren der Patientinnen und Patienten		
(0) nein	935	1,63
(1) ja	56.484	98,37
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	1.043	1,82
(1) ja	56.376	98,18

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	50.879	78,29
(1) ja[16]	14.107	21,71

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	2.194	3,38
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	2.018	3,11
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	85	0,13
Lungenembolie	211	0,32
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	2.362	3,63
Schlaganfall	312	0,48
akute gastrointestinale Blutung	365	0,56
akute Niereninsuffizienz	1.820	2,80
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	2.706	4,16
davon: Demenz		
(0) nein	1.041	38,47
(1) ja	1.665	61,53
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	5.439	8,37

[16] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	63.001	96,95
(1) ja[17]	1.985	3,05

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
primäre Implantatfehllage	97	0,15
sekundäre Implantatdislokation	272	0,42
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	312	0,48
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	282	0,43
Gefäßläsion	33	0,05
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	40	0,06
Fraktur	104	0,16
Wunddehiszenz	134	0,21
sekundäre Nekrose der Wundränder	7	0,01
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	810	1,25
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	64.638	99,46
(1) ja	348	0,54
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	117	33,62
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	206	59,20
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	25	7,18
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	1.010	1,55
(1) = ja	1.065	1,64

[17] Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[18]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.986
Median	11,00
Mittelwert	13,29
Präoperative Verweildauer (Stunden)[19]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.986
Median	13,05
Mittelwert	18,26
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.986
Median	42,00
Mittelwert	48,25
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.986
Median	10,00
Mittelwert	12,45

[18] Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

[19] Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme bzw. des Inhouse-Sturzes zum Eingriff

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	1.948	3,00
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	16.113	24,79
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	27.126	41,74
(4) Im Zimmer mobil	12.968	19,96
(5) immobil	3.976	6,12
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	819	1,26
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	18.362	28,26
(2) Rollator/Gehbock	37.128	57,13
(3) Rollstuhl	4.077	6,27
(4) bettlägerig	1.744	2,68

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	34.228	52,67
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.375	2,12
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	83	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	235	0,36
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	7	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	9.444	14,53
(07) Tod	3.046	4,69
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[20]	296	0,46
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	5.886	9,06
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	9.743	14,99
(11) Entlassung in ein Hospiz	50	0,08
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	55	0,08
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	4	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	8	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[21]	215	0,33
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	46	0,07
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[22]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	246	0,38

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.986**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[23]		
(1) ja	19	0,03

[20] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[21] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[22] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[23] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HGV-HEP: Hüftendoprothesenversorgung

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Hüftendoprothesenversorgung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 7

Datengrundlagen 9

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 9

Übersicht über weitere Datengrundlagen 11

Ergebnisübersicht 14

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 16

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024 19

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 22

54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation 22

Details zu den Ergebnissen 25

54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 26

Details zu den Ergebnissen 29

54003: Präoperative Verweildauer 31

Details zu den Ergebnissen 34

54004: Sturzprophylaxe 37

Details zu den Ergebnissen 40

Gruppe: Allgemeine Komplikationen 41

54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 41

54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 45

54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 49

Details zu den Ergebnissen 53

Gruppe: Spezifische Komplikationen 56

54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 56

54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 60

54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 64

Details zu den Ergebnissen ... 68
54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung ... 72
Details zu den Ergebnissen ... 77
192300: Treppensteigen bei Entlassung ... 79
Details zu den Ergebnissen ... 82
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung ... 84
54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel ... 84
191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur ... 88
Details zu den Ergebnissen ... 92
10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen ... 94
Details zu den Ergebnissen ... 98
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 100
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 100
850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen ... 100
850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation ... 102
851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen ... 104
851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer ... 106
851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes ... 108
852102: Angabe von ASA 5 ... 110
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 112
850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten ... 112
850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation) ... 114
850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation) ... 116
850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) ... 118
850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel) ... 120
850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 122
Basisauswertung ... 124
Basisdokumentation ... 124

Patientin und Patient ... 124
Operation ... 125
Hüftgelenknahe Femurfraktur ... 126
Inhouse-Sturz ... 126
Patientinnen und Patienten ... 126
Präoperative Anamnese/Befunde ... 127
Gehfähigkeit ... 127
Koxarthrose ... 128
Acetabulumfraktur ... 129
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation ... 129
Antithrombotische Dauertherapie ... 130
Voroperation ... 130
Frakturlokalisation und -typ ... 131
Fraktur nach ICD-Kode ... 132
Behandlungsverlauf ... 132
Angabe von Prozeduren ... 133
Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ... 135
Allgemeine Komplikationen ... 135
Spezifische Komplikationen ... 136
Behandlungszeiten ... 138
Entlassung ... 138
Gehfähigkeit ... 139
Entlassungsgrund ... 140
Elektive Erstimplantation ... 142
Patientin und Patient ... 142
Präoperative Anamnese/Befunde ... 142
Gehfähigkeit ... 143
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation ... 144
Bewegungsumfang ... 145
Indikationsrelevante Befunde ... 145
Schmerzen ... 146

Voroperation ... 146
Parameter zur Bestimmung des modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ... 147
Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen ... 148
Femurkopfnekrose ... 149
Behandlungsverlauf ... 149
Angabe von Prozeduren ... 150
Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ... 151
Allgemeine Komplikationen ... 152
Spezifische Komplikationen ... 153
Behandlungszeiten ... 154
Entlassung ... 155
Gehfähigkeit ... 155
Entlassungsgrund ... 157
Wechsel bzw. Komponentenwechsel ... 159
Patientin und Patient ... 159
Präoperative Anamnese/Befunde ... 159
Gefähigkeit ... 160
ASA-und Wundkontaminationsklassifikation ... 161
Indikationsrelevante Befunde ... 161
Schmerzen ... 161
Erreger-/ Infektionsnachweis ... 162
Röntgendiagnostik / klinische Befunde ... 163
Behandlungsverlauf ... 163
Angabe von Prozeduren ... 164
Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ... 167
Allgemeine Komplikationen ... 168
Spezifische Komplikationen ... 169
Behandlungszeiten ... 170
Entlassung ... 171
Gehfähigkeit ... 171
Entlassungsgrund ... 173

Einleitung

Das QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (HGV) hat die alten QS-Verfahren zur hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HUEFTFRAK-OSTEO) und Hüftendoprothesenversorgung (HEP) zum 1. Januar 2021 ersetzt. Die aktuelle Struktur wird durch die „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) [1] geregelt.
Im Verfahren Hüftendoprothesenversorgung - Auswertungsmodul HEP der externen stationären Qualitätssicherung werden die Qualitätssicherungsdaten der orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Kliniken zum künstlichen Hüftgelenkersatz erhoben. Dazu gehören die Qualitätssicherungsdaten zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, zur endoprothetischen Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen sowie zu ein- oder zweizeitigen Hüftendoprothesen-Wechseln und -Komponentenwechseln.
Das Einsetzen einer Endoprothese am Hüftgelenk zählt in der Krankenhausstatistik zu den am häufigsten durchgeführten Operationen (ca. 234.000 im Jahr 2021, ca. 273 700 im Jahr 2023) bei vollstationären Patientinnen und Patienten [2]. Eine Revision, ein Wechsel oder eine Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk wurde im Jahr 2021 ca. 33.000-mal durchgeführt.
Die häufigste Erkrankung des Hüftgelenks, die endoprothetisch versorgt wird, ist die Hüftgelenksarthrose (Coxarthrose). Ruhe- oder Belastungsschmerzen und zum Teil große Bewegungseinschränkungen treten oft erst im fortgeschrittenen Stadium auf und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Neben der gelenkverschleißbegründeten Behandlung wird der künstliche Hüftgelenkersatz zudem auch bei der Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen (z. B. Schenkelhalsfraktur) durchgeführt. Bei der Implantation wird der frakturierte Hüftkopf/Schenkelhals entnommen und das künstliche Hüftgelenk mit dem körpereigenen Knochen verbunden. Zusätzlich wird häufig die Hüftpfanne behandelt und eine künstliche Hüftpfanne eingesetzt. Zu den Indikationskriterien eines Hüftendoprothesen-Wechsels oder -Komponentenwechsels gehören traumatische und degenerative Ursachen, sowie Komplikationen aufgrund der Erstimplantation. Ein (vorzeitiger) Wechsel kann zum Beispiel dann notwendig werden, wenn es zu einer Lockerung des Implantats, Instabilität des künstlichen Gelenks, einer ausgedehnten Infektion oder fortschreitendem Verschleiß in den bisher nicht ersetzten Gelenkanteilen kommt.
Die Qualitätsindikatoren, die zur Krankenhausbehandlung erhoben und statistisch ausgewertet werden, fokussieren auf allgemeine und spezifische postoperative Komplikationen im Zusammenhang mit dem künstlichen Hüftgelenksersatz sowie auf die Sterblichkeit im Krankenhaus. Weitere Qualitätsindikatoren beziehen sich auf die Indikationsstellung und die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten, bei der Entlassung Gehen und Treppensteigen zu können. Im Zusammenhang mit der operativen Versorgung der Femurfraktur wird auch die Wartezeit von der Krankenhausaufnahme bis zur Operation bis betrachtet.
Darüber hinaus wird im Follow-up-Qualitätsindikator „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (ID 10271) dargestellt, bei wie vielen Hüftendoprothesen-Erstimplantationen innerhalb von 90 Tagen ein Wechseleingriff durchgeführt wurde. Im Rahmen der Eckpunktebeauftragung wurde die Risikoadjustierung für die Indikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen (ID 54015, ID 54016, ID 54017, ID 54018, ID 54019 und ID 54120) sowie zur Sterblichkeit (ID 54013) im Auswertungsjahr 2024 überarbeitet bzw. eingeführt.

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 01. Januar 2024. URL: https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/ (abgerufen am 10.04.2024)

[2] Destatis. Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS 5). URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html (abgerufen am 16.05.2025)

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR) dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Die in der Tabelle angegebene Anzahl übermittelter Datensätze stellt nicht die Summe übermittelter Datensätze aus den Zählleistungsbereichen HGV-HEP dar. Die in der Tabelle angegebene Anzahl übermittelter Datensätze sind auch mehrere Prozeduren der Erstimplantation oder des Wechsels pro Krankenhausaufenthalt und Fall enthalten. In den Zählleistungsbereichen wird nur eine Prozedur pro Bereich (Erstimplantation oder Wechsel) gezählt, auch wenn beispielsweise beidseits Erstimplantationen im selben Klinikaufenthalt stattfanden.
Für das QS-Verfahren HGV-HEP erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	294.726 294.532 194	293.647	100,37
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.108		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.163	1.155	100,69

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	969	961	100,83

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten (GKV) Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)“).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Wechseleingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Hinweise zu den Tabellen zu den Zählleistungsbereichen „Hüftendoprothesenimplantation“ und „Wechsel und Komponentenwechsel“:

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren HGV-HEP erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens. Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren HGV zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-HGV/).

Im QS-Verfahren HGV werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2024 unterschieden:

- Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) 2024- [Erstimplantation einer Hüftendoprothese]

- Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE) 2024- [Hüftendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder Implantation einer Hüftendoprothese nach vorheriger Explantation]

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	249.755 249.588 167	250.523	99,69
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.106		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.161	1.151	100,87
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	968	958	101,04

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	249.588 249.588 -	249.588	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.106		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.161	1.161	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	968	968	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	41.051 41.051 -	43.082	95,29
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.060		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.093	1.090	100,28

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	940	938	100,21

Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	276.474 276.330 144	275.547	100,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.108		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.159	1.151	100,70
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	969	961	100,83

Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.491 20.405 86	20.482	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	995		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.034	1.028	100,58
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	894	887	100,79

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. In den Leistungserbringerberichten können ebenfalls Ergebnisse fehlen, wenn Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst haben und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Hinweise zum Auswertungsjahr 2025:
- Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ durch eine ICD-Liste mit Diagnosekodes nach der Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) erweitert und eine dazugehörige weiche Plausibilitätsregel eingeführt. Dies hat Einfluss auf die Ergebnisse der entsprechenden Indikatoren (ID 54015, ID 54016, ID 54017, ID 54018, ID 54019 und ID 54120) zum Erfassungsjahr 2023, da aufgrund dieser Änderungen teilweise mehr allgemeine und spezifische Komplikationen dokumentiert wurden als im Erfassungsjahr 2022.
- Die Qualitätsindikatoren zu Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54001); Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel (ID 54002) und Sturzprophylaxe (ID 54004) werden aufgrund der Empfehlungen des IQTIG im Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“ zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da nicht mehr alle Eignungskriterien erfüllt sind. Die Referenzbereiche werden deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt. Die Vergleichbarkeit zu den Vorjahresergebnissen ist gegeben.
- Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgte bei allen risikoadjustierten Qualitätsindikatoren eine Prüfung des Risikoadjustierungsmodells und eine Neuschätzung des Einflusses einzelner Risikofaktoren.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HGV finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hgv/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Eingriffen aus dem Jahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	Nicht definiert	97,73 % O = 201.806 N = 206.502
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Nicht definiert	90,84 % O = 18.408 N = 20.265
54003	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	8,15 % O = 5.744 N = 70.479
54004	Sturzprophylaxe	Nicht definiert	97,64 % O = 211.773 N = 216.892

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Allgemeine Komplikationen			
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,08 (95. Perzentil)	1,05 O/E = 10.839 / 10.369,75 N = 70.594
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 2,84 (95. Perzentil)	0,93 O/E = 3.363 / 3.622,88 N = 204.985
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 2,07 (95. Perzentil)	0,92 O/E = 1.757 / 1.919,89 N = 17.708
Gruppe: Spezifische Komplikationen			
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,42 (95. Perzentil)	0,96 O/E = 3.360 / 3.490,04 N = 70.745
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 2,48 (95. Perzentil)	0,93 O/E = 4.431 / 4.765,11 N = 206.502
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 2,22 (95. Perzentil)	1,01 O/E = 3.348 / 3.310,74 N = 20.265
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,44 (95. Perzentil)	0,91 O/E = 6.782 / 7.444,23 N = 243.925
192300	Treppensteigen bei Entlassung	Nicht definiert	98,47 % O = 191.226 N = 194.193

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung			
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 4,26 (95. Perzentil)	0,89 O/E = 782 / 880,87 N = 222.693
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	0,94 O/E = 3.899 / 4.145,76 N = 70.594
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	≤ 2,50 (95. Perzentil)	0,97 O/E = 3.758 / 3.885,44 N = 281.084

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.
Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.
Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zu Eingriffen aus dem Jahr 2024

© IQTIG 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	16,82 % 600 / 3.568	1,02 % 9 / 881
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	≤ 30,00 %	13,98 % 313 / 2.239	3,32 % 23 / 693
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	≤ 2	0,07 303 / 4.210	2,37 % 20 / 845
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	≤ 90,00 %	60,31 % 7.292 / 12.091	2,14 % 21 / 981
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0	0,07 160 / 2.185	3,52 % 27 / 767
852102	Angabe von ASA 5	= 0	0,00 28 / 298.888	0,36 % 4 / 1.108

© IQTIG 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	99,69 % 249.755 / 250.523	3,65 % 42 / 1.151
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95,00 %	100,34 % 276.474 / 275.547	1,13 % 13 / 1.151
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110,00 %	100,34 % 276.474 / 275.547	0,09 % 1 / 1.151
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	≥ 95,00 %	100,04 % 20.491 / 20.482	6,71 % 69 / 1.028
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110,00 %	100,04 % 20.491 / 20.482	0,39 % 4 / 1.028
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,07 % 194 / 293.647	0,35 % 4 / 1.155

© IQTIG 2025

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

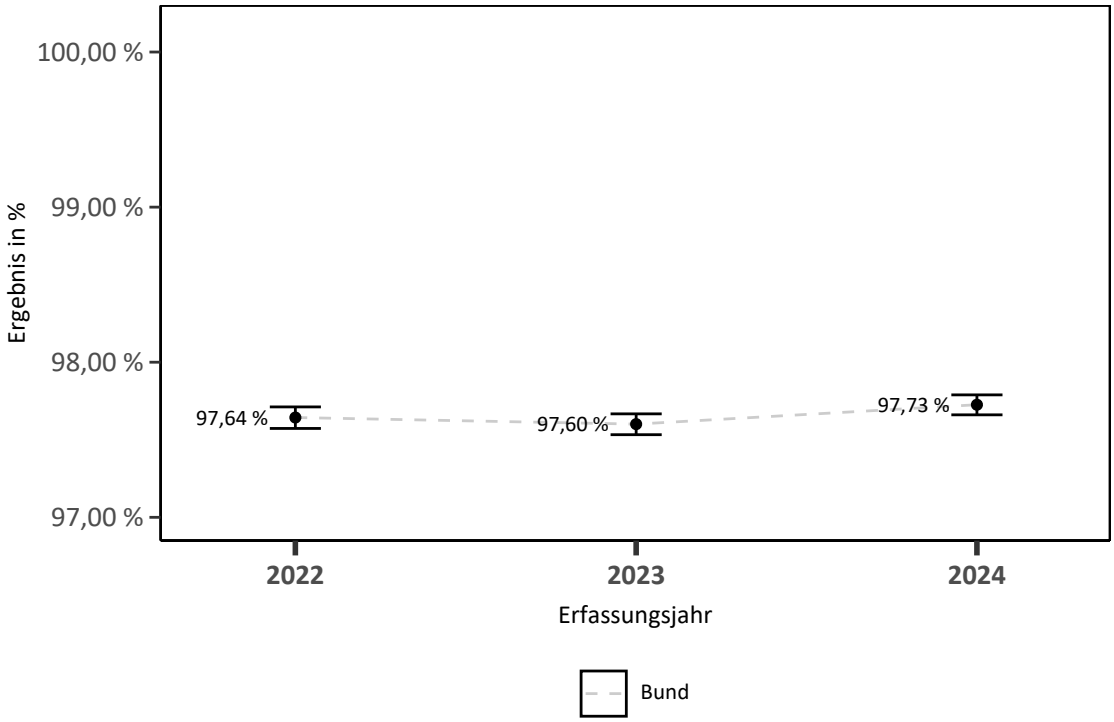
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER bei denen eine osteosynthetische Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassdiagnosen ODER bei denen eine posttraumatische Hüftkopfnekrose vorliegt ODER die das Kriterium Schmerzen und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation ODER das Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation erfüllen
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

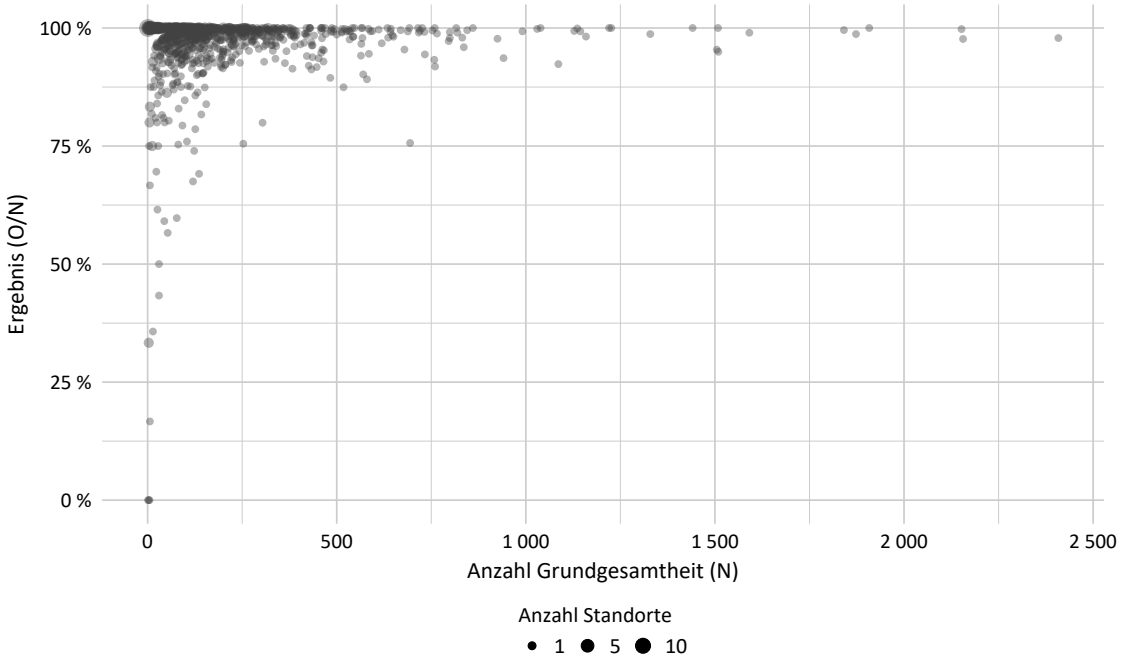
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	179.742 / 184.080	97,64	97,57 - 97,71
	2023	195.111 / 199.907	97,60	97,53 - 97,67
	2024	201.806 / 206.502	97,73	97,66 - 97,79

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.054	0	0,00	100,00	99,19

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 54001** **Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation**	97,73 % 201.806/206.502
1.1.1	ID: 19_22000 Belastungsschmerz und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	23,67 % 47.761/201.806
1.1.2	ID: 19_22001 Ruheschmerz und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	75,18 % 151.715/201.806
1.1.3	ID: 19_22002 Belastungsschmerz und Grad 3-5 der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek	0,18 % 354/201.806
1.1.4	ID: 19_22003 Ruheschmerz und Grad 3-5 der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek	0,77 % 1.563/201.806
1.1.5	ID: 19_22004 Belastungs- oder Ruheschmerz und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation	5,98 % 12.062/201.806
1.1.6	ID: 19_22005 Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation	4,40 % 8.886/201.806
1.1.7	ID: 19_22006 Mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	71,02 % 143.332/201.806
1.1.8	ID: 19_22007 Mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek	0,71 % 1.426/201.806
1.1.9	ID: 19_22008 Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder Voroperation und die ICD M87.25 (Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma)	1,37 % 2.773/201.806

54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

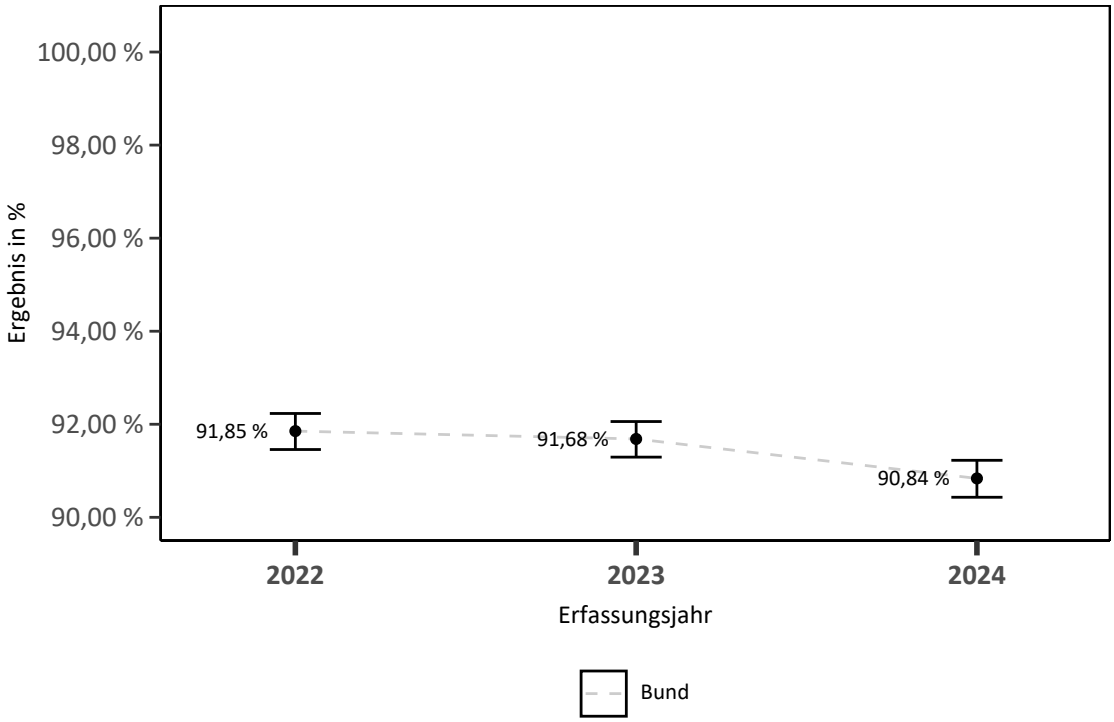
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Wechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit: Endoprothesen(sub)luxation ODER Implantatbruch ODER Periprothetische Fraktur ODER Osteolyse/Knochenzyste, Substanzverlust Pfanne ODER Osteolyse/Knochenzyste, Substanzverlust des Femurs ODER mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens eines der folgenden klinischen/röntgenologischen Kriterien: Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehllage des Schafts, Implantatfehllage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis), Periartikuläre Ossifikation ODER erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ODER Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

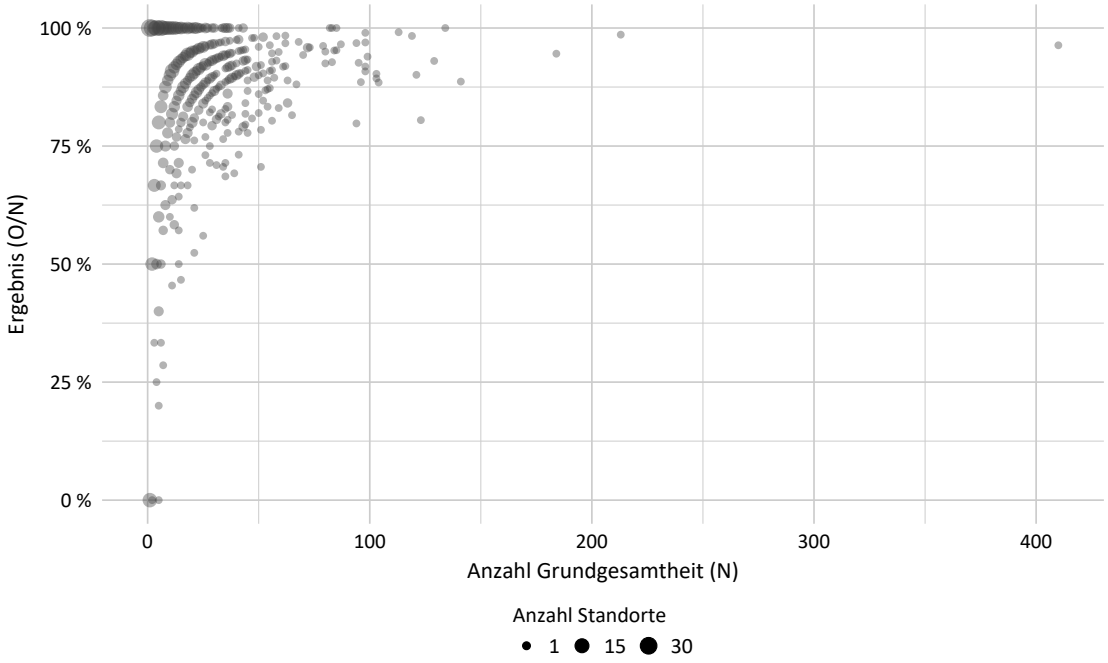
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	17.622 / 19.185	91,85	91,46 - 92,23
	2023	18.357 / 20.022	91,68	91,29 - 92,06
	2024	18.408 / 20.265	90,84	90,43 - 91,23

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	995	0	0,00	100,00	92,86

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 54002** **Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel**	90,84 % 18.408/20.265
2.1.1	Angemessene Indikation nach Art des Eingriffs	
2.1.1.1	ID: 19_22009 bei einzeitigem Wechsel	91,48 % 16.443/17.974
2.1.1.2	ID: 19_22010 bei zweizeitigem Wechsel	85,77 % 1.965/2.291
2.1.2	Indikationsgruppen	
2.1.2.1	ID: 19_22011 Endoprothesen(sub)luxation	18,41 % 3.388/18.408
2.1.2.2	ID: 19_22012 Implantatbruch	2,09 % 384/18.408
2.1.2.3	ID: 19_22014 Periprothetische Fraktur	31,79 % 5.852/18.408
2.1.2.4	ID: 19_22015 Knochendefekt Pfanne oder des Femurs	10,91 % 2.008/18.408
2.1.2.5	ID: 19_22023 Schmerzen und mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	48,08 % 8.850/18.408
2.1.2.6	ID: 19_22024 Schmerzen und ein positives mikrobiologisches Kriterium	15,68 % 2.887/18.408
2.1.2.7	ID: 19_22025 Entzündungszeichen im Labor und ein positives mikrobiologisches Kriterium	15,43 % 2.841/18.408

2.1.3 Indikationsgruppen nach Art des Eingriffs: Ergebnis Bund (gesamt)	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
Endoprothesen(sub)luxation	ID: 19_22026 20,19 % 3.320/16.443	ID: 19_22041 3,46 % 68/1.965
Implantatbruch	ID: 19_22027 2,24 % 368/16.443	ID: 19_22042 0,81 % 16/1.965
Periprothetische Fraktur	ID: 19_22029 34,90 % 5.738/16.443	ID: 19_22044 5,80 % 114/1.965

2.1.3 Indikationsgruppen nach Art des Eingriffs: Ergebnis Bund (gesamt)	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
Knochendefekt Pfanne oder des Femurs	ID: 19_22030 10,00 % 1.645/16.443	ID: 19_22045 18,47 % 363/1.965
Schmerzen und mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	ID: 19_22038 49,61 % 8.157/16.443	ID: 19_22053 35,27 % 693/1.965
Schmerzen und ein positives mikrobiologisches Kriterium	ID: 19_22039 8,87 % 1.459/16.443	ID: 19_22054 72,67 % 1.428/1.965
Entzündungszeichen im Labor und ein positives mikrobiologisches Kriterium	ID: 19_22040 8,78 % 1.444/16.443	ID: 19_22055 71,09 % 1.397/1.965

54003: Präoperative Verweildauer

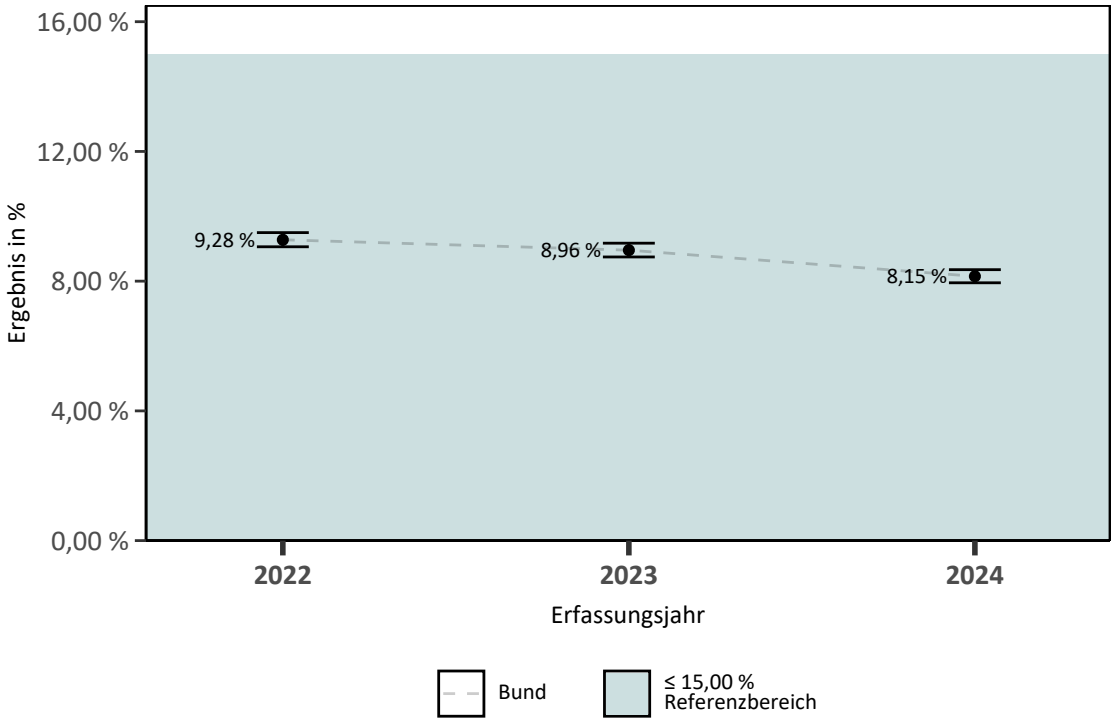
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit subtrochantärer Fraktur (S72.2), Fraktur des Femurschaftes (S72.3), Distale Fraktur des Femurs (S72.4), Multiple Frakturen des Femurs (S72.7) ohne gleichzeitige pertrochantäre Fraktur (S72.1*) oder Schenkelhalsfraktur (S72.0*) sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation später als 48 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

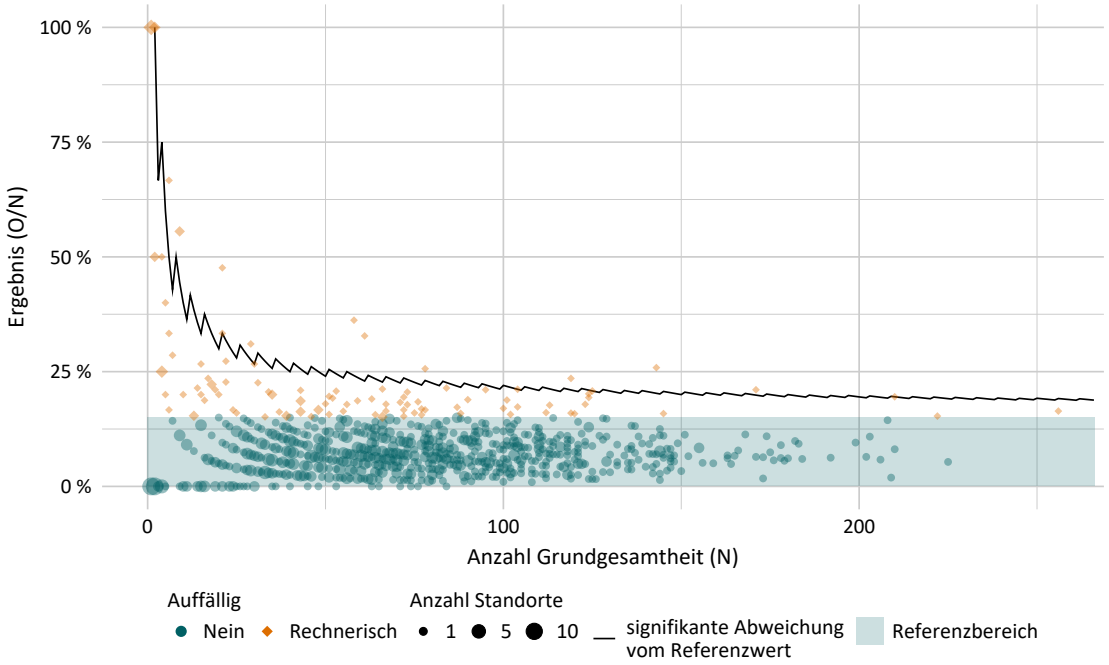
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	6.297 / 67.886	9,28	9,06 - 9,50
	2023	6.239 / 69.665	8,96	8,75 - 9,17
	2024	5.744 / 70.479	8,15	7,95 - 8,35

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	988	117	0,00	100,00	7,14

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 54003** **Präoperative Verweildauer > 48 Stunden**	8,15 % 5.744/70.479
3.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag	
3.1.1.1	ID: 19_22059 Montag bis Donnerstag	7,77 % 3.282/42.266
3.1.1.2	ID: 19_22060 Freitag	10,45 % 1.067/10.208
3.1.1.3	ID: 19_22061 Samstag	8,34 % 778/9.334
3.1.1.4	ID: 19_22062 Sonntag	7,12 % 617/8.671
3.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie	
3.1.2.1	ID: 19_22063 ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	7,05 % 2.870/40.737
3.1.2.2	ID: 19_22064 mit gerinnungshemmender Dauertherapie[1]	9,66 % 2.874/29.742
3.1.2.2.1	ID: 19_22065 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	17,57 % 241/1.372
3.1.2.2.2	ID: 19_22066 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	11,34 % 1.696/14.958
3.1.2.2.3	ID: 19_22067 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	6,88 % 923/13.411
3.1.2.2.4	ID: 19_22068 sonstige	17,11 % 104/608
3.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation	
3.1.3.1	ID: 19_22070 ASA 1	3,67 % 39/1.063
3.1.3.2	ID: 19_22071 ASA 2	4,73 % 835/17.659
3.1.3.3	ID: 19_22072 ASA 3	8,58 % 4.001/46.606
3.1.3.4	ID: 19_22073 ASA 4	16,86 % 864/5.124
3.1.3.5	ID: 19_22074 ASA 5	18,52 % 5/27

[1] Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 19_22103 Fraktureregnis vor stationärer Aufnahme	98,29 % 69.274/70.479
3.2.1	ID: 19_22104 verlängerte präoperative Verweildauer	8,03 % 5.562/69.274

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 19_22120 Fraktureregnis während des stationären Aufenthaltes	1,71 % 1.205/70.479
3.3.1	ID: 19_22121 verlängerte präoperative Verweildauer	15,10 % 182/1.205

3.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 19_22122 14,22 % 10.022/70.479	ID: 19_22128 16,22 % 9.003/55.521	ID: 19_22134 6,81 % 1.019/14.958
≤ 12 Stunden	ID: 19_22123 27,22 % 19.183/70.479	ID: 19_22129 30,42 % 16.890/55.521	ID: 19_22135 15,33 % 2.293/14.958
≤ 24 Stunden	ID: 19_22124 77,03 % 54.291/70.479	ID: 19_22130 81,36 % 45.173/55.521	ID: 19_22136 60,96 % 9.118/14.958
≤ 36 Stunden	ID: 19_22125 87,11 % 61.394/70.479	ID: 19_22131 89,54 % 49.715/55.521	ID: 19_22137 78,08 % 11.679/14.958
≤ 48 Stunden	ID: 19_22126 91,85 % 64.735/70.479	ID: 19_22132 92,71 % 51.473/55.521	ID: 19_22138 88,66 % 13.262/14.958
> 48 Stunden	ID: 19_22127 8,15 % 5.744/70.479	ID: 19_22133 7,29 % 4.048/55.521	ID: 19_22139 11,34 % 1.696/14.958

3.5 Zeit zwischen Aufnahme und Operation (ohne Inhouse-Stürze) Ergebnis Bund (gesamt)	**Gesamt**	**Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	**Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**
≤ 6 Stunden	ID: 19_22140 14,10 % 9.937/70.479	ID: 19_22146 16,09 % 8.935/55.521	ID: 19_22152 6,70 % 1.002/14.958
≤ 24 Stunden	ID: 19_22142 76,03 % 53.582/70.479	ID: 19_22148 80,40 % 44.638/55.521	ID: 19_22154 59,79 % 8.944/14.958
≤ 48 Stunden	ID: 19_22144 90,65 % 63.890/70.479	ID: 19_22150 91,62 % 50.869/55.521	ID: 19_22156 87,05 % 13.021/14.958
> 48 Stunden	ID: 19_22145 9,35 % 6.589/70.479	ID: 19_22151 8,38 % 4.652/55.521	ID: 19_22157 12,95 % 1.937/14.958

3.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	**Gesamt**	**Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	**Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**
≤ 6 Stunden	ID: 19_22158 0,13 % 91/70.479	ID: 19_22162 0,13 % 72/55.521	ID: 19_22166 0,13 % 19/14.958
≤ 24 Stunden	ID: 19_22159 1,09 % 765/70.479	ID: 19_22163 1,04 % 575/55.521	ID: 19_22167 1,27 % 190/14.958
≤ 48 Stunden	ID: 19_22160 1,45 % 1.023/70.479	ID: 19_22164 1,33 % 740/55.521	ID: 19_22168 1,89 % 283/14.958
> 48 Stunden	ID: 19_22161 0,26 % 182/70.479	ID: 19_22165 0,20 % 112/55.521	ID: 19_22169 0,47 % 70/14.958

54004: Sturzprophylaxe

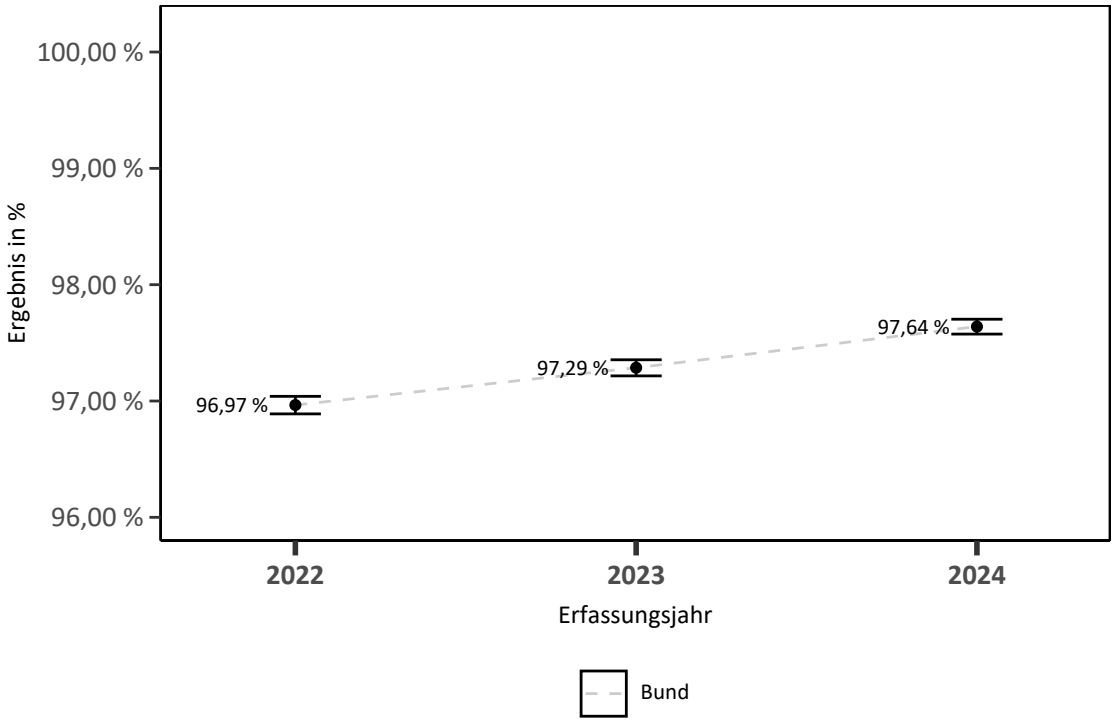
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (=Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

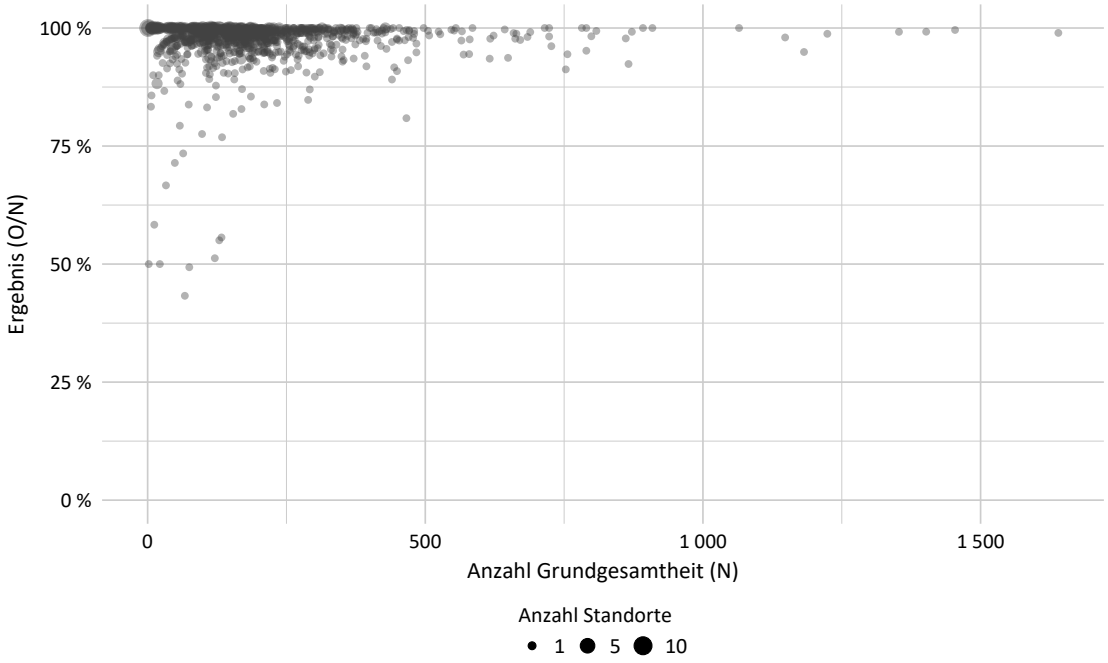
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	192.720 / 198.751	96,97	96,89 - 97,04
	2023	205.692 / 211.430	97,29	97,22 - 97,35
	2024	211.773 / 216.892	97,64	97,58 - 97,70

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.106	0	43,28	100,00	98,78

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren[2]	
4.1.1	ID: 19_22170 Sturzrisikofaktoren erfasst	98,19 % 212.967/216.892
4.1.2	ID: 19_22172 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	97,91 % 212.351/216.892
4.1.3	**ID: 54004** **Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)**	97,64 % 211.773/216.892

[2] Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

4.2 Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren Ergebnis Bund (gesamt)[3]	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Sturzrisikofaktoren erfasst	ID: 19_22538 98,19 % 212.967/216.892	ID: 19_22178 98,10 % 65.006/66.262	ID: 19_22185 98,22 % 133.314/135.730	ID: 19_22192 98,35 % 15.015/15.267	ID: 19_22199 98,52 % 1.594/1.618
Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	ID: 19_22539 97,91 % 212.351/216.892	ID: 19_22179 97,88 % 64.858/66.262	ID: 19_22186 97,89 % 132.861/135.730	ID: 19_22193 98,24 % 14.998/15.267	ID: 19_22200 98,39 % 1.592/1.618

[3] Ausgeschlossen werden Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen

54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54015
Referenzbereich	≤ 2,08 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear Geschlecht - männlich ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 oder 5 Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke - im Zimmer mobil oder immobil Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Vorbestehende Koxarthrose - ja Frakturlokalisation - pertrochantär Diagnose - Andere Herzerkrankungen Diagnose - Chronische Lungenerkrankungen Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Infektiöse Erkrankungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Periphere Gefäßerkrankungen Diagnose - Psychosen Diagnose - entzündliche Erkrankungen des Verdauungstrakts Diagnose - intrakranielle Blutungen
Datenquellen	QS-Daten

Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

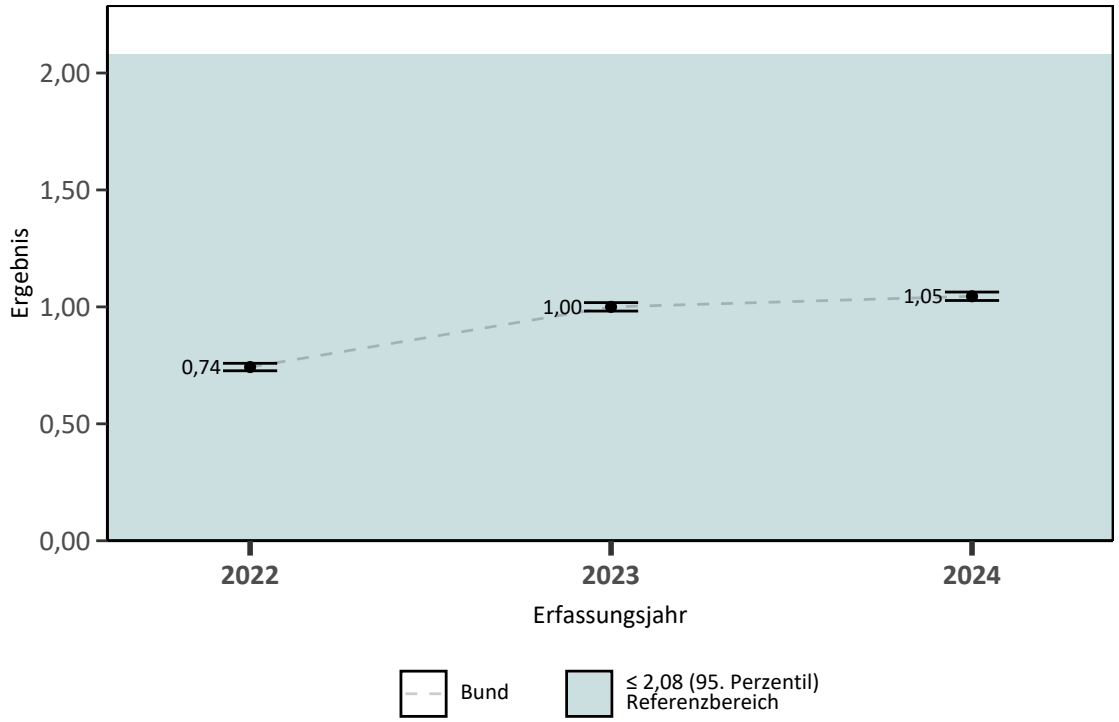
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	68.012	7.384 / 9.943,15	0,74	0,73 - 0,76
	2023	69.750	10.158 / 10.158,00	1,00	0,98 - 1,02
	2024	70.594	10.839 / 10.369,75	1,05	1,03 - 1,06

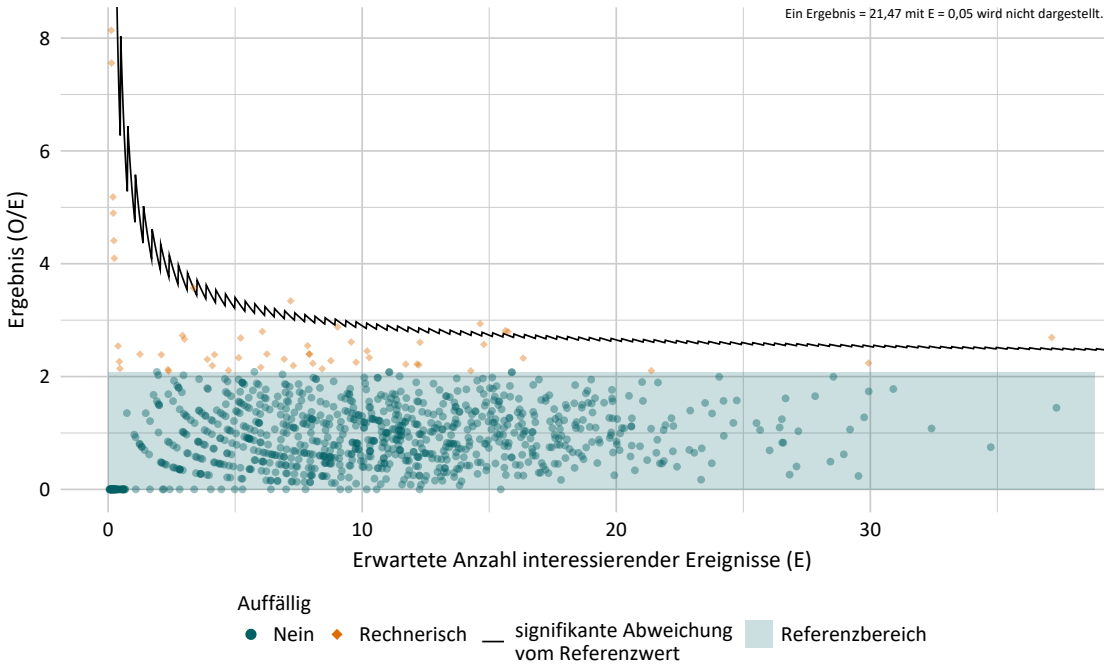
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



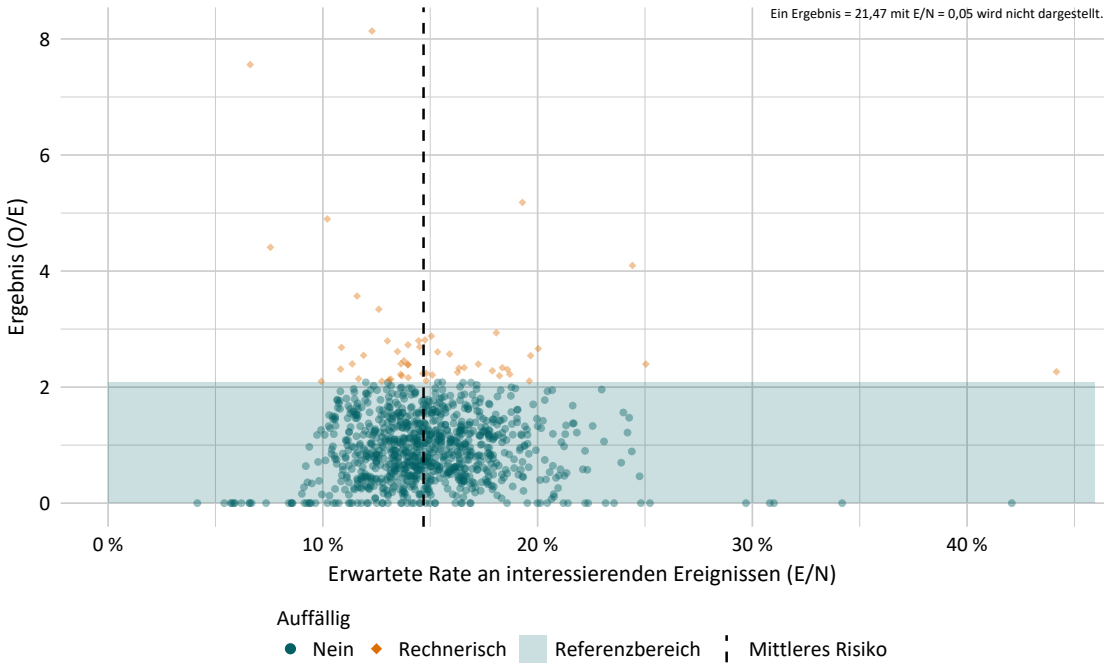
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	990	53	0,00	21,47	0,95

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei elektiver Erstimplantation, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54016
Referenzbereich	≤ 2,84 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear zwischen 55 und 85 Jahren Geschlecht - männlich Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke - im Zimmer mobil Gehstrecke - immobil Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock oder Rollstuhl Gehhilfen - bettlägerig ASA-Klassifikation - 2 ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 oder 5 Voroperation am betroffenen Hüftgelenk Wundkontaminationsklassifikation - bedingt aseptische oder kontaminierte Eingriffe Wundkontaminationsklassifikation - septische Eingriffe Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Andere_neurologische Erkrankungen Diagnose - Diabetes mit Komplikationen Diagnose - Diabetes ohne Komplikationen Diagnose - Drogenabusus Diagnose - Eisenmangelanämie nach Blutverlust_chronisch Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Herzkreislauferkrankungen Diagnose - Infektiöse Erkrankungen Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Diagnose - Psychiatrische Erkrankungen Diagnose - Psychosen Diagnose - Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes Diagnose - entzündliche Erkrankungen des Verdauungstrakts

Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

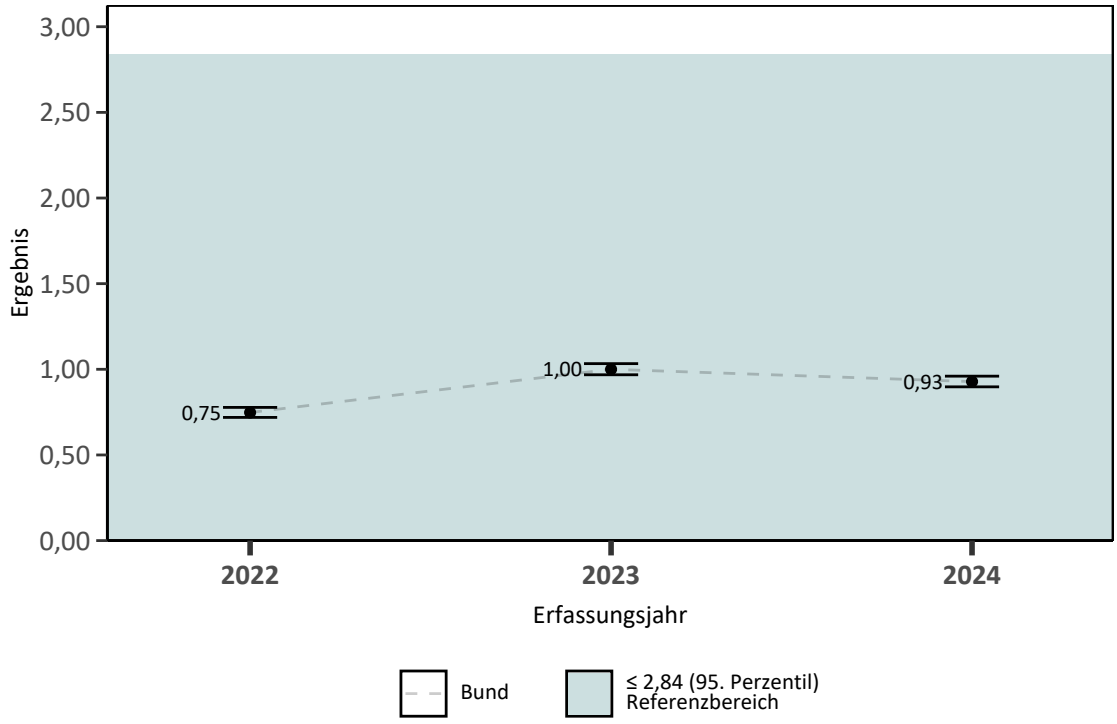
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	182.794	2.485 / 3.323,16	0,75	0,72 - 0,78
	2023	198.372	3.556 / 3.556,00	1,00	0,97 - 1,03
	2024	204.985	3.363 / 3.622,88	0,93	0,90 - 0,96

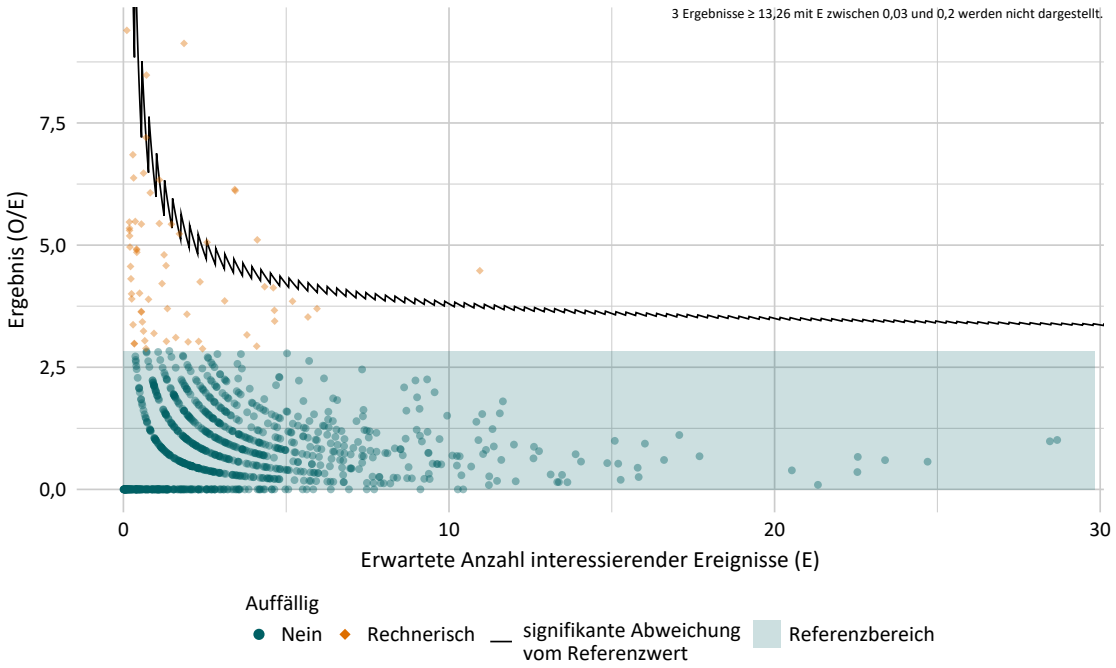
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



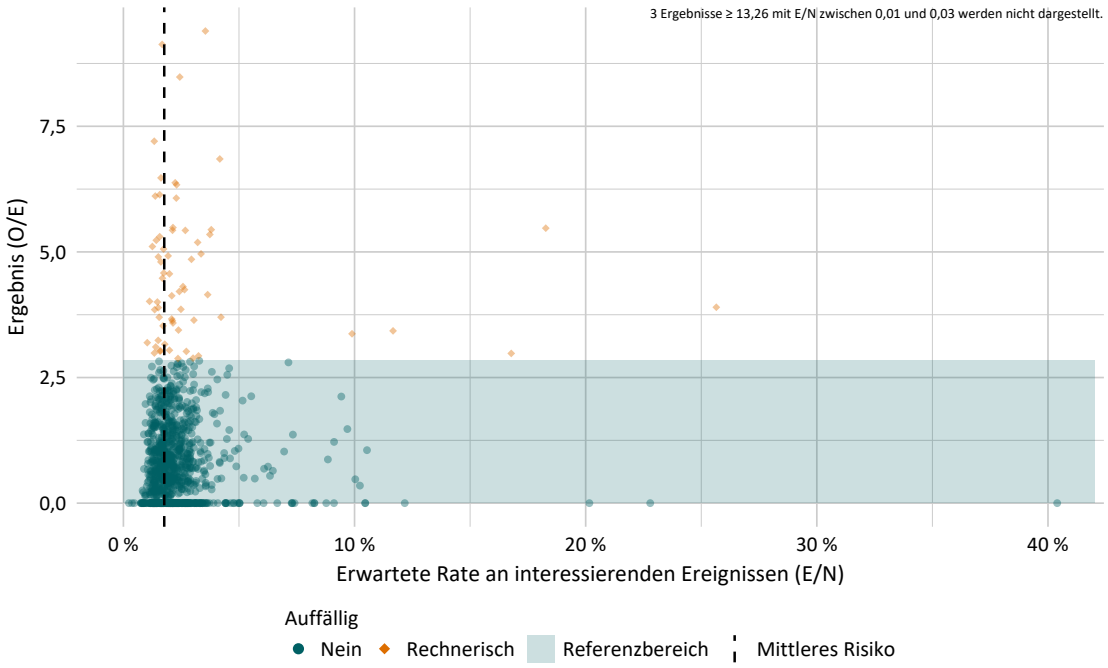
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.053	67	0,00	29,82	0,77

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur.
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54017
Referenzbereich	≤ 2,07 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear bis 71 Jahren Alter - linear ab 71 Jahren Geschlecht - männlich Gehhilfen - Rollator/Gehbock Gehhilfen - Rollstuhl oder bettlägerig Gehstrecke - im Zimmer mobil oder immobil ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 oder 5 Wundkontaminationsklassifikation - septische Eingriffe Periprothetische Fraktur - ja Art des Eingriffs - Zweizeitiger Wechsel Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzkreislauferkrankungen Diagnose - Infektiöse Erkrankungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes Diagnose - entzündliche Erkrankungen des Verdauungstrakts
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

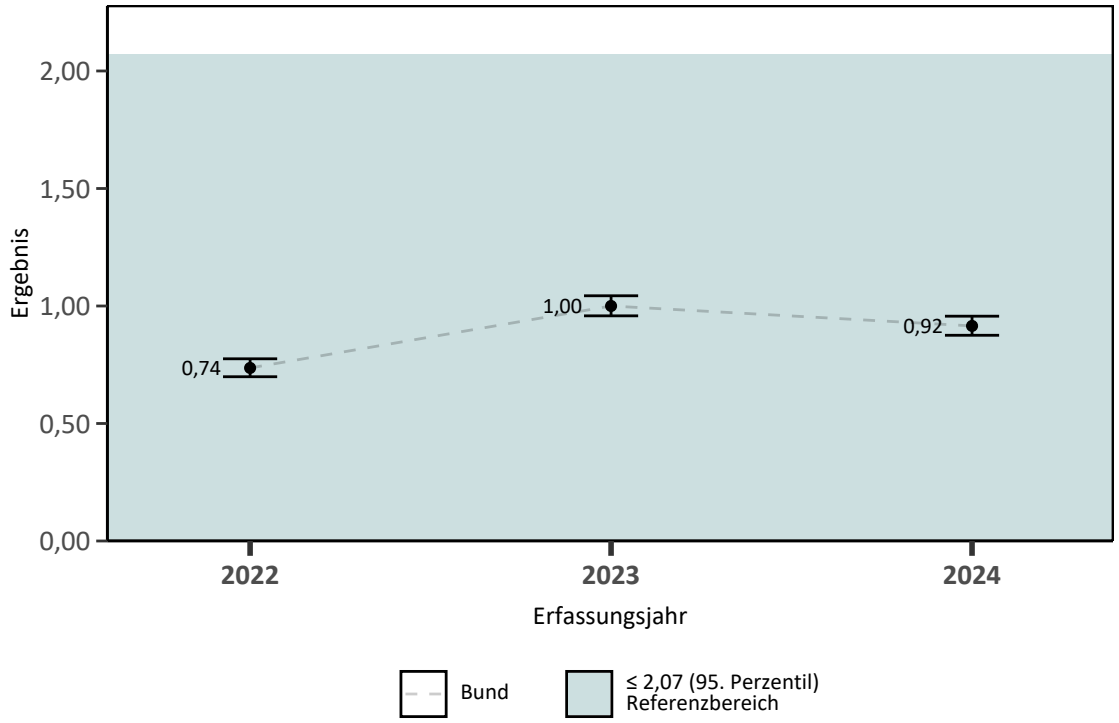
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	16.837	1.320 / 1.792,93	0,74	0,70 - 0,78
	2023	17.528	1.887 / 1.887,00	1,00	0,96 - 1,04
	2024	17.708	1.757 / 1.919,89	0,92	0,88 - 0,96

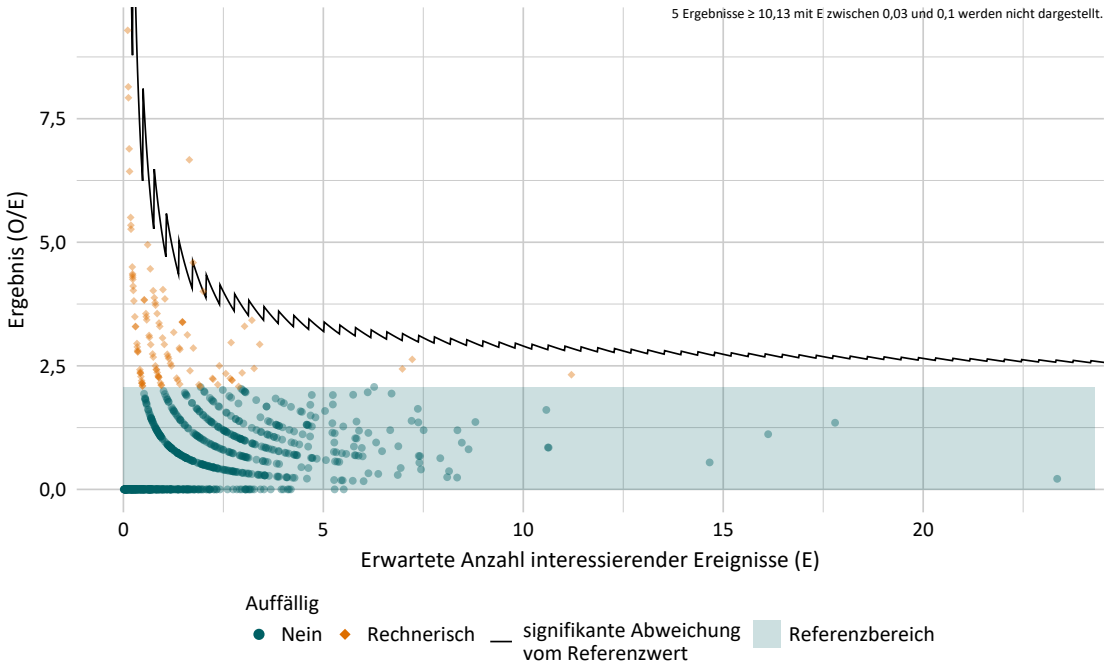
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



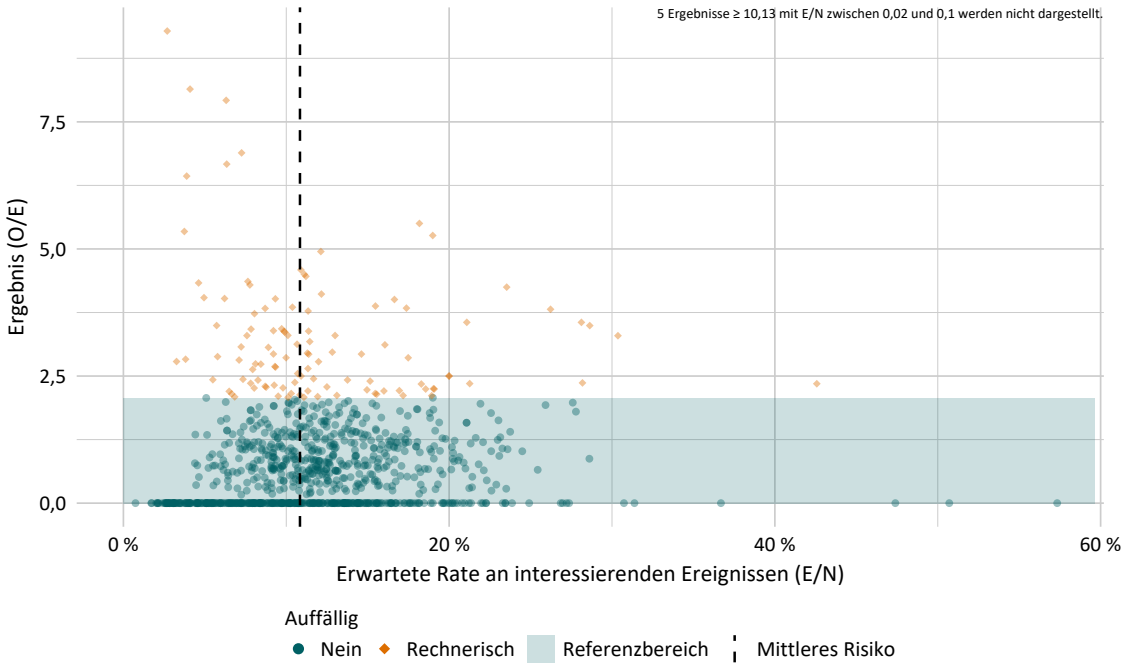
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	966	114	0,00	28,98	0,63

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 19_22229 Allgemeine postoperative Komplikationen ohne sonstige Komplikationen[4]	5,44 % 15.959/293.287
5.1.1	bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
5.1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation[5]	
5.1.1.1.1	ID: O_54015 O/N (observed, beobachtet)	15,35 % 10.839/70.594
5.1.1.1.2	ID: E_54015 E/N (expected, erwartet)	14,69 % 10.369,75/70.594
5.1.1.1.3	**ID: 54015** **O/E**	1,05
5.1.2	bei elektiver Erstimplantation	
5.1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation	
5.1.2.1.1	O/N (observed, beobachtet)	1,64 % 3.363/204.985
5.1.2.1.2	E/N (expected, erwartet)	1,77 % 3.622,88/204.985
5.1.2.1.3	**ID: 54016** **O/E**	0,93
5.1.3	bei Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
5.1.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation	
5.1.3.1.1	O/N (observed, beobachtet)	9,92 % 1.757/17.708
5.1.3.1.2	E/N (expected, erwartet)	10,84 % 1.919,89/17.708
5.1.3.1.3	**ID: 54017** **O/E**	0,92

[4] bezogen auf den ersten Eingriff

[5] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Allgemeine postoperative Komplikationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur, elektiver Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel[6]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.1	ID: 19_22231 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	5,44 % 15.959/293.287
5.2.2	ID: 19_22233 Pneumonie	1,27 % 3.714/293.287
5.2.3	ID: 19_22234 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1,48 % 4.334/293.287
5.2.4	ID: 19_22235 tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,08 % 227/293.287
5.2.5	ID: 19_22236 Lungenembolie	0,28 % 826/293.287
5.2.6	ID: 19_22237 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1,12 % 3.280/293.287
5.2.7	ID: 19_22238 Schlaganfall	0,21 % 612/293.287
5.2.8	ID: 19_22239 akute gastrointestinale Blutung	0,18 % 522/293.287
5.2.9	ID: 19_22240 akute Niereninsuffizienz	1,17 % 3.426/293.287
5.2.10	ID: 19_22241 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,65 % 1.912/293.287
5.2.11	ID: 19_22242 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[7]	3,89 % 11.418/293.287

[6] bezogen auf den ersten Eingriff

[7] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

5.3 Allgemeine postoperative Komplikationen (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Pneumonie	ID: 19_22510 1,27 % 3.714/293.287	ID: 19_22245 4,29 % 3.032/70.594	ID: 19_22256 0,18 % 376/204.985	ID: 19_22267 1,74 % 270/15.512	ID: 19_22278 1,64 % 36/2.196
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	ID: 19_22511 1,48 % 4.334/293.287	ID: 19_22246 3,92 % 2.770/70.594	ID: 19_22257 0,45 % 932/204.985	ID: 19_22268 3,46 % 536/15.512	ID: 19_22279 4,37 % 96/2.196

5.3 Allgemeine postoperative Komplikationen (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	**alle Eingriffsarten**	**Hüftgelenknahe Femurfraktur**	**Elektive Erstimplantation**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	ID: 19_22512 0,08 % 227/293.287	ID: 19_22247 0,13 % 93/70.594	ID: 19_22258 0,05 % 99/204.985	ID: 19_22269 0,16 % 25/15.512	ID: 19_22280 0,46 % 10/2.196
Lungenembolie	ID: 19_22513 0,28 % 826/293.287	ID: 19_22248 0,75 % 527/70.594	ID: 19_22259 0,09 % 191/204.985	ID: 19_22270 0,63 % 98/15.512	ID: 19_22281 0,46 % 10/2.196
katheterassoziierte Harnwegsinfektion	ID: 19_22514 1,12 % 3.280/293.287	ID: 19_22249 3,40 % 2.403/70.594	ID: 19_22260 0,26 % 535/204.985	ID: 19_22271 2,01 % 312/15.512	ID: 19_22282 1,37 % 30/2.196
Schlaganfall	ID: 19_22515 0,21 % 612/293.287	ID: 19_22250 0,55 % 386/70.594	ID: 19_22261 0,08 % 159/204.985	ID: 19_22272 0,41 % 63/15.512	ID: 19_22283 0,18 % 4/2.196
akute gastrointestinale Blutung	ID: 19_22516 0,18 % 522/293.287	ID: 19_22251 0,51 % 358/70.594	ID: 19_22262 0,05 % 105/204.985	ID: 19_22273 0,33 % 51/15.512	ID: 19_22284 0,36 % 8/2.196
akute Niereninsuffizienz	ID: 19_22517 1,17 % 3.426/293.287	ID: 19_22252 2,93 % 2.068/70.594	ID: 19_22263 0,48 % 987/204.985	ID: 19_22274 2,06 % 320/15.512	ID: 19_22285 2,32 % 51/2.196
Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	ID: 19_22518 0,65 % 1.912/293.287	ID: 19_22254 1,85 % 1.307/70.594	ID: 19_22265 0,19 % 395/204.985	ID: 19_22276 1,17 % 182/15.512	ID: 19_22287 1,28 % 28/2.196
gesamt	ID: 19_22519 5,44 % 15.959/293.287	ID: 19_22506 15,35 % 10.839/70.594	ID: 19_22507 1,64 % 3.363/204.985	ID: 19_22508 9,90 % 1.536/15.512	ID: 19_22509 10,06 % 221/2.196
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	ID: 19_22520 3,89 % 11.418/293.287	ID: 19_22255 9,05 % 6.387/70.594	ID: 19_22266 1,63 % 3.332/204.985	ID: 19_22277 9,42 % 1.462/15.512	ID: 19_22288 10,79 % 237/2.196

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen

54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54018
Referenzbereich	≤ 2,42 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock oder Rollator/Gehbock oder Rollstuhl Gehhilfen - bettlägerig ASA-Klassifikation - 3 oder 4 oder 5 Voroperation am betroffenen Hüftgelenk Wundkontaminationsklassifikation - bedingt aseptische oder kontaminierte Eingriffe oder septische Eingriffe Diagnose - Adipositas Diagnose - Andere Herzerkrankungen Diagnose - Drogenabusus Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Hypothyreose Diagnose - Infektiöse Erkrankungen Diagnose - Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes Diagnose - entzündliche Erkrankungen des Verdauungstrakts
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

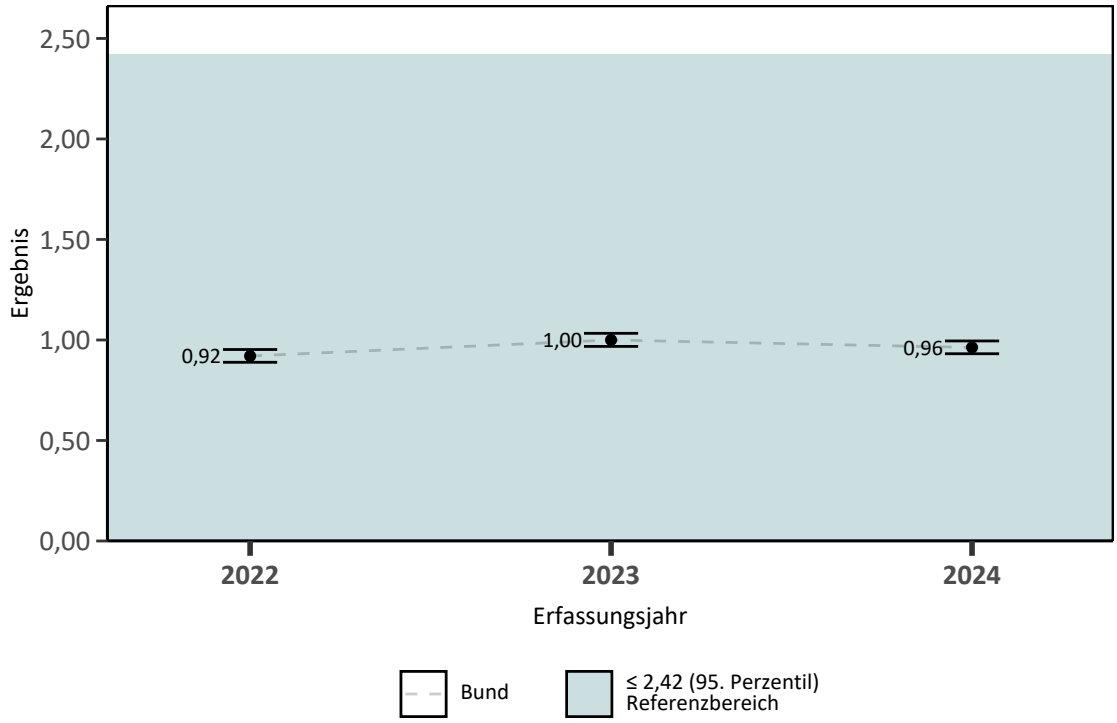
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	68.177	3.086 / 3.353,60	0,92	0,89 - 0,95
	2023	69.963	3.450 / 3.450,00	1,00	0,97 - 1,03
	2024	70.745	3.360 / 3.490,04	0,96	0,93 - 1,00

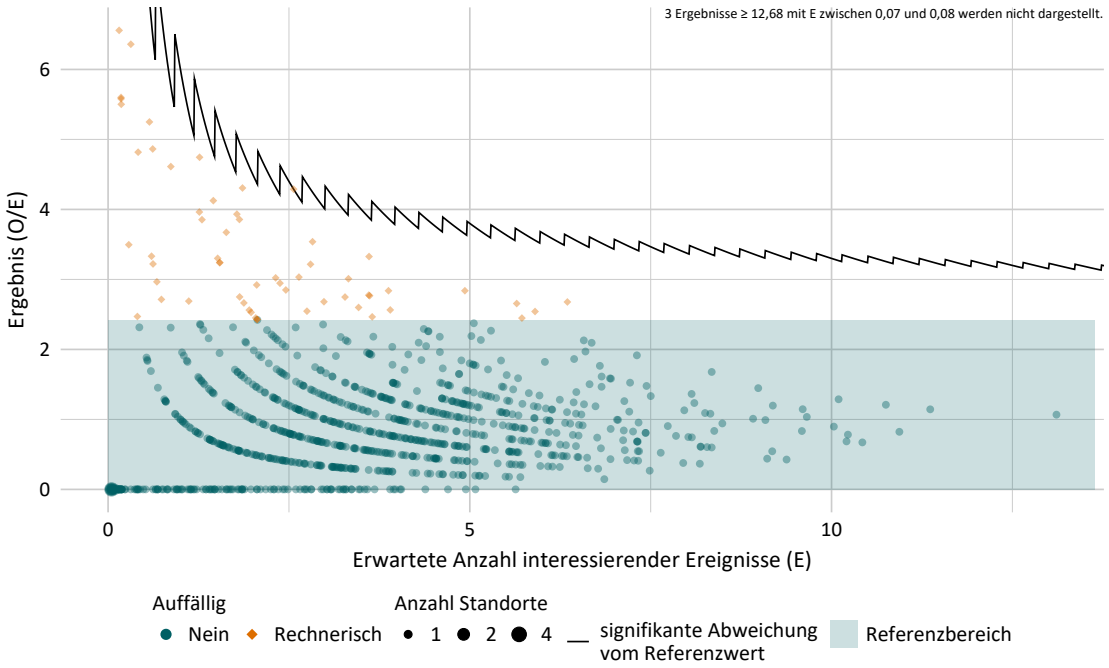
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



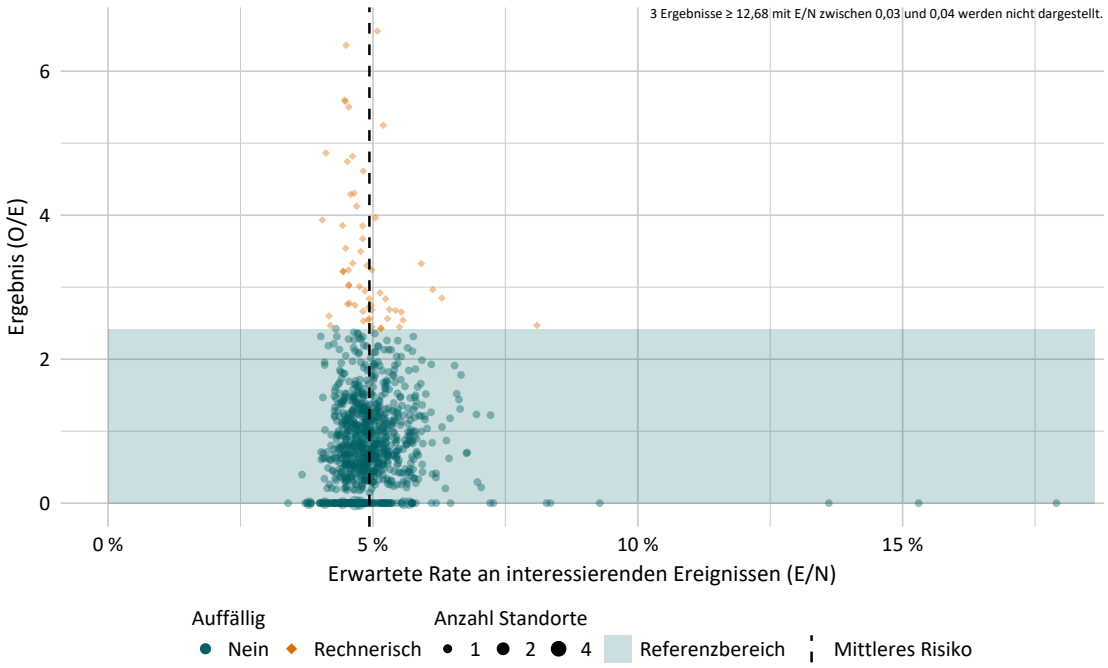
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	990	61	0,00	15,20	0,81

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54019
Referenzbereich	≤ 2,48 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear ab 65 Jahren Geschlecht - männlich Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock Gehhilfen - Rollstuhl Gehhilfen - bettlägerig ASA-Klassifikation - 2 ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 oder 5 Voroperation am betroffenen Hüftgelenk Wundkontaminationsklassifikation - bedingt aseptische Eingriffe Wundkontaminationsklassifikation - kontaminierte Eingriffe oder septische Eingriffe Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis - ja Diagnose - Adipositas Diagnose - Alimentäre Anämie Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Andere neurologische Erkrankungen Diagnose - Depression Diagnose - Diabetes Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Infektiöse Erkrankungen Diagnose - Knochennekrose Diagnose - Knochenstoffwechselstörung Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes Diagnose - entzündliche Erkrankungen des Verdauungstrakts
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

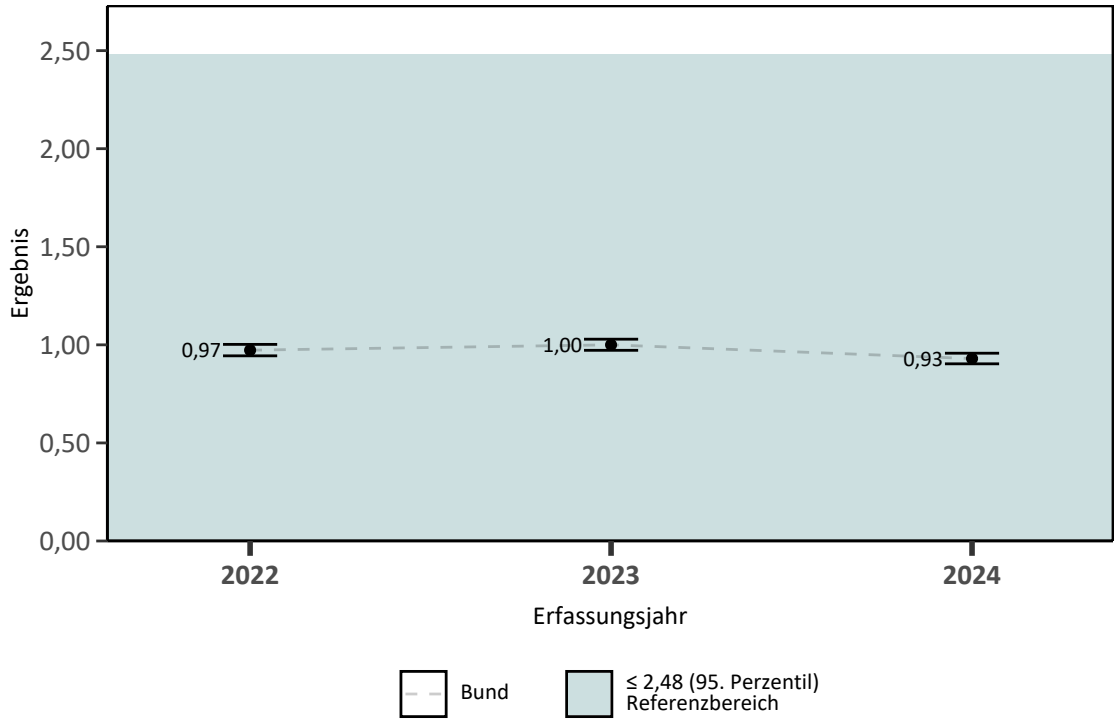
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	184.080	4.185 / 4.302,36	0,97	0,94 - 1,00
	2023	199.907	4.654 / 4.654,00	1,00	0,97 - 1,03
	2024	206.502	4.431 / 4.765,11	0,93	0,90 - 0,96

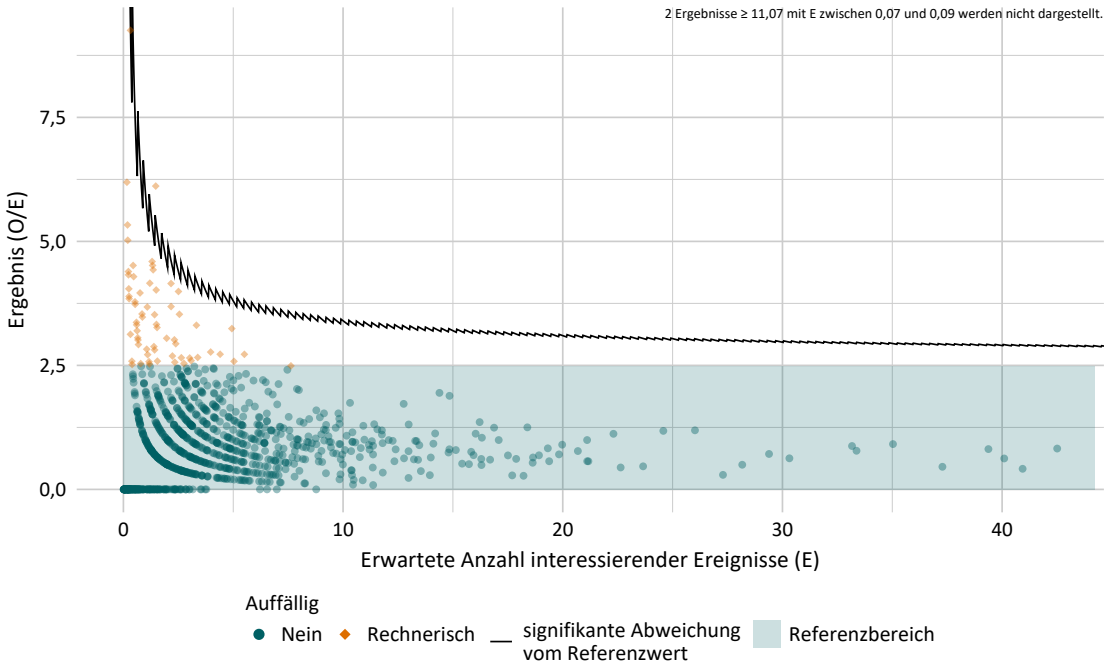
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



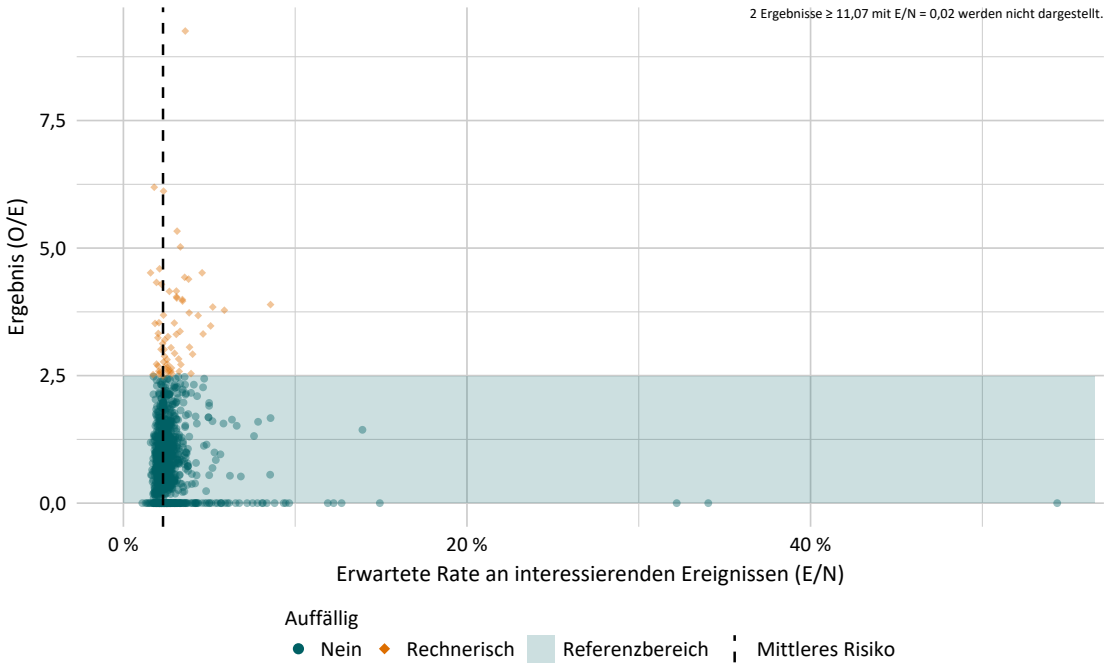
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.054	66	0,00	14,65	0,85

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechseln, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54120
Referenzbereich	≤ 2,22 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

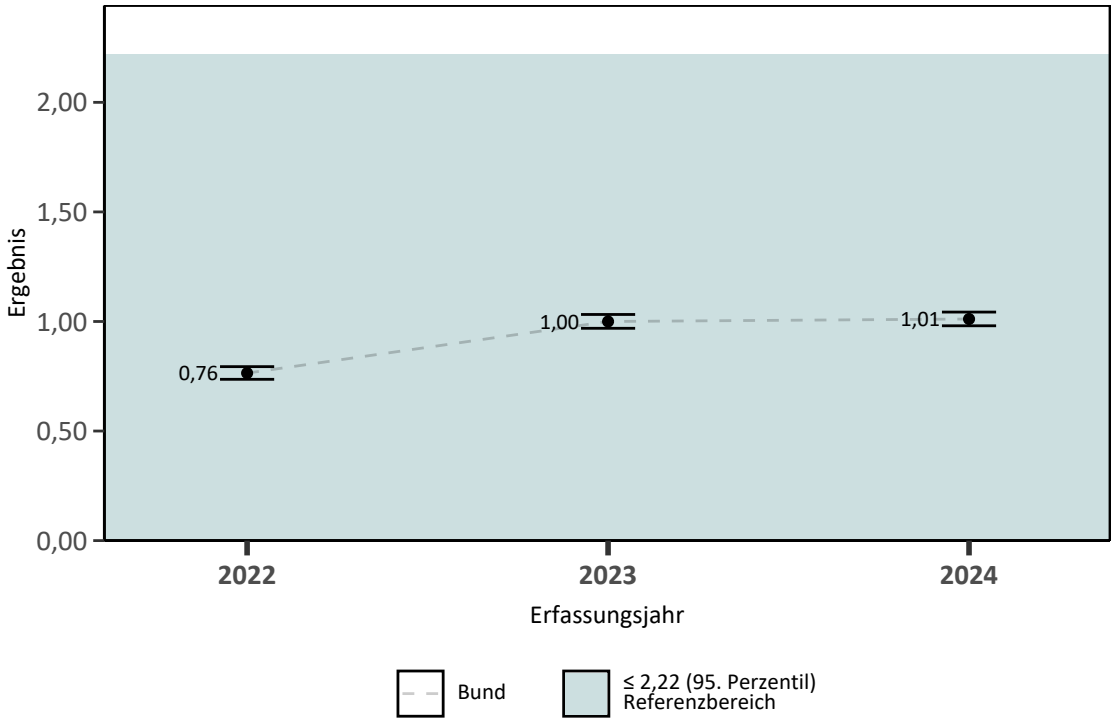
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	19.185	2.356 / 3.081,98	0,76	0,74 - 0,79
	2023	20.022	3.247 / 3.247,00	1,00	0,97 - 1,03
	2024	20.265	3.348 / 3.310,74	1,01	0,98 - 1,04

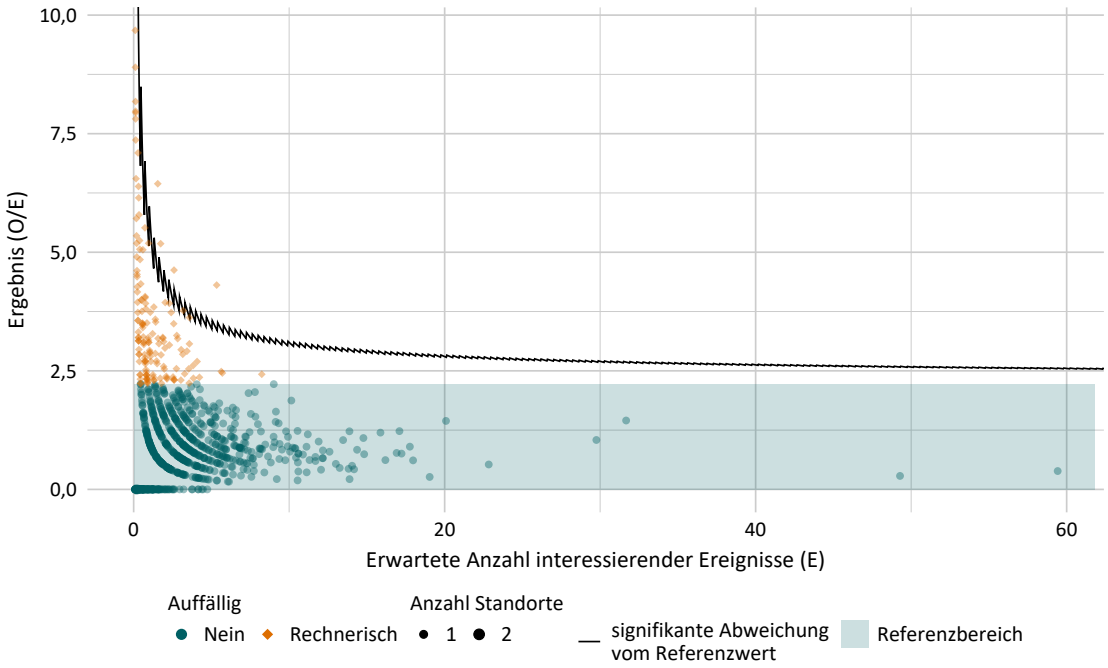
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



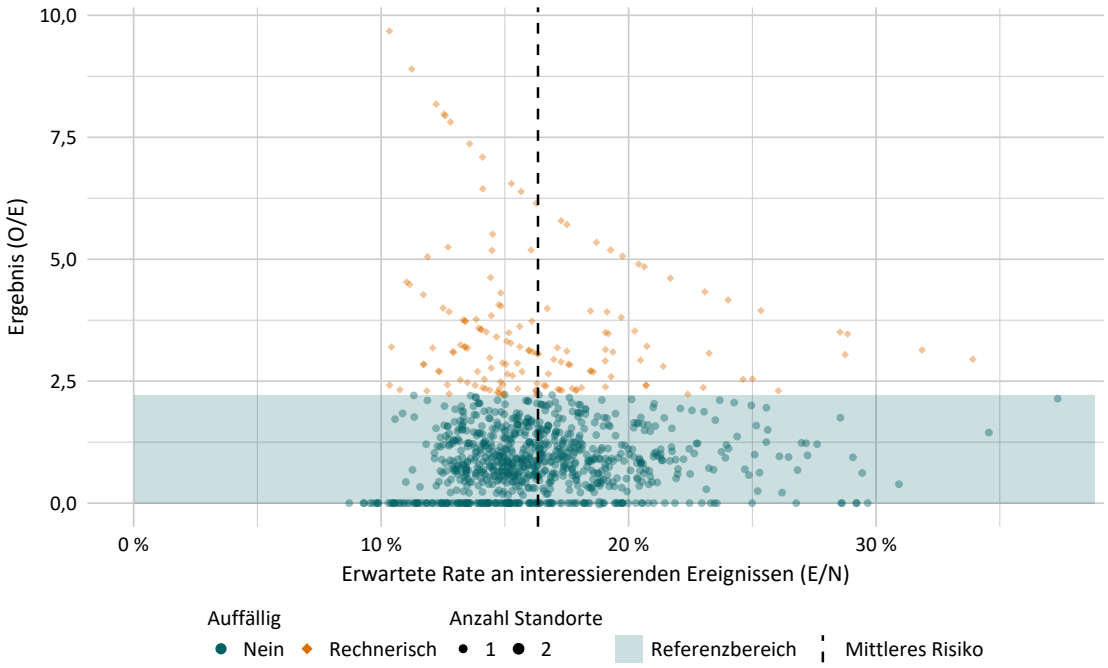
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	995	150	0,00	9,68	0,94

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 19_22289 Spezifische Komplikationen ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	3,74 % 11.139/297.512
6.1.1	bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
6.1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation	
6.1.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	4,75 % 3.360/70.745
6.1.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	4,93 % 3.490,04/70.745
6.1.1.1.3	**ID: 54018** **O/E**	0,96
6.1.2	bei elektiver Erstimplantation	
6.1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation	
6.1.2.1.1	O/N (observed, beobachtet)	2,15 % 4.431/206.502
6.1.2.1.2	E/N (expected, erwartet)	2,31 % 4.765,11/206.502
6.1.2.1.3	**ID: 54019** **O/E**	0,93
6.1.3	bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	
6.1.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer spezifischen Komplikation[8]	
6.1.3.1.1	ID: O_54120 O/N (observed, beobachtet)	16,52 % 3.348/20.265
6.1.3.1.2	ID: E_54120 E/N (expected, erwartet)	16,34 % 3.310,74/20.265
6.1.3.1.3	**ID: 54120** **O/E**	1,01
6.1.4	Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen bei einem einzeitigen oder zweizeitigen Wechsel	
6.1.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer Implantatfehllage, -dislokation, periprothetischen Fraktur oder Endoprothesenluxation[9]	
6.1.4.1.1	ID: O_191800_54120 O/N (observed, beobachtet)	8,42 % 1.706/20.265

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1.4.1.2	ID: E_191800_54120 E/N (expected, erwartet)	8,17 % 1.655,03/20.265
6.1.4.1.3	ID: 191800_54120 O/E	1,03
6.1.5	Ebene 2: Weichteilkomplikationen bei einem einzeitigen oder zweizeitigen Wechsel	
6.1.5.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer/einem postoperativen Wundinfektion, Wunddehiszens, sekundären Nekrose, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom[10]	
6.1.5.1.1	ID: O_191801_54120 O/N (observed, beobachtet)	8,85 % 1.642/18.559
6.1.5.1.2	ID: E_191801_54120 E/N (expected, erwartet)	8,91 % 1.653,43/18.559
6.1.5.1.3	ID: 191801_54120 O/E	0,99

[8] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[9] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

[10] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Spezifische Komplikationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur, elektiver Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel	
6.2.1	ID: 19_22294 Mindestens eine spezifische Komplikation ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	3,31 % 9.848/297.512
6.2.2	ID: 19_22295 primäre Implantatfehllage	0,08 % 248/297.512
6.2.3	ID: 19_22296 sekundäre Implantatdislokation	0,25 % 756/297.512
6.2.4	ID: 19_22297 offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	0,68 % 2.033/297.512
6.2.5	ID: 19_22298 Wundhämatom/Nachblutung	0,43 % 1.285/297.512
6.2.6	ID: 19_22299 Gefäßläsion	0,05 % 136/297.512
6.2.7	ID: 19_22300 persistierender motorischer Nervenschaden	0,23 % 674/297.512

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2.8	ID: 19_22301 periprothetische Fraktur	1,07 % 3.196/297.512
6.2.9	ID: 19_22302 reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,22 % 645/297.512
6.2.10	ID: 19_22303 reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0,03 % 75/297.512
6.2.11	ID: 19_22304 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen[11]	1,54 % 4.567/297.512
6.2.12	ID: 19_22305 postoperative Wundinfektion	0,79 % 2.359/297.512
6.2.12.1	ID: 19_22306 A1 (oberflächliche Wundinfektion)[12]	18,02 % 425/2.359
6.2.12.2	ID: 19_22307 A2 (tiefe Wundinfektion)	64,18 % 1.514/2.359
6.2.12.3	ID: 19_22308 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	17,80 % 420/2.359
6.2.13	ID: 19_22309 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen[13]	2,45 % 7.293/297.512

[11] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen
[12] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen
[13] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

6.3 Spezifische Komplikationen Ergebnis Bund (gesamt)	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
primäre Implantatfehllage	ID: 19_22525 0,08 % 248/297.512	ID: 19_22310 0,10 % 73/70.745	ID: 19_22325 0,04 % 91/206.502	ID: 19_22340 0,45 % 81/17.974	ID: 19_22355 x % ≤3/2.291
sekundäre Implantatdislokation	ID: 19_22526 0,25 % 756/297.512	ID: 19_22311 0,35 % 251/70.745	ID: 19_22326 0,11 % 236/206.502	ID: 19_22341 1,39 % 250/17.974	ID: 19_22356 0,83 % 19/2.291
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	ID: 19_22527 0,68 % 2.033/297.512	ID: 19_22312 1,10 % 780/70.745	ID: 19_22327 0,26 % 530/206.502	ID: 19_22342 3,61 % 649/17.974	ID: 19_22357 3,23 % 74/2.291
Wundhämatom/Nachblutung	ID: 19_22528 0,43 % 1.285/297.512	ID: 19_22313 0,67 % 471/70.745	ID: 19_22328 0,22 % 446/206.502	ID: 19_22343 1,66 % 298/17.974	ID: 19_22358 3,06 % 70/2.291

6.3 Spezifische Komplikationen Ergebnis Bund (gesamt)	**alle Eingriffsarten**	**Hüftgelenknahe Femurfraktur**	**Elektive Erstimplantation**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
Gefäßläsion	ID: 19_22529 0,05 % 136/297.512	ID: 19_22314 0,06 % 39/70.745	ID: 19_22329 0,03 % 68/206.502	ID: 19_22344 0,15 % 27/17.974	ID: 19_22359 x % ≤3/2.291
persistierender motorischer Nervenschaden	ID: 19_22530 0,23 % 674/297.512	ID: 19_22315 0,14 % 96/70.745	ID: 19_22330 0,22 % 455/206.502	ID: 19_22345 0,61 % 110/17.974	ID: 19_22360 0,57 % 13/2.291
periprothetische Fraktur	ID: 19_22531 1,07 % 3.196/297.512	ID: 19_22316 1,00 % 710/70.745	ID: 19_22331 0,89 % 1.828/206.502	ID: 19_22346 3,18 % 571/17.974	ID: 19_22361 3,80 % 87/2.291
reoperationspflichtige Wunddehiszenz	ID: 19_22532 0,22 % 645/297.512	ID: 19_22317 0,33 % 230/70.745	ID: 19_22332 0,09 % 180/206.502	ID: 19_22347 1,05 % 189/17.974	ID: 19_22362 2,01 % 46/2.291
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	ID: 19_22533 0,03 % 75/297.512	ID: 19_22318 0,04 % 29/70.745	ID: 19_22333 0,01 % 20/206.502	ID: 19_22348 0,12 % 22/17.974	ID: 19_22363 0,17 % 4/2.291
postoperative Wundinfektion	ID: 19_22534 0,79 % 2.359/297.512	ID: 19_22320 1,12 % 794/70.745	ID: 19_22335 0,26 % 547/206.502	ID: 19_22350 4,81 % 865/17.974	ID: 19_22365 6,68 % 153/2.291
gesamt	ID: 19_22535 3,40 % 10.130/297.512	ID: 19_22521 4,33 % 3.062/70.745	ID: 19_22522 1,96 % 4.047/206.502	ID: 19_22523 14,59 % 2.622/17.974	ID: 19_22524 17,42 % 399/2.291
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	ID: 19_22536 1,54 % 4.567/297.512	ID: 19_22319 1,46 % 1.032/70.745	ID: 19_22334 0,83 % 1.710/206.502	ID: 19_22349 8,78 % 1.578/17.974	ID: 19_22364 10,78 % 247/2.291
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	ID: 19_22537 2,45 % 7.293/297.512	ID: 19_22324 3,44 % 2.431/70.745	ID: 19_22339 1,14 % 2.357/206.502	ID: 19_22354 11,73 % 2.108/17.974	ID: 19_22369 17,33 % 397/2.291

54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit: - Versorgung bei Polytrauma - initialer Acetabulumfraktur - Verlegung in ein anderes Krankenhaus - Entlassung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54012
Referenzbereich	≤ 2,44 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - weiblich Interaktion: Geschlecht weiblich und Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels Eingriffsart - Elektive Erstimplantation Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock Interaktion: Einzeitiger Wechsel und Gehen im Nahbereich Interaktion: Einzeitiger Wechsel und Gehen bis 50m Interaktion: Elektive Erstimplantation und Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Einzeitiger Wechsel und Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Elektive Erstimplantation und Rollator/Gehbock Interaktion: Einzeitiger Wechsel und Rollator/Gehbock ASA-Klassifikation 2 ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 ASA-Klassifikation 5 Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation Periprothetische Fraktur Fraktur - medial und Abduktionsfraktur/unverschoben bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur Fraktur - medial und verschoben/komplett verschoben bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur Frakturlokalisation - lateral oder pertrochantär bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur Frakturlokalisation - sonstige bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur Wundkontamination - kontaminierter Eingriff Wundkontamination - septischer Eingriff Alterseffekt pro Jahr bis 60 bei Femurfraktur Alterseffekt pro Jahr bis 75 bei Femurfraktur Alterseffekt pro Jahr über 75 bei Femurfraktur Alterseffekt pro Jahr bis 50 bei elekt. Erstimplantation Alterseffekt pro Jahr bis 70 bei elekt. Erstimplantation Alterseffekt pro Jahr bis 86 bei elekt. Erstimplantation Alterseffekt pro Jahr über 86 bei elekt. Erstimplantation Alterseffekt pro Jahr bis 72 bei einzeitigem Wechsel Alterseffekt pro Jahr über 72 bei einzeitigem Wechsel Alterseffekt pro Jahr bei zweizeitigem Wechsel
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

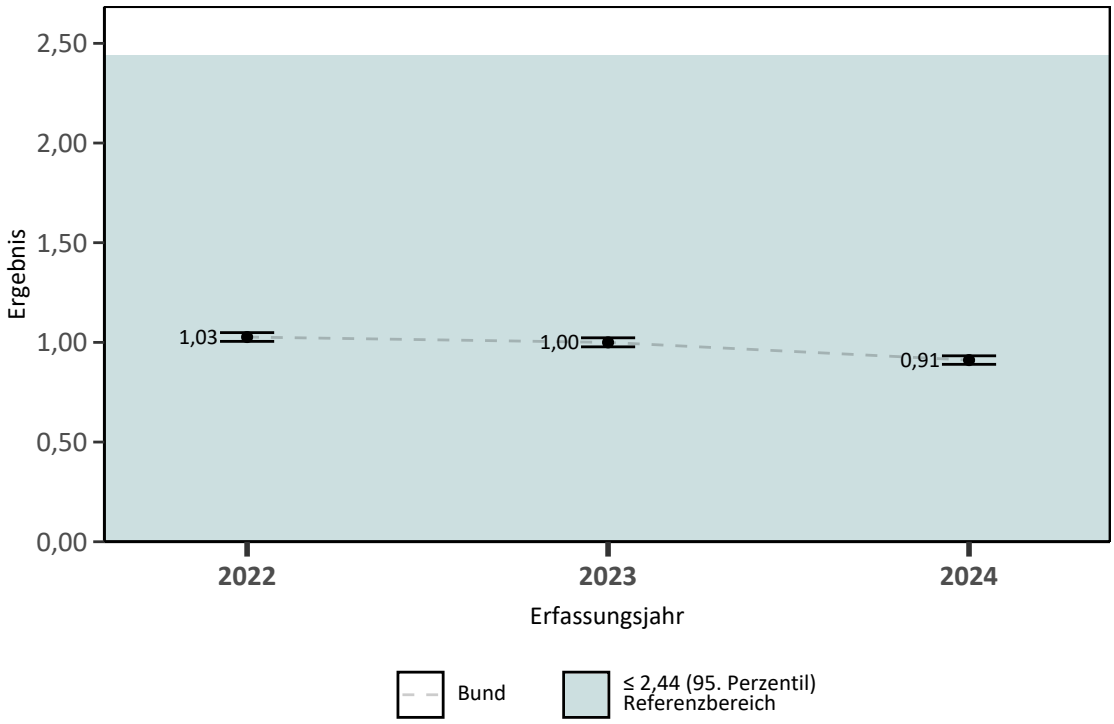
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	229.206	8.119 / 7.907,49	1,03	1,01 - 1,05
	2023	235.424	7.228 / 7.228,00	1,00	0,98 - 1,02
	2024	243.925	6.782 / 7.444,23	0,91	0,89 - 0,93

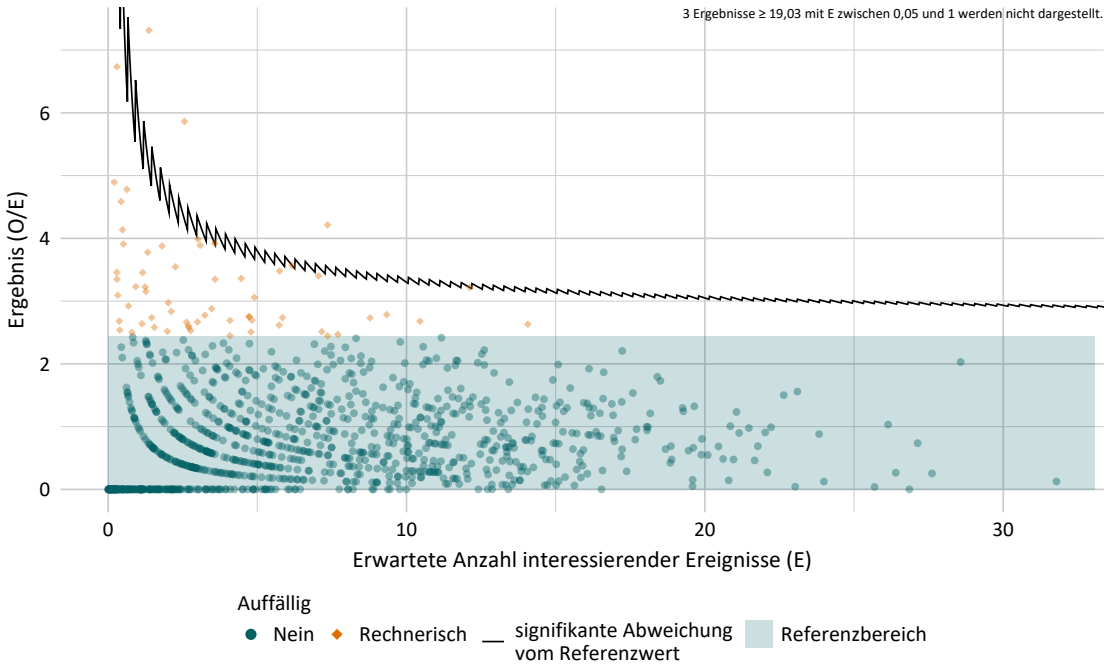
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



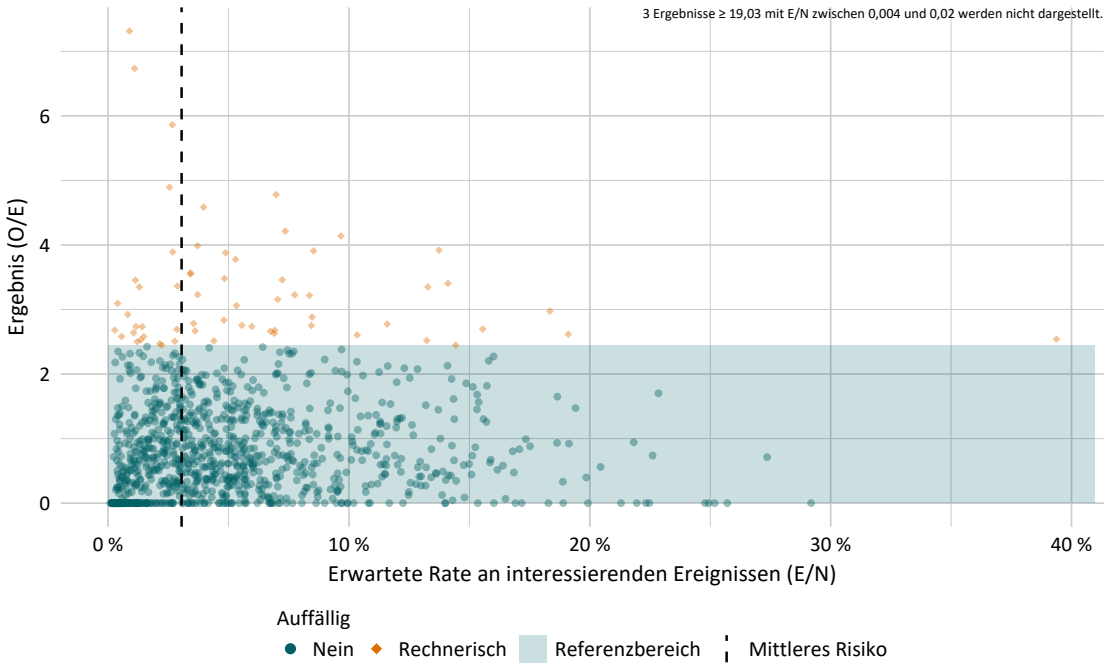
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.102	64	0,00	125,63	0,69

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Gehunfähigkeit bei Entlassung[14]	
7.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[15]	
7.1.1.1	ID: O_54012 O/N (observed, beobachtet)	2,78 % 6.782/243.925
7.1.1.2	ID: E_54012 E/N (expected, erwartet)	3,05 % 7.444,23/243.925
7.1.1.3	**ID: 54012** **O/E**	0,91

[14] bezogen auf den ersten Eingriff

[15] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 19_22383 Gehunfähigkeit bei Entlassung[16]	3,80 % 10.144/266.867
7.2.1	ID: 19_22384 nach einer hüftgelenknahen Femurfraktur	13,58 % 7.646/56.312
7.2.1.1	ID: 19_22385 O/N (observed, beobachtet)	13,58 % 7.646/56.312
7.2.1.2	ID: 19_22386 E/N (expected, erwartet)	13,65 % 7.683,89/56.312
7.2.1.3	ID: 19_22387 O/E	1,00
7.2.2	ID: 19_22388 nach elektiver Erstimplantation	0,58 % 1.140/197.452
7.2.2.1	ID: 19_22389 O/N (observed, beobachtet)	0,58 % 1.140/197.452
7.2.2.2	ID: 19_22390 E/N (expected, erwartet)	0,46 % 912,75/197.452
7.2.2.3	ID: 19_22391 O/E	1,25
7.2.3	ID: 19_22392 nach einzeitigem Wechsel	11,30 % 1.556/13.764
7.2.3.1	ID: 19_22393 O/N (observed, beobachtet)	11,30 % 1.556/13.764
7.2.3.2	ID: 19_22394 E/N (expected, erwartet)	10,57 % 1.455,39/13.764

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2.3.3	ID: 19_22395 O/E	1,07
7.2.4	ID: 19_22396 nach zweizeitigem Wechsel	8,74 % 93/1.064
7.2.4.1	ID: 19_22397 O/N (observed, beobachtet)	8,74 % 93/1.064
7.2.4.2	ID: 19_22398 E/N (expected, erwartet)	8,14 % 86,63/1.064
7.2.4.3	ID: 19_22399 O/E	1,07

[16] Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.3	ID: 19_22400 Gehunfähigkeit bei Aufnahme / vor der Fraktur	100,00 % 21.743/21.743
7.3.1	ID: 19_22401 gehfähig bei Entlassung	53,48 % 11.628/21.743
7.3.2	ID: 19_22402 gehunfähig bei Entlassung	46,52 % 10.115/21.743

192300: Treppensteigen bei Entlassung

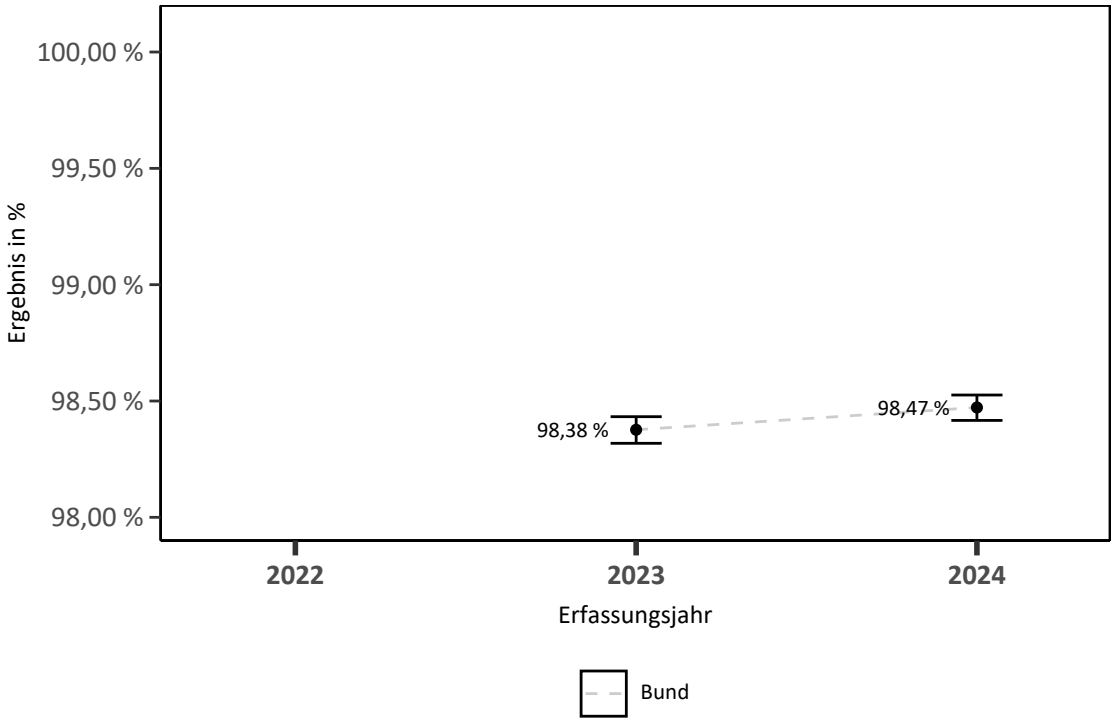
Qualitätsziel	Möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bei der Aufnahme fähig waren, Treppen zu steigen und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit: - Versorgung bei Polytrauma - initialer Acetabulumfraktur - Verlegung in ein anderes Krankenhaus - Entlassung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung - dem OPS 5-829.k: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung selbstständig oder mit Hilfestellung fähig waren, Treppen zu steigen.
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

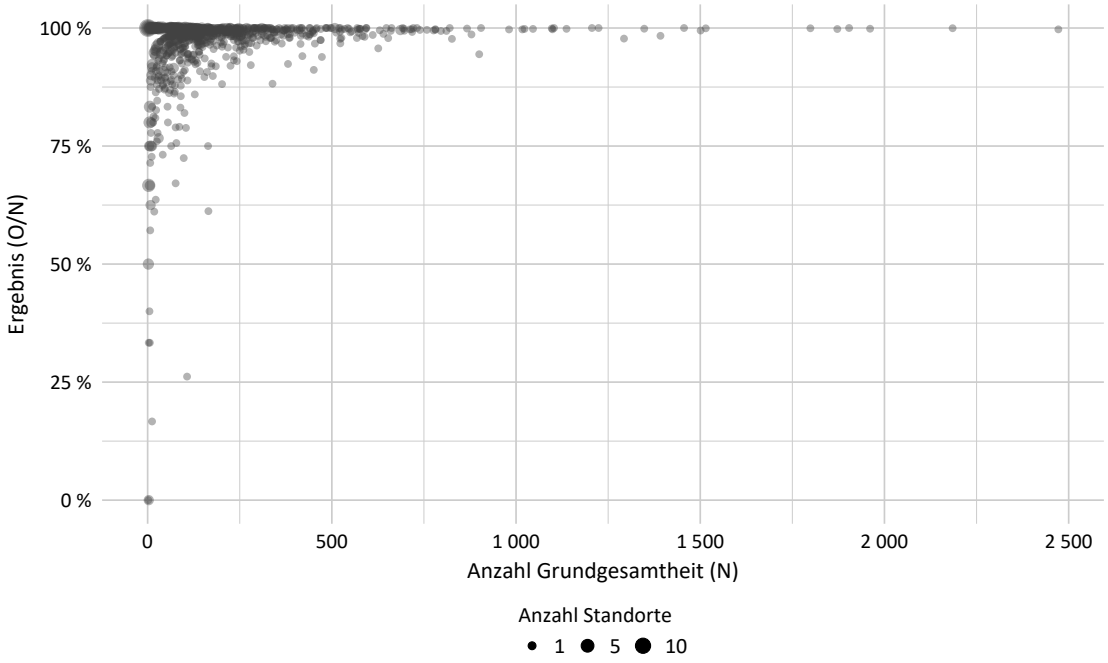
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	184.555 / 187.601	98,38	98,32 - 98,43
	2024	191.226 / 194.193	98,47	98,42 - 98,53

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.045	0	0,00	100,00	99,25

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	**ID: 192300** **Treppensteigen bei Entlassung**	98,47 % 191.226/194.193
8.1.1	ID: 19_24000 nach elektiver Erstimplantationen	98,99 % 182.873/184.743
8.1.2	ID: 19_24001 nach einzeitigem Wechsel	88,07 % 7.699/8.742
8.1.3	ID: 19_24002 nach zweizeitigem Wechsel	92,37 % 654/708

8.2 Treppensteigen bei Entlassung Ergebnis Bund (gesamt)	Elektive Erstimplantation und Wechsel (gesamt)	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	ID: 19_24003 76,52 % 148.594/194.193	ID: 19_24006 77,44 % 143.069/184.743	ID: 19_24009 58,04 % 5.074/8.742	ID: 19_24012 63,70 % 451/708
steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	ID: 19_24004 21,95 % 42.632/194.193	ID: 19_24007 21,55 % 39.804/184.743	ID: 19_24010 30,03 % 2.625/8.742	ID: 19_24013 28,67 % 203/708
erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	ID: 19_24005 1,53 % 2.967/194.193	ID: 19_24008 1,01 % 1.870/184.743	ID: 19_24011 11,93 % 1.043/8.742	ID: 19_24014 7,63 % 54/708

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3	ID: 19_24015 Treppensteigen bei Aufnahme, aber kein Treppensteigen bei Entlassung: erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	1,53 % 2.967/194.193
8.3.1	ID: 19_24016 nach elektiver Erstimplantation	1,01 % 1.870/184.743
8.3.2	ID: 19_24017 nach einzeitigem Wechsel	11,93 % 1.043/8.742

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3.3	ID: 19_24018 nach zweizeitigem Wechsel	7,63 % 54/708

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.4	ID: 19_24019 Kein Treppensteigen bei Aufnahme	100,00 % 10.462/10.462
8.4.1	ID: 19_24020 Kein Treppensteigen bei Entlassung	32,71 % 3.422/10.462
8.4.2	ID: 19_24021 Treppensteigen bei Entlassung	67,29 % 7.040/10.462

Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung

Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, mit initialer Acetabulumfraktur sowie mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54013
Referenzbereich	≤ 4,26 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear bis 75 Alter - linear ab 75 Geschlecht - männlich Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock oder Rollstuhl Gehhilfen - bettlägerig Gehstrecke - im Zimmer mobil Gehstrecke - immobil Interaktion ASA und Art des Eingriffs - ASA 3 und einzeitiger Wechsel Interaktion ASA und Art des Eingriffs - ASA 4 oder 5 und einzeitiger Wechsel Interaktion ASA und Art des Eingriffs - ASA 3 und zweizeitiger Wechsel Interaktion ASA und Art des Eingriffs - ASA 4 oder 5 und zweizeitiger Wechsel Wundkontaminationsklassifikation - septische Eingriffe Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Andere Herzerkrankungen Diagnose - Andere neurologische Erkrankungen Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Knochennekrose Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Metastasierende Tumorerkrankungen Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Diagnose - intrakranielle Blutungen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

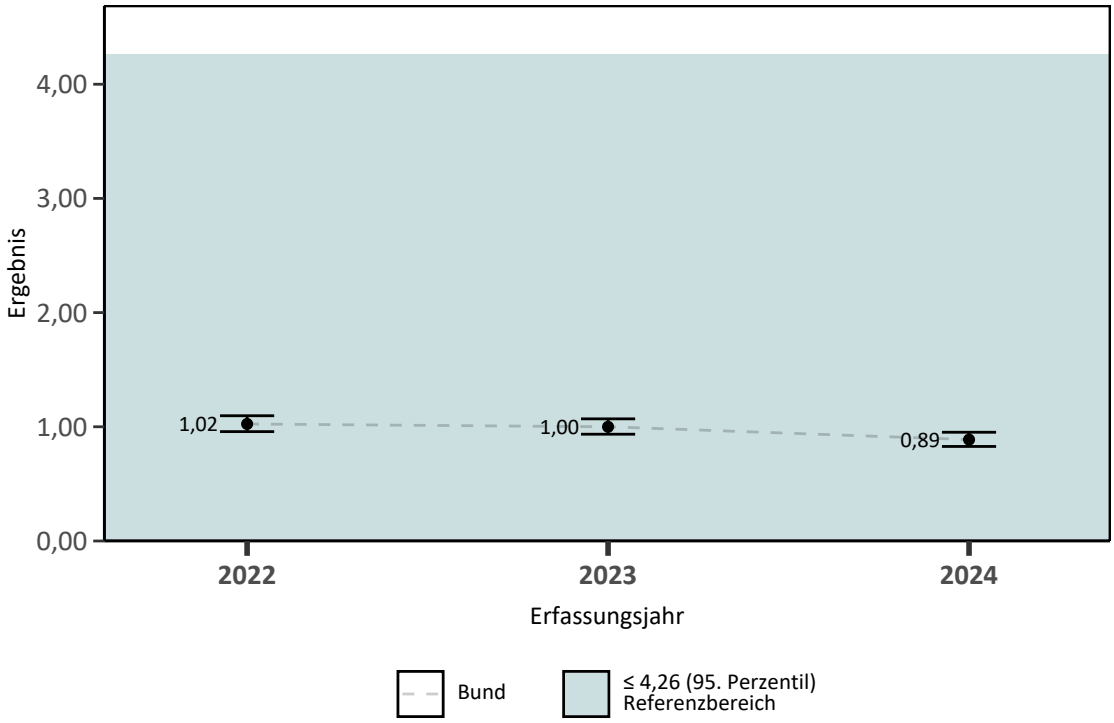
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	199.631	830 / 809,90	1,02	0,96 - 1,10
	2023	215.900	850 / 850,00	1,00	0,94 - 1,07
	2024	222.693	782 / 880,87	0,89	0,83 - 0,95

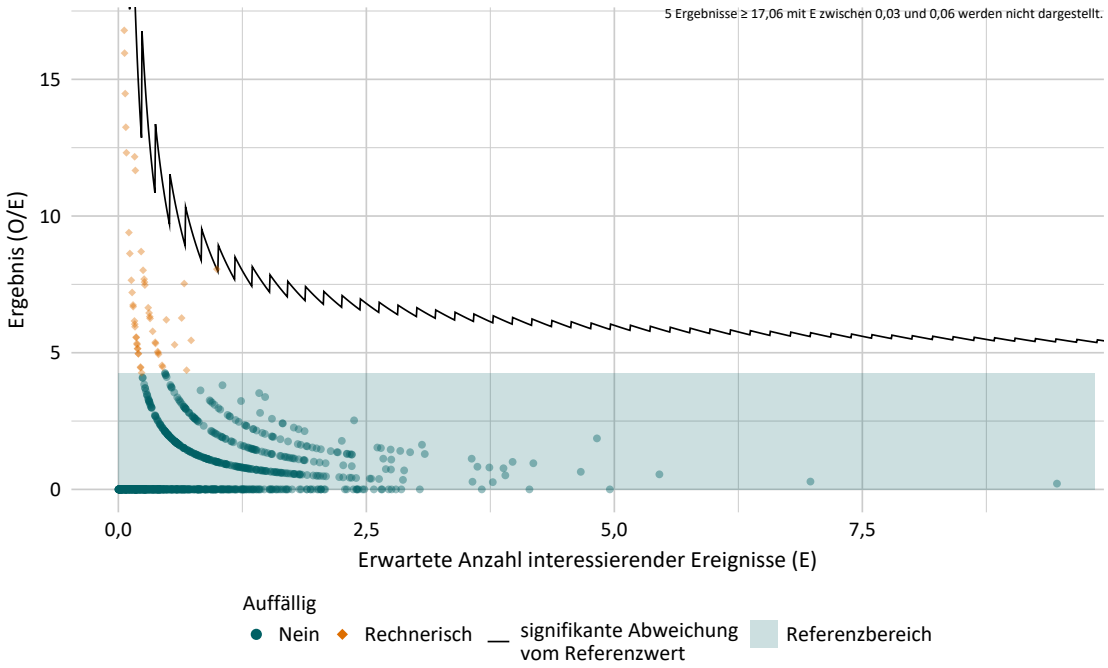
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



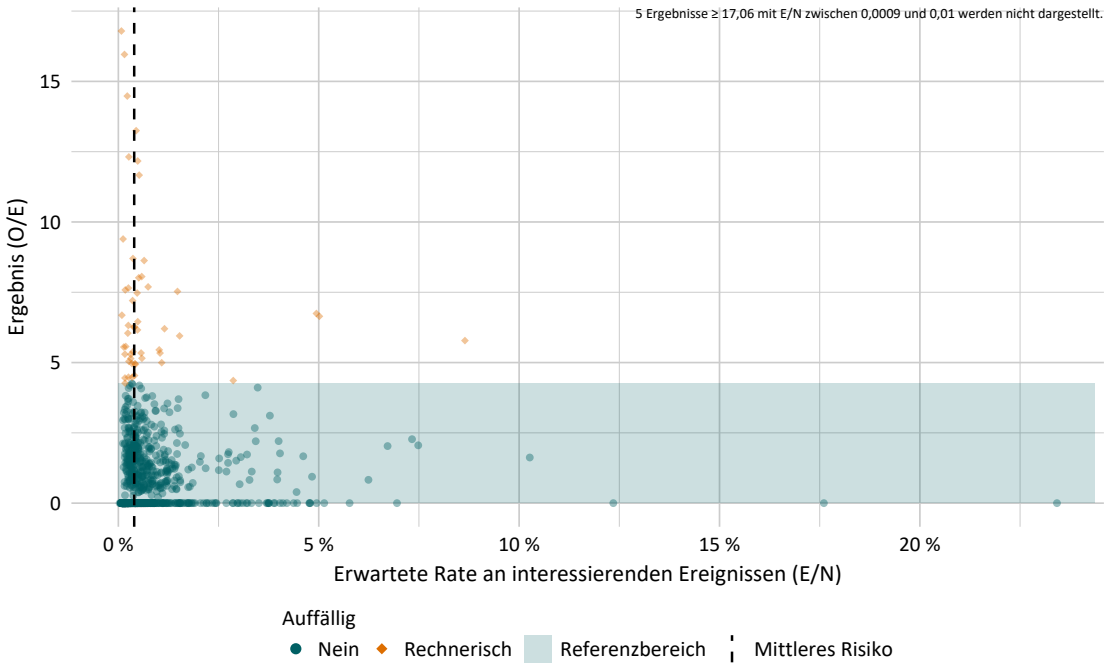
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.065	56	0,00	36,37	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit hüftgelenknaher Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 191914
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - weiblich Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - im Zimmer mobil Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - immobil Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - bettlägerig ASA-Klassifikation - 1 ASA-Klassifikation - 2 ASA-Klassifikation - 4 ASA-Klassifikation - 5 Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Altersrisiko pro Jahr bis 78 Jahre Altersrisiko pro Jahr über 78 Jahre Wundkontaminationsklassifikation - septisch Frakturlokalisation - pertrochantär oder sonstige
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

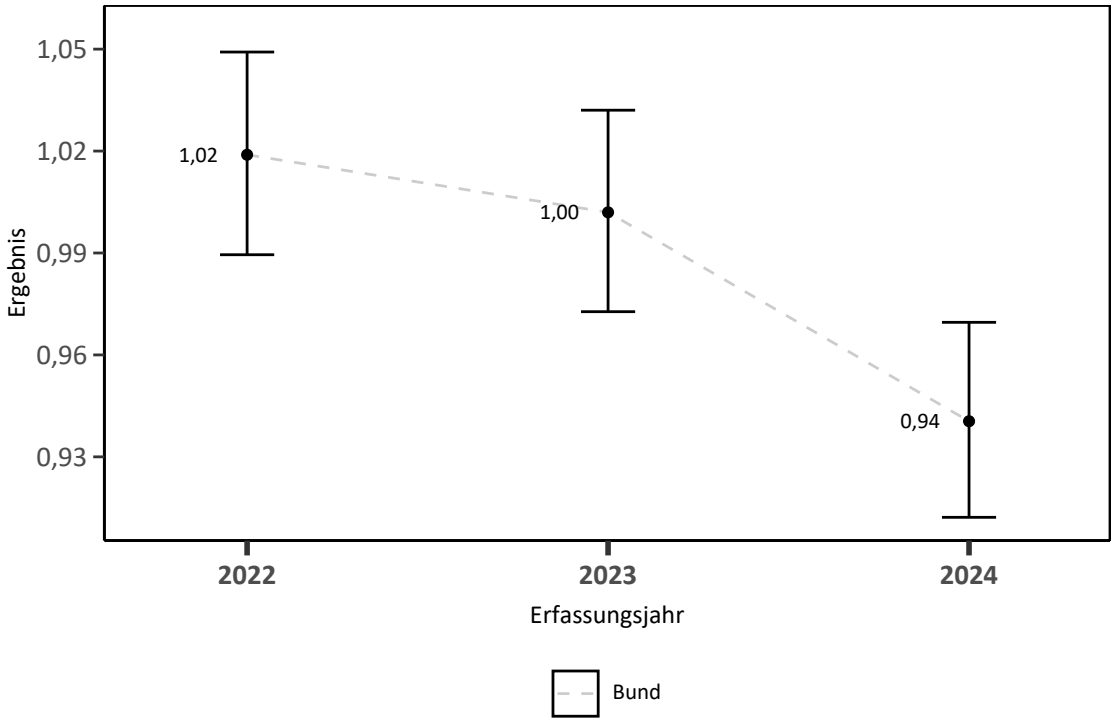
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	68.012	4.206 / 4.127,94	1,02	0,99 - 1,05
	2023	69.750	4.126 / 4.117,92	1,00	0,97 - 1,03
	2024	70.594	3.899 / 4.145,76	0,94	0,91 - 0,97

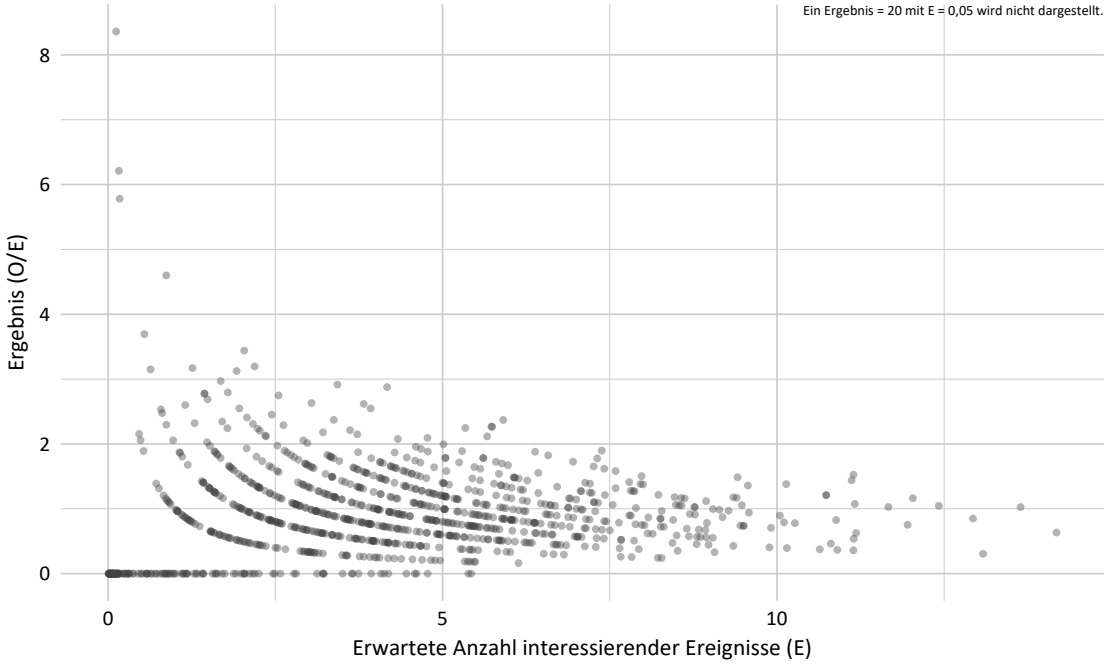
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



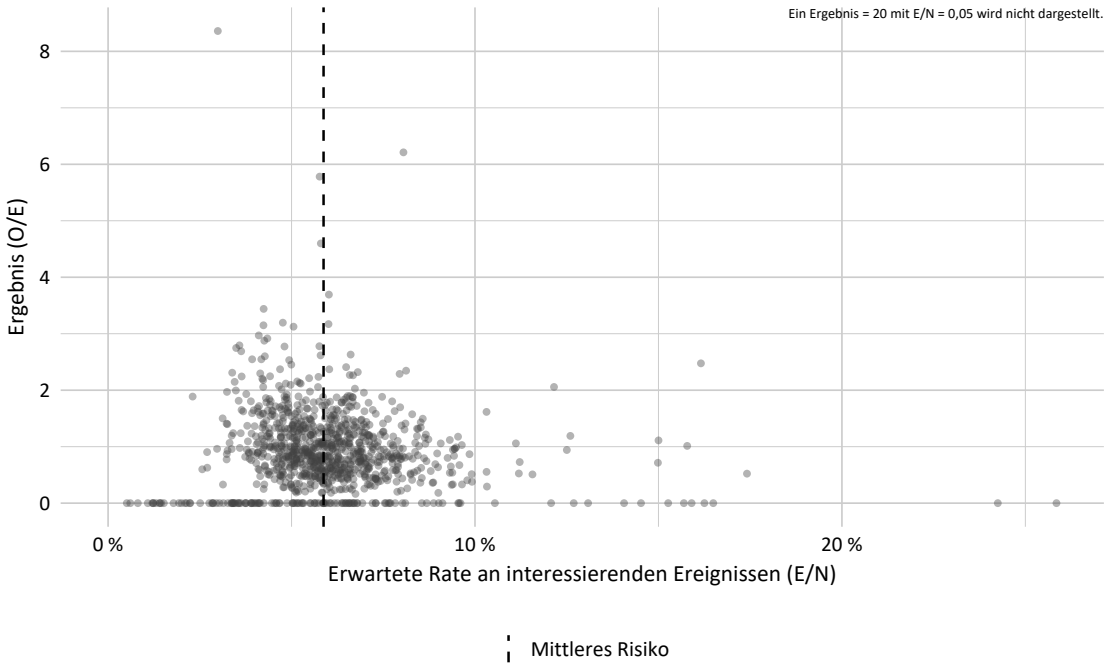
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	990	0	0,00	20,00	0,85

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 19_22403 Sterblichkeit bei elektiven Eingriffen[17]	0,35 % 782/222.693
9.1.1	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
9.1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[18]	
9.1.1.1.1	ID: O_54013 O/N (observed, beobachtet)	0,35 % 782/222.693
9.1.1.1.2	ID: E_54013 E/N (expected, erwartet)	0,40 % 880,87/222.693
9.1.1.1.3	**ID: 54013** **O/E**	0,89
9.1.1.1.3.1	ID: 19_22406 nach elektiver Erstimplantation	33,12 % 259/782
9.1.1.1.3.2	ID: 19_22407 nach einzeitigem Wechsel	63,17 % 494/782
9.1.1.1.3.3	ID: 19_22408 nach zweizeitigem Wechsel	3,71 % 29/782
9.1.2	ID: 19_22409 bei hoher Sterbewahrscheinlichkeit	2,19 % 704/32.129
9.1.2.1	ID: 19_22411 nach elektiver Erstimplantation	26,70 % 188/704
9.1.2.2	ID: 19_22412 nach einzeitigem Wechsel	69,32 % 488/704
9.1.2.3	ID: 19_22413 nach zweizeitigem Wechsel	3,98 % 28/704

[17] bezogen auf den ersten Eingriff

[18] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/)

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	Sterblichkeit bei hüftgelenknaher Femurfraktur[19]	
9.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[20]	
9.2.1.1	ID: O_191914 O/N (observed, beobachtet)	5,52 % 3.899/70.594
9.2.1.2	ID: E_191914 E/N (expected, erwartet)	5,87 % 4.145,76/70.594

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2.1.3	**ID: 191914** **O/E**	0,94

[19] bezogen auf den ersten Eingriff

[20] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

9.3 Sterblichkeit (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	**Hüftgelenknahe Femurfraktur**	**Elektive Erstimplantation**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
Todesfälle	ID: 19_22418 5,52 % 3.899/70.594	ID: 19_22424 0,13 % 259/204.985	ID: 19_22430 3,18 % 494/15.512	ID: 19_22436 1,32 % 29/2.196
mit ASA 1	ID: 19_22419 0,47 % 5/1.065	ID: 19_22425 x % ≤3/14.016	ID: 19_22431 x % ≤3/335	ID: 19_22437 0,00 % 0/28
mit ASA 2	ID: 19_22420 1,18 % 208/17.689	ID: 19_22426 0,03 % 40/125.385	ID: 19_22432 0,47 % 27/5.689	ID: 19_22438 x % ≤3/705
mit ASA 3	ID: 19_22421 5,66 % 2.643/46.684	ID: 19_22427 0,28 % 183/64.561	ID: 19_22433 4,06 % 361/8.901	ID: 19_22439 1,57 % 22/1.405
mit ASA 4	ID: 19_22422 20,12 % 1.032/5.129	ID: 19_22428 3,23 % 33/1.023	ID: 19_22434 17,89 % 105/587	ID: 19_22440 10,34 % 6/58
mit ASA 5	ID: 19_22423 40,74 % 11/27	ID: 19_22429 - 0/0	ID: 19_22435 - 0/0	ID: 19_22441 - 0/0

10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Selten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen, für welche der Follow-up-Zeitraum das aktuelle Erfassungsjahr einschließt (d. h. alle Ersteingriffe aus dem aktuellen Erfassungsjahr und dem 4. Quartal des vorangegangenen Erfassungsjahres) bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. Ausgeschlossen werden alle Behandlungsfälle mit initialer Acetabulumfraktur sowie mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation an der gleichen operierten Hüfte, die im aktuellen Erfassungsjahr stattgefunden haben. Zu jeder Erstimplantation wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt. Ausgeschlossen werden alle Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 10271
Referenzbereich	≤ 2,50 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung der Art des Ersteingriffs
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

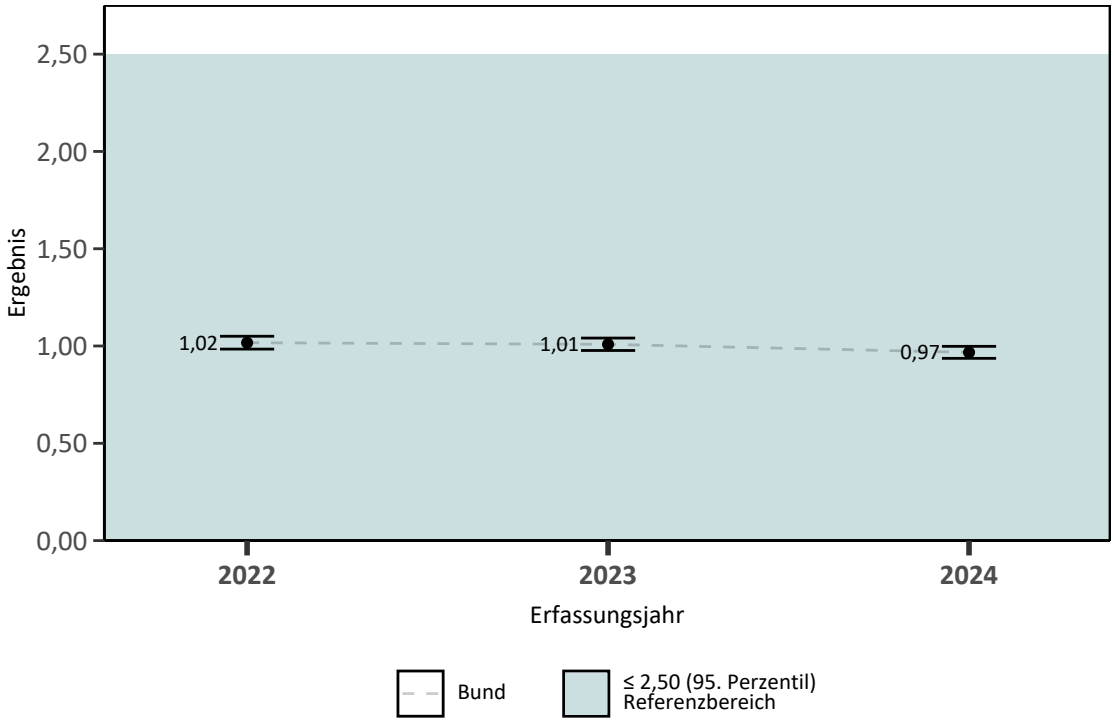
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	258.899	3.655 / 3.594,50	1,02	0,98 - 1,05
	2023	275.651	3.843 / 3.810,32	1,01	0,98 - 1,04
	2024	281.084	3.758 / 3.885,44	0,97	0,94 - 1,00

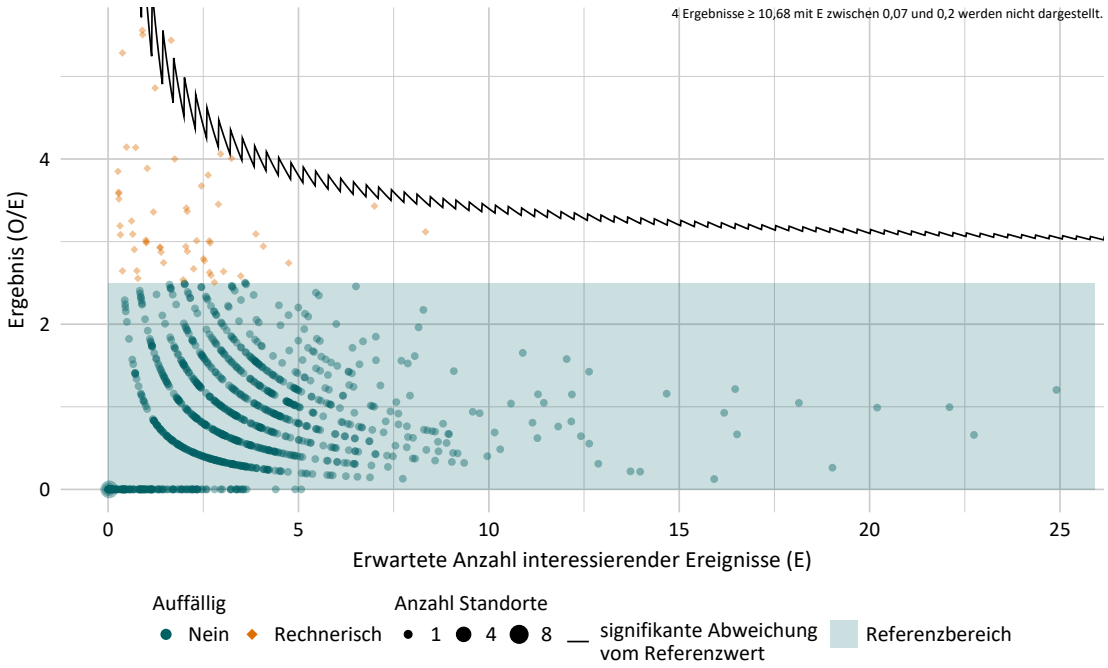
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



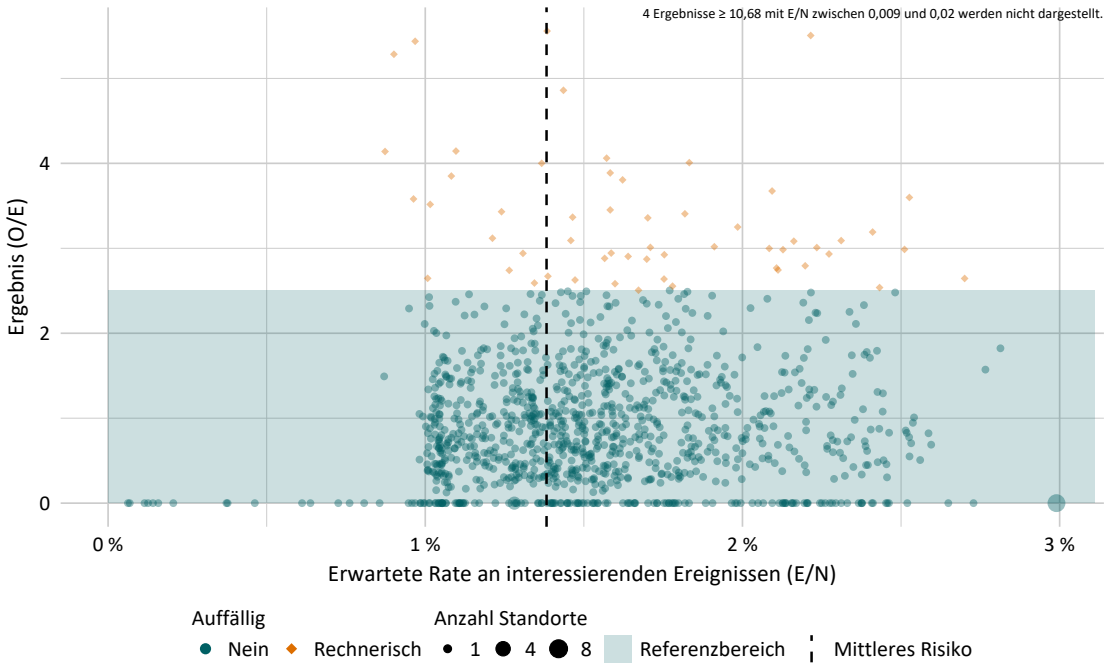
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.116	59	0,00	14,63	0,83

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	
10.1.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell[21]	
10.1.1.1	ID: O_10271 O/N (observed, beobachtet)	1,34 % 3.758/281.084
10.1.1.2	ID: E_10271 E/N (expected, erwartet)	1,38 % 3.885,44/281.084
10.1.1.3	**ID: 10271** **O/E**	0,97

[21] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2	Wechselgründe[22]	
10.2.1	ID: 19_22482 Mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	1,32 % 3.046/281.084
10.2.1.1	ID: 19_22483 Implantatbruch	0,01 % 12/281.084
10.2.1.2	ID: 19_22484 Implantatabrieb/-verschleiß	0,00 % 6/281.084
10.2.1.3	ID: 19_22485 Implantatfehllage der Pfanne oder des Schafts	0,14 % 323/281.084
10.2.1.4	ID: 19_22486 Lockerung der Pfannen- oder Schaftkomponente	0,26 % 585/281.084
10.2.1.5	ID: 19_22487 Knochendefekt Pfanne oder des Femurs (inkl. Osteolyse)	0,02 % 45/281.084
10.2.1.6	ID: 19_22488 periprothetische Fraktur	0,50 % 1.157/281.084
10.2.1.7	ID: 19_22489 Endoprothesen(sub)luxation	0,46 % 1.044/281.084
10.2.1.8	ID: 19_22490 Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z. B. nach Duokopfprothesenimplantation	0,01 % 23/281.084
10.2.1.9	ID: 19_22491 periartikuläre Ossifikation	0,00 % 4/281.084
10.2.2	ID: 19_22492 Positiver mikrobiologischer Befund vor der Prothesenexplantation	0,27 % 618/281.084

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2.3	ID: 19_22493 Sonstige Wechselgründe oder keine Angabe	0,17 % 378/281.084

[22] Für die Berechnung der Rate (in %) wurde der Kaplan-Meier-Schätzer verwendet. Daher entspricht sie nicht dem Verhältnis O/N.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.3	Wechselprozedur (nur fest verankerte Komponenten)[23]	
10.3.1	ID: 19_22494 Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels	1,55 % 3.567/281.084
10.3.2	ID: 19_22495 Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	0,06 % 146/281.084
10.3.3	ID: 19_22496 Wechsel einer Femurkopfprothese (OPS 5-821.1-)	0,21 % 479/281.084
10.3.4	ID: 19_22497 Wechsel einer Gelenkpfannenprothese (OPS 5-821.2-)	0,32 % 740/281.084
10.3.5	ID: 19_22498 Wechsel einer zementierten Totalendoprothese (OPS 5-821.3-)	0,06 % 132/281.084
10.3.6	ID: 19_22499 Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese (OPS 5-821.4-)	0,46 % 1.058/281.084
10.3.7	ID: 19_22500 Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (OPS 5-821.5-)	0,06 % 135/281.084
10.3.8	ID: 19_22501 Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese (OPS 5-821.6-)	0,03 % 69/281.084
10.3.9	ID: 19_22502 Wechsel einer Duokopfprothese (OPS 5-821.f-)	0,38 % 864/281.084
10.3.10	ID: 19_22503 Wechsel einer Oberflächenersatzprothese (OPS 5-821.g-)	0,00 % 10/281.084
10.3.11	ID: 19_22504 Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaft-Femurkopfprothese] (OPS 5-821.j-)	0,02 % 35/281.084
10.3.12	ID: 19_22505 Sonstige (OPS 5-821.x-)	0,00 % 0/281.084

[23] Für die Berechnung der Rate (in %) wurde der Kaplan-Meier-Schätzer verwendet. Daher entspricht sie nicht dem Verhältnis O/N.

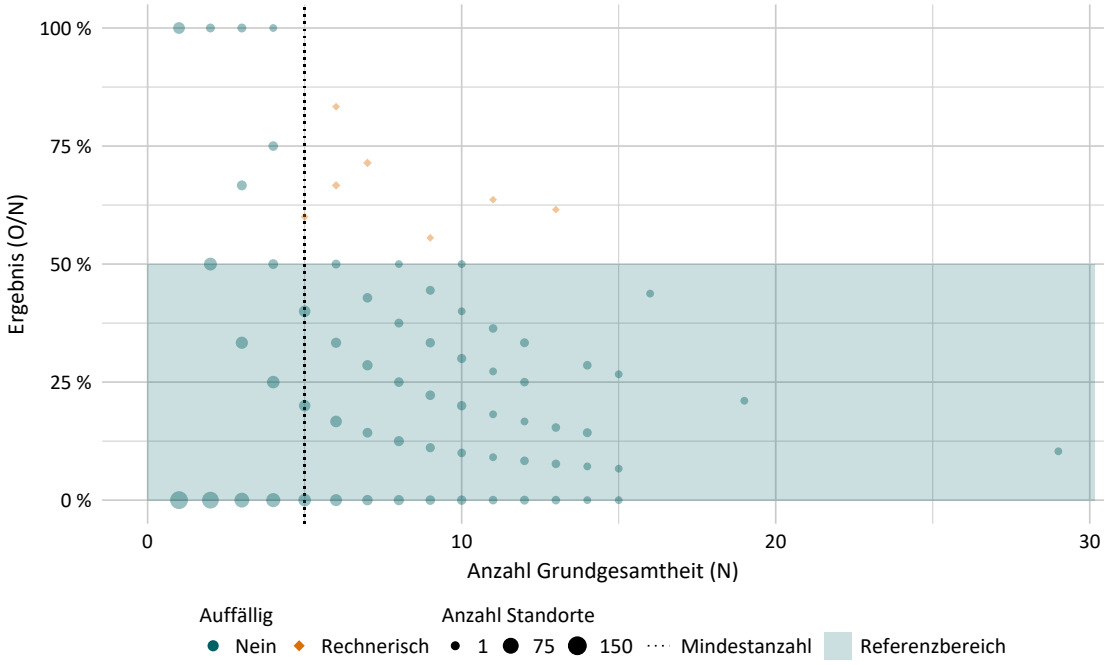
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. **Hypothese** Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Grundgesamtheit	Alle Fälle - mit mindestens einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder - mit mindestens einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde. Ausgeschlossen werden alle Fälle mit einem zweizeitigen Wechsel im Aufenthalt.
Zähler	Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde. Dabei wird die Angabe von Komplikationen und Wundinfektionen über alle Prozeduren eines Falles geprüft.
Referenzbereich	≤ 50,00 %
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	881	9	0,00	100,00	0,00

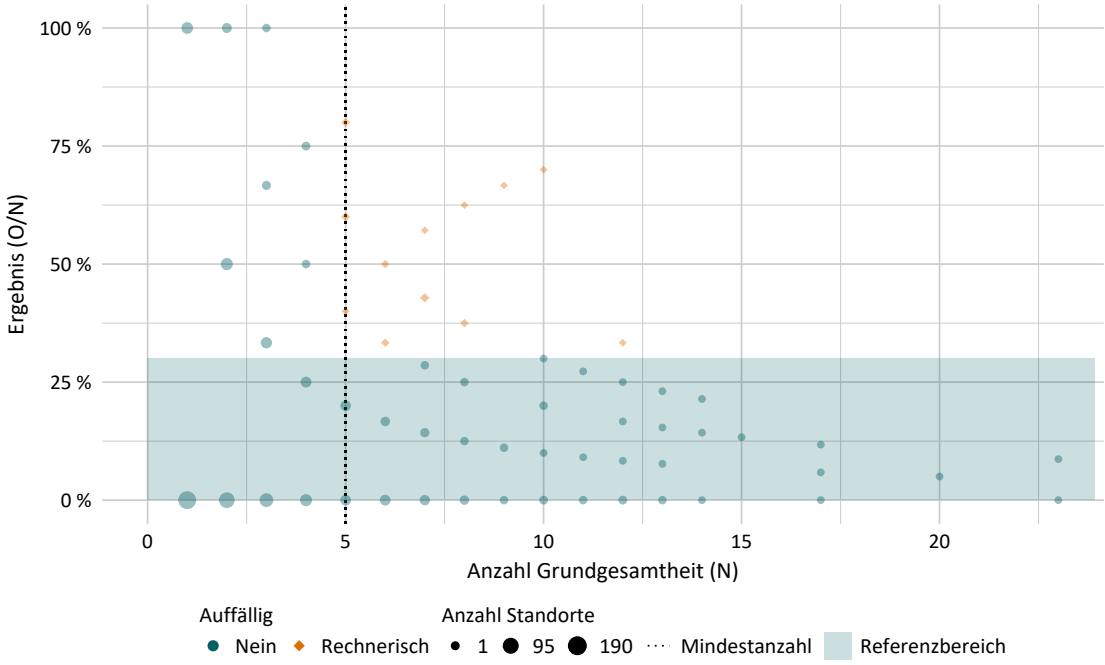
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	600 / 3.568	16,82	1,02 % 9 / 881

850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. **Hypothese** Fehlende Dokumentation periprothetischer Frakturen (als Komplikation).
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Grundgesamtheit	Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)
Zähler	Fälle, bei denen weder als Indikation eine periprothetische Fraktur noch eine periprothetische Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation angegeben wurde.
Referenzbereich	≤ 30,00 %
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	693	23	0,00	100,00	0,00

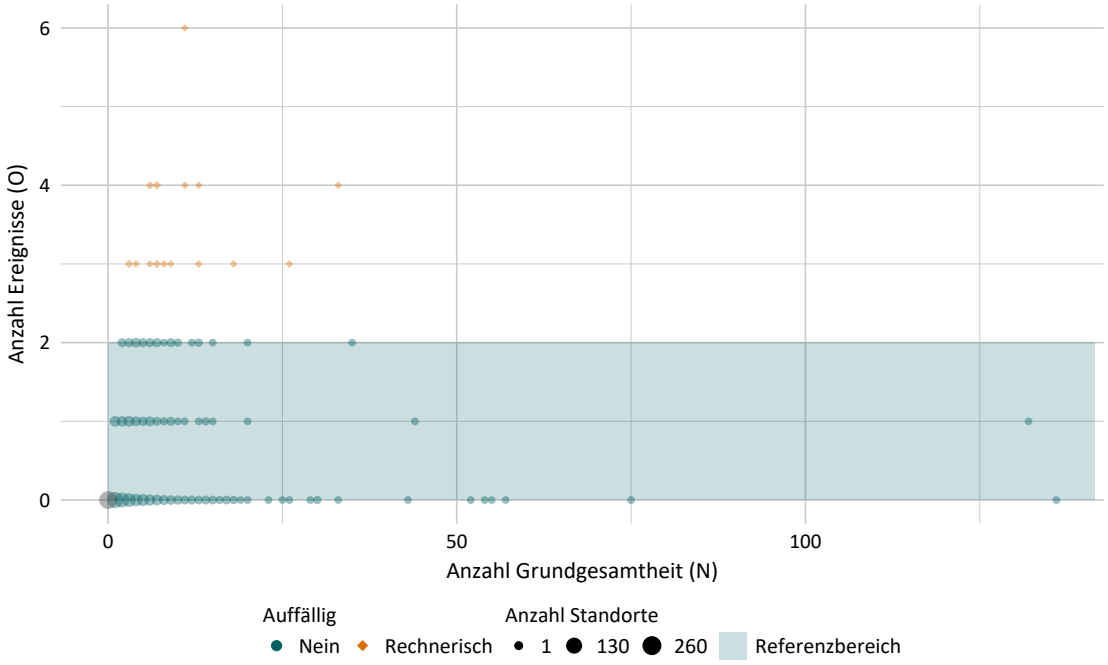
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	313 / 2.239	13,98	3,32 % 23 / 693

851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Irrtümlich angelegte Prozedurbögen stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar. **Hypothese** Fehlerhafte Bogen-Anlegung bei Fällen, bei denen mehrere Prozeduren in einem Aufenthalt dokumentiert wurden.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit mehr als einem Prozedurbogen
Zähler	Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite
Referenzbereich	≤ 2
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



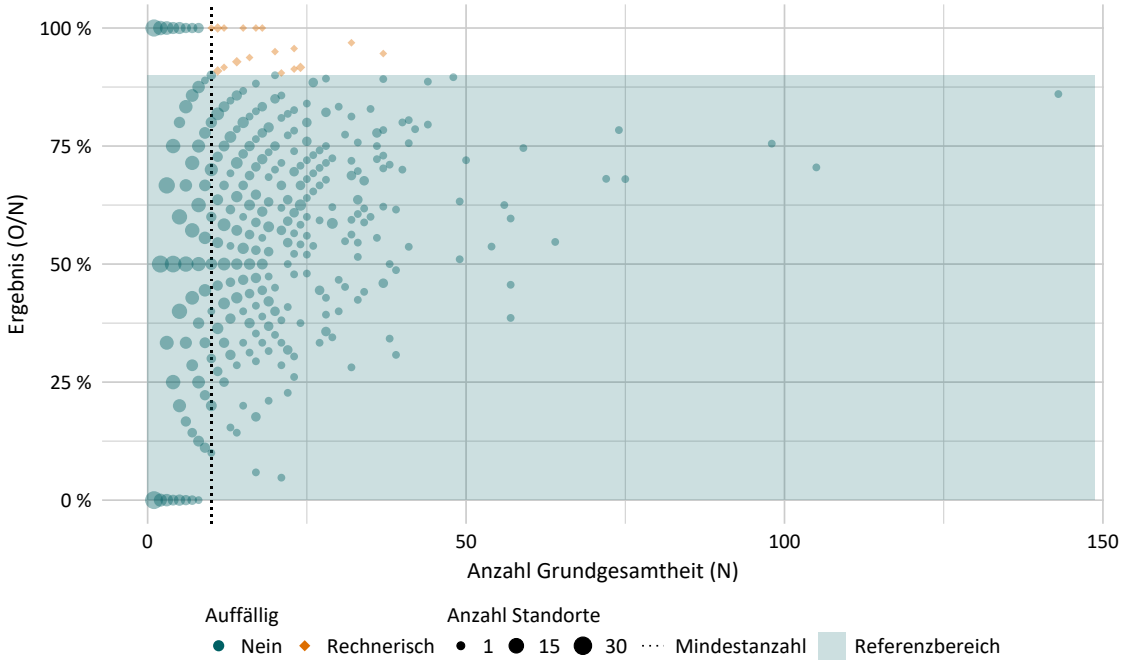
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	303 / 4.210	0,07	2,37 % 20 / 845

851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. **Hypothese** Unterdokumentation von Komplikationen
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Grundgesamtheit	Alle elektiven Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung mit postoperativer Verweildauer oberhalb eines eingriffsspezifischen Schwellenwertes für die Verweildauer
Zähler	Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen
Referenzbereich	≤ 90,00 %
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	981	21	0,00	100,00	58,33

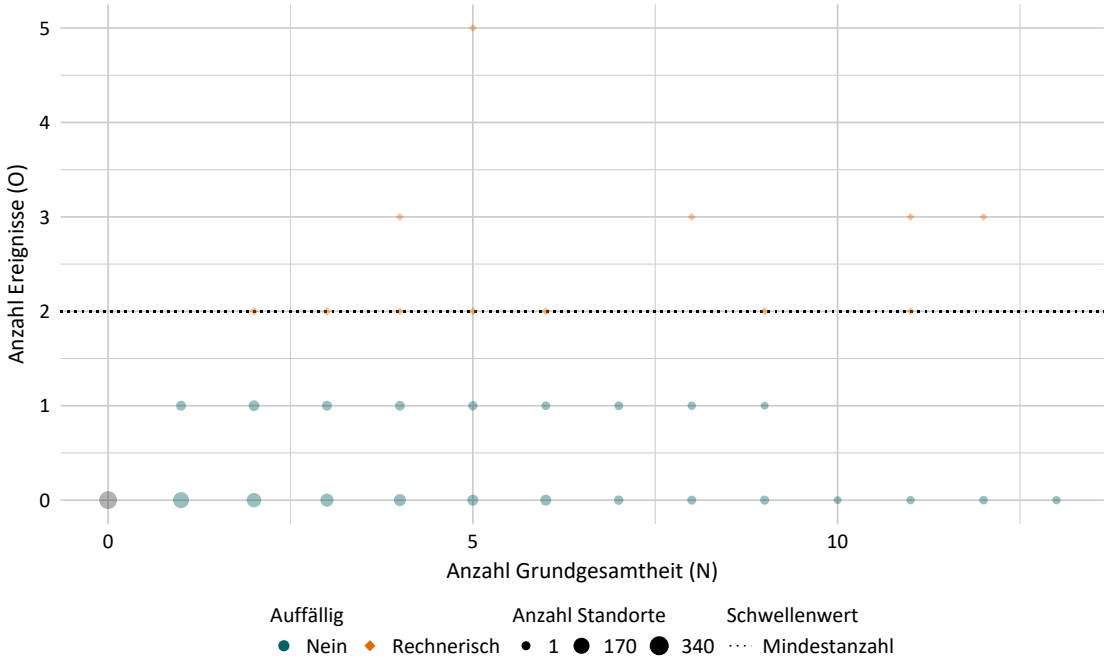
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	7.292 / 12.091	60,31	2,14 % 21 / 981

851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Erfolgt innerhalb eines stationären Aufenthalts nach einer elektiven Erstimplantation ein ungeplanter Wechsel, obwohl zur Erstimplantation keine Komplikationen angegeben wurden, so ist dies ein ungewöhnlicher Vorgang, da im Prozedurbogen auch explizit „sonstige Komplikationen“ angegeben werden können, wenn keines der konkreten Komplikations-Items zutrifft. **Hypothese** Unterdokumentation von Komplikationen
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen mit anschließender Wechsel-Operation am gleichen behandelten Gelenk(-ersatz) innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes
Zähler	Erstimplantationen ohne Angaben zu: • spezifischen post- oder Intraoperativen Komplikationen • postoperativen Wundinfektionen
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



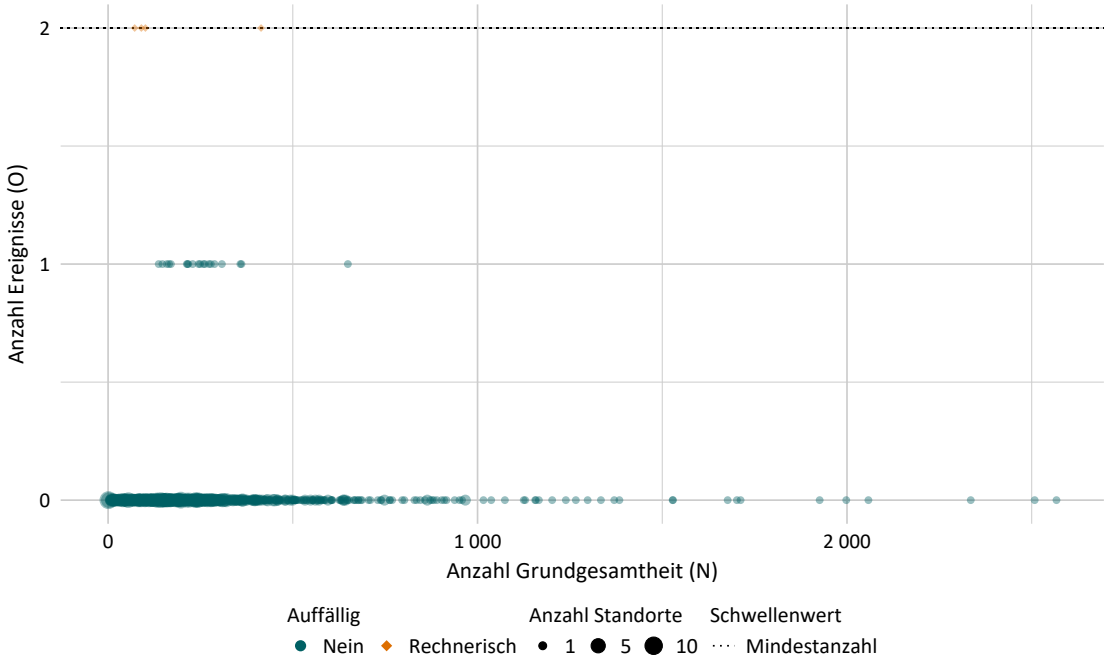
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	160 / 2.185	0,07	3,52 % 27 / 767

852102: Angabe von ASA 5

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. **Hypothese** Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine niedrigere ASA-Klassifikation vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur 192300: Treppensteigen bei Entlassung
Grundgesamtheit	Alle Prozeduren
Zähler	Alle Prozeduren mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

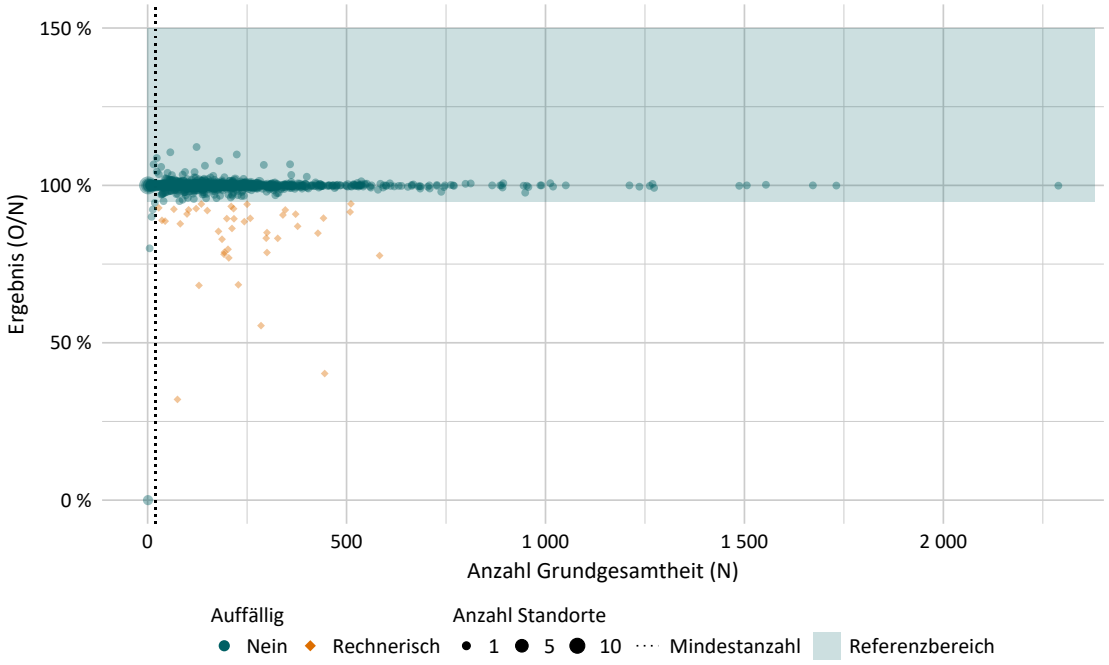
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	28 / 298.888	0,00	0,36 % 4 / 1.108

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. **Hypothese** Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.151	42	0,00	112,20	100,00

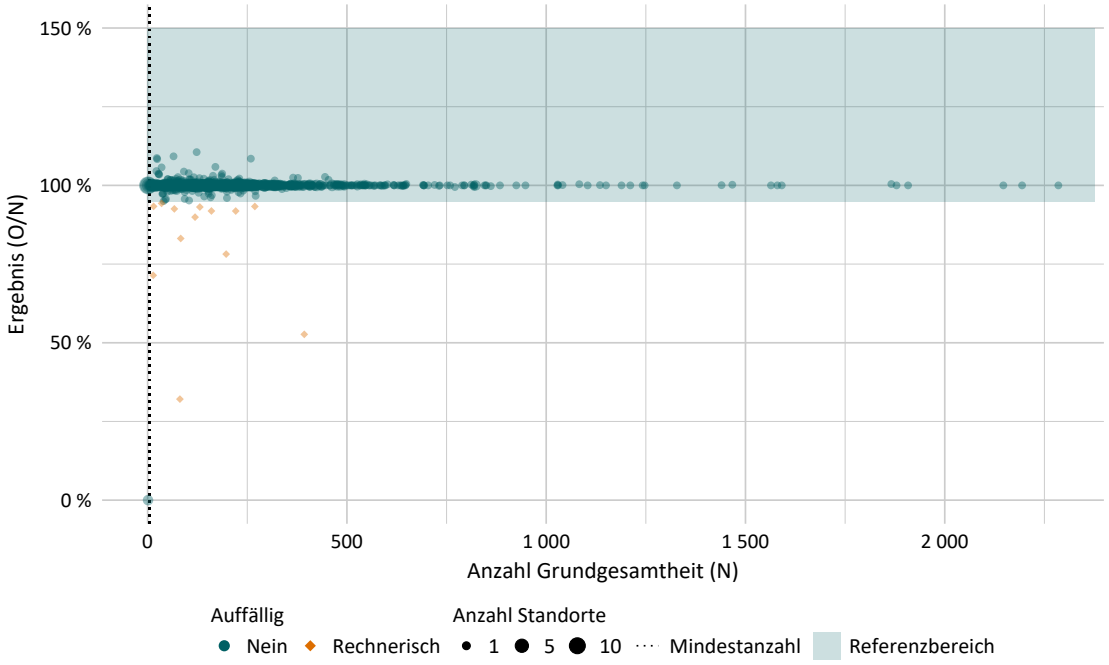
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	249.755 / 250.523	99,69	3,65 % 42 / 1.151

850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.151	13	0,00	110,57	100,00

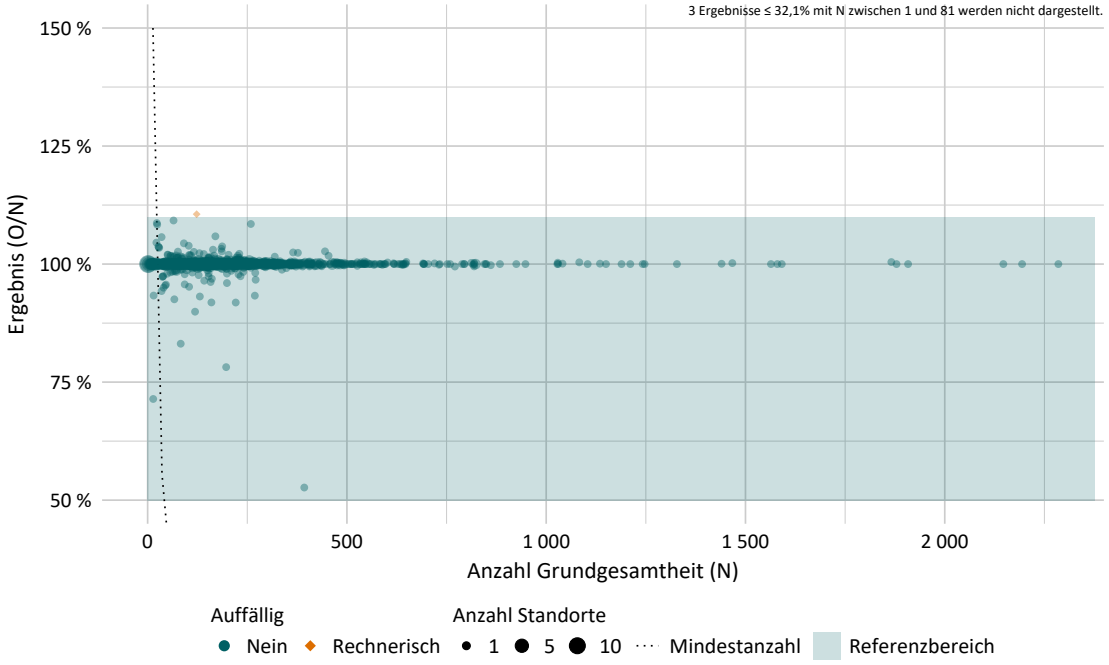
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	276.474 / 275.547	100,34	1,13 % 13 / 1.151

850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.151	1	0,00	110,57	100,00

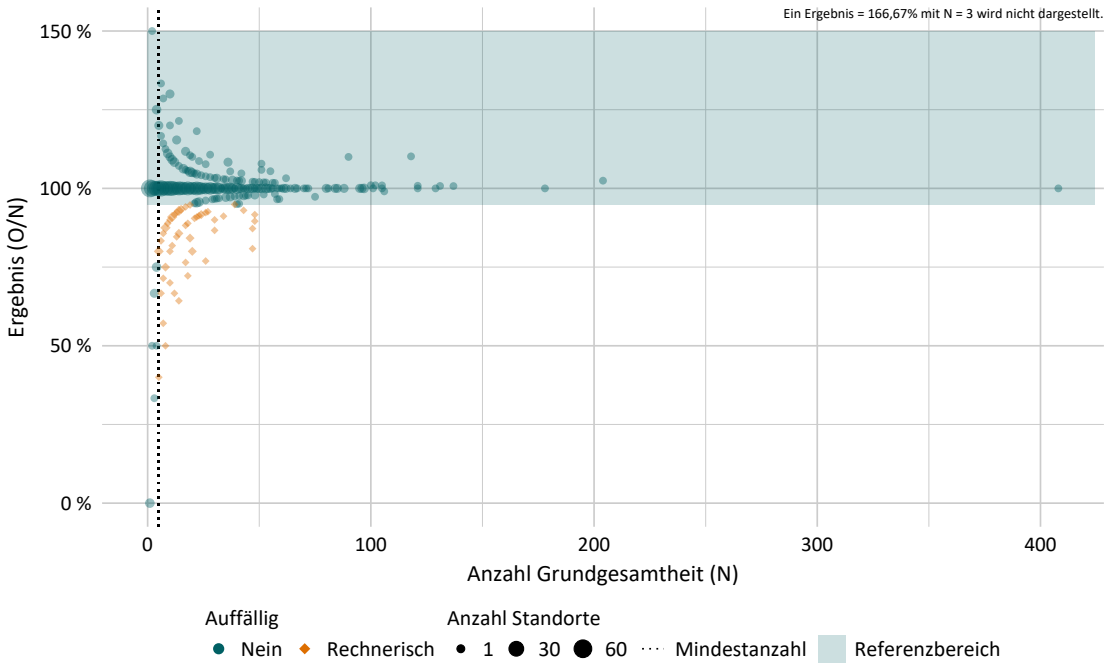
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	276.474 / 275.547	100,34	0,09 % 1 / 1.151

850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.028	69	0,00	166,67	100,00

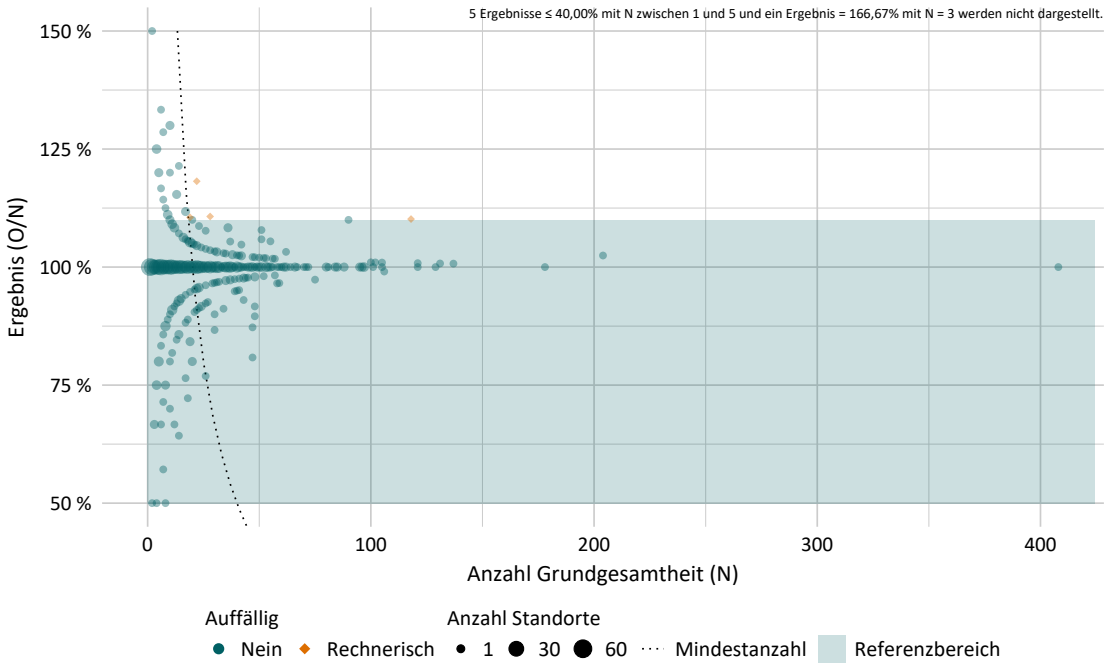
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	20.491 / 20.482	100,04	6,71 % 69 / 1.028

850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.028	4	0,00	166,67	100,00

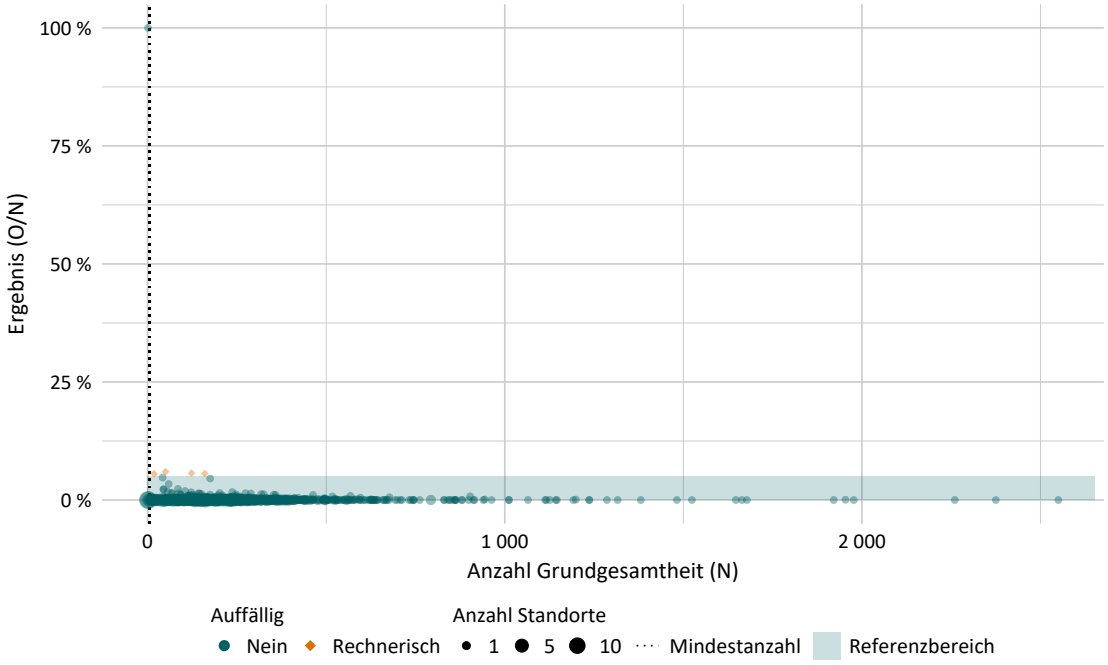
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	20.491 / 20.482	100,04	0,39 % 4 / 1.028

850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.155	4	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	194 / 293.647	0,07	0,35 % 4 / 1.155

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 294.532**	
Quartal des Aufnahmetages		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	4.850	1,65
1. Quartal	78.471	26,64
2. Quartal	73.737	25,04
3. Quartal	71.151	24,16
4. Quartal	66.323	22,52

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 294.532**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	9.000	3,06
50 - 59 Jahre	33.849	11,49
60 - 69 Jahre	74.213	25,20
70 - 79 Jahre	85.700	29,10
80 - 89 Jahre	78.157	26,54
≥ 90 Jahre	13.613	4,62

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	294.532
Mittelwert	72,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 294.532**	
Geschlecht		
(1) männlich	115.801	39,32
(2) weiblich	178.495	60,60
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	234	0,08

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Prozeduren	**N = 298.888**	
Art des Eingriffs		
(1) endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	71.140	23,80
(2) elektive Erstimplantation	206.834	69,20
(3) Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels	18.597	6,22
(4) Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	2.317	0,78
zu operierende Seite		
(1) rechts	155.595	52,06
(2) links	143.293	47,94

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Inhouse-Sturz

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 71.140**	
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		
(0) nein	69.925	98,29
(1) ja	1.215	1,71

Patientinnen und Patienten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.011**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	253	0,36
50 - 59 Jahre	1.667	2,35
60 - 69 Jahre	6.933	9,76
70 - 79 Jahre	15.277	21,51
80 - 89 Jahre	35.760	50,36
≥ 90 Jahre	11.121	15,66

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur und mit Angabe von Werten	71.011
Mittelwert	81,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.011**	
Geschlecht		
(1) männlich	24.143	34,00
(2) weiblich	46.818	65,93
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	50	0,07

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.011**	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	19.194	27,03
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	22.411	31,56
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	17.910	25,22
(4) im Zimmer mobil	8.693	12,24
(5) immobil	2.803	3,95
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	28.803	40,56
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	8.467	11,92
(2) Rollator/Gehbock	29.591	41,67
(3) Rollstuhl	2.872	4,04
(4) bettlägerig	1.278	1,80

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.011**	
Treppensteigen vor Aufnahme		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	0	0,00
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	0	0,00
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	0	0,00
(9) Information liegt nicht vor	0	0,00

Koxarthrose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 71.140**	
Koxarthrose		
(0) nein	36.808	51,74
(1) ja	34.332	48,26

Acetabulumfraktur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen und einer Fraktur des Acetabulums bei der Entlassung	**N = 424**	
initial/vor dem Eingriff vorliegende Acetabulumfraktur		
(0) nein	116	27,36
(1) ja	308	72,64

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.140**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	1.077	1,51
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	17.803	25,03
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	47.044	66,13
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	5.188	7,29
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	28	0,04
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	70.486	99,08
(2) bedingt aseptische Eingriffe	534	0,75
(3) kontaminierte Eingriffe	46	0,06
(4) septische Eingriffe	74	0,10

Antithrombotische Dauertherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 71.140**	
antithrombotische Dauertherapie		
(0) nein	41.161	57,86
(1) ja	29.979	42,14
davon: Art der Medikation[24]		
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	1.386	4,62
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	13.512	45,07
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	15.077	50,29
sonstige	622	2,07

[24] Mehrfachnennung möglich

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 71.140**	
Voroperationen am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah		
(0) nein	68.810	96,72
(1) ja	2.330	3,28

Frakturlokalisation und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 71.140**	
Frakturlokalisation		
(1) medial	66.117	92,94
davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden		
(1) Abduktionsfraktur	2.760	4,17
(2) unverschoben	6.214	9,40
(3) verschoben	37.467	56,67
(4) komplett verschoben	19.676	29,76
(2) lateral	1.749	2,46
(3) pertrochantär	1.709	2,40
(9) sonstige	1.565	2,20

Fraktur nach ICD-Kode

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 71.140**	
Schenkelhalsfrakturen		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	66.981	94,15
davon:[25]		
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	3.447	5,15
(S72.01) Intrakapsulär	54.780	81,78
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	51	0,08
(S72.03) Subkapital	2.503	3,74
(S72.04) Mediozervikal	6.559	9,79
(S72.05) Basis	911	1,36
(S72.08) Sonstige Teile	1.124	1,68
Pertrochantäre Frakturen		
(S72.1-) Pertrochantäre Frakturen	2.331	3,28
davon:[26]		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	1.598	68,55
(S72.11) Intertrochantär	771	33,08

[25] Mehrfachnennung möglich
[26] Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 71.140**	
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen[27]		

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 71.140**	
Implantation einer Totalendoprothese	18.516	26,03
- nicht zementiert (5-820.00)	8.816	47,61
- zementiert (5-820.01)	2.655	14,34
- hybrid (teilzementiert) (5-820.02)	7.045	38,05
Implantation einer Totalendoprothese, Sonderprothese	944	1,33
- nicht zementiert (5-820.20)	295	31,25
- zementiert (5-820.21)	220	23,31
- hybrid (teilzementiert) (5-820.22)	429	45,44
Implantation einer Femurkopfprothese	630	0,89
- nicht zementiert (5-820.30)	75	11,90
- zementiert (5-820.31)	555	88,10
Implantation einer Duokopfprothese	50.738	71,32
- nicht zementiert (5-820.40)	5.256	10,36
- zementiert (5-820.41)	45.482	89,64
Implantation einer Oberflächenersatzprothese	8	0,01
- nicht zementiert (5-820.80)	≤3	x
- zementiert (5-820.81)	≤3	x
- hybrid (teilzementiert) (5-820.82)	4	50,00
Implantation einer Kurzschaft-Femurkopfprothese	309	0,43
- Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.92)	≤3	x
- Ohne Pfannenprothese, zementiert (5-820.93)	39	12,62
- Mit Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.94)	230	74,43
- Mit Pfannenprothese, zementiert (5-820.95)	5	1,62

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 71.140**	
- Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert) (5-820.96)	32	10,36
Implantation einer sonstigen Endoprothese	73	0,10
- nicht zementiert (5-820.x0)	40	54,79
- zementiert (5-820.x1)	16	21,92
- hybrid (teilzementiert) (5-820.x2)	17	23,29
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	70	0,10
(5-986*) Minimalinvasive Technik	3.262	4,59
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	5	0,01
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	40	0,06
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	20.223	28,48
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	90	0,13

[27] Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur ab 65 Jahren	**N = 66.401**	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren der Patientinnen und Patienten		
(0) nein	1.263	1,90
(1) ja	65.138	98,10
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	1.470	2,21
(1) ja	64.931	97,79

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.011**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	53.860	75,85
(1) ja[28]	17.151	24,15

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.011**	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	3.055	4,30
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	2.788	3,93
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	94	0,13
Lungenembolie	532	0,75
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	2.426	3,42
Schlaganfall	387	0,54
akute gastrointestinale Blutung	360	0,51
akute Niereninsuffizienz	2.081	2,93
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	3.425	4,82
davon: Demenz		
(0) nein	1.324	38,66
(1) ja	2.101	61,34
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	6.454	9,09

[28] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.140**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	66.963	94,13
(1) ja[29]	4.177	5,87

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.140**	
primäre Implantatfehllage (fehlerhafter Einbau der Endoprothese mit Notwendigkeit einer Reoperation)	74	0,10
sekundäre Implantatdislokation (nach Beendigung des Eingriffs)	257	0,36
offen und geschlossen reponierte Endoprothesen(sub)luxation	790	1,11
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	476	0,67
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom	693	0,97
Gefäßläsion	40	0,06
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	99	0,14
periprothetische Femurfraktur	715	1,01
periprothetische Acetabulumfraktur	70	0,10
Wunddehiszenz	232	0,33
sekundäre Nekrose der Wundränder	31	0,04
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	1.073	1,51
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	70.333	98,87
(1) ja	807	1,13
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	165	20,45
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	519	64,31
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	123	15,24
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	1.903	2,68
(1) = ja	2.463	3,46

[29] Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[30]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	71.011
Median	12,00
Mittelwert	14,64
Präoperative Verweildauer (Stunden)[31]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	70.988
Median	19,05
Mittelwert	31,38
Dauer des Eingriffs (Minuten)[32]	
Anzahl Prozdeuren bei hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	71.140
Median	71,00
Mittelwert	76,67
Postoperative Verweildauer (Tage)[33]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	69.782
Median	10,00
Mittelwert	12,80

[30] Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

[31] Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme bzw. des Inhouse-Sturzes zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts

[32] Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts

[33] Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.011**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	2.411	3,40
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	19.658	27,68
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	29.880	42,08
(4) Im Zimmer mobil	11.725	16,51
(5) immobil	3.672	5,17
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	1.045	1,47
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	21.668	30,51
(2) Rollator/Gehbock	39.187	55,18
(3) Rollstuhl	3.552	5,00
(4) bettlägerig	1.886	2,66
Treppensteigen bei Entlassung		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	0	0,00
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	0	0,00
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	0	0,00

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.011**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	36.260	51,06
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.442	2,03
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	103	0,15
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	275	0,39
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	9	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	10.966	15,44
(07) Tod	3.930	5,53
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[34]	382	0,54
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	7.343	10,34
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	9.645	13,58
(11) Entlassung in ein Hospiz	41	0,06
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	52	0,07
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	7	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[35]	220	0,31
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	51	0,07
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[36]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	255	0,36
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[37]		
(1) ja	28	0,04

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 71.011**	
Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß § 109 SGB V		
(0) nein	57.174	80,51
(1) ja	13.837	19,49

[34] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[35] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[36] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[37] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Elektive Erstimplantation

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 205.346**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	8.340	4,06
50 - 59 Jahre	30.809	15,00
60 - 69 Jahre	63.814	31,08
70 - 79 Jahre	65.105	31,71
80 - 89 Jahre	35.825	17,45
≥ 90 Jahre	1.453	0,71

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation und mit Angabe von Werten	205.346
Mittelwert	68,83

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 205.346**	
Geschlecht		
(1) männlich	84.335	41,07
(2) weiblich	120.831	58,84
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	178	0,09

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 205.346**	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	33.449	16,29
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	125.130	60,94
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	39.640	19,30
(4) im Zimmer mobil	5.677	2,76
(5) immobil	1.450	0,71
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	141.903	69,10
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	47.499	23,13
(2) Rollator/Gehbock	13.577	6,61
(3) Rollstuhl	2.094	1,02
(4) bettlägerig	273	0,13
Treppensteigen vor Aufnahme		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	161.722	78,76
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	29.735	14,48
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	8.590	4,18
(9) Information liegt nicht vor	5.272	2,57

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 206.834**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	14.235	6,88
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	126.546	61,18
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	65.004	31,43
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	1.049	0,51
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	0	0,00
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	205.908	99,55
(2) bedingt aseptische Eingriffe	797	0,39
(3) kontaminierte Eingriffe	48	0,02
(4) septische Eingriffe	81	0,04

Bewegungsumfang

	Bund (gesamt)
	N
passives Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt	
Anzahl elektiver Erstimplantationen von Patientinnen und Patienten, bei denen das Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt wurde	189.737
Extension/Flexion 1 (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	0,22
Extension/Flexion 2 (Grad)	

Bewegungsumfang

	Bund (gesamt) N
Median	0,00
Mittelwert	3,15
Extension/Flexion 3 (Grad)	
Median	90,00
Mittelwert	87,34
Ab-/Adduktion 1 (Grad)	
Median	20,00
Mittelwert	17,36
Ab-/Adduktion 2 (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	0,20
Ab-/Adduktion 3 (Grad)	
Median	10,00
Mittelwert	10,72
Außen-/Innenrotation 1 (Grad)	
Median	15,00
Mittelwert	15,08
Außen-/Innenrotation 2 (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	1,39
Außen-/Innenrotation 3 (Grad)	
Median	5,00
Mittelwert	5,94

Indikationsrelevante Befunde

Schmerzen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 206.834**	
Schmerzen		
(0) nein	1.261	0,61
(1) ja, Belastungsschmerz	50.133	24,24
(2) ja, Ruheschmerz	155.440	75,15

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 206.834**	
Voroperationen am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah		
(0) nein	197.671	95,57
(1) ja	9.163	4,43
davon: Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudoarthrose oder Cut out" liegt vor		
(0) nein	6.673	72,83
(1) ja	2.490	27,17

Parameter zur Bestimmung des modifizierten Kellgren-Lawrence-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 206.834**	
Osteophyten		
(0) keine oder fraglich	4.505	2,18
(1) eindeutig	95.216	46,03
(2) große	107.113	51,79
Gelenkspalt		
(0) nicht oder fraglich verschmälert	1.085	0,52
(1) eindeutig verschmälert	11.552	5,59
(2) fortgeschritten verschmälert	91.852	44,41
(3) aufgehoben	102.345	49,48
Sklerose		
(0) keine Sklerose	953	0,46
(1) leichte Sklerose	28.940	13,99
(2) leichte Sklerose mit Zystenbildung	93.091	45,01
(3) Sklerose mit Zysten	83.850	40,54
Deformierung		
(0) keine Deformierung	14.029	6,78
(1) leichte Deformierung	94.534	45,71
(2) deutliche Deformierung	98.271	47,51

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 206.834**	
Vorliegen einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk		
(0) nein	204.088	98,67
(1) ja	2.746	1,33
davon: erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)		
(0) Grad 0 normal	153	5,57
(1) Grad 1 geringe Veränderung	291	10,60
(2) Grad 2 definitive Veränderung	381	13,87
(3) Grad 3 deutliche Veränderung	887	32,30
(4) Grad 4 schwere Veränderung	884	32,19
(5) Grad 5 mutilierende Veränderung	150	5,46

Femurkopfnekrose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 206.834**	
Femurkopfnekrose		
(0) nein	190.571	92,14
(1) atraumatisch	13.977	6,76
davon: atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation		
(0) Stadium 0	124	0,89
(1) Stadium I	457	3,27
(2) Stadium II	1.265	9,05
(3) Stadium III	3.231	23,12
(4) Stadium IV	8.900	63,68
(2) posttraumatisch	2.286	1,11

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 206.834**	
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation[38]		
Implantation einer Totalendoprothese	181.523	87,76
- nicht zementiert (5-820.00)	140.593	77,45
- zementiert (5-820.01)	5.976	3,29
- hybrid (teilzementiert) (5-820.02)	34.954	19,26
Implantation einer Totalendoprothese, Sonderprothese	2.153	1,04
- nicht zementiert (5-820.20)	967	44,91

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 206.834**	
- zementiert (5-820.21)	281	13,05
- hybrid (teilzementiert) (5-820.22)	905	42,03
Implantation einer Femurkopfprothese	297	0,14
- nicht zementiert (5-820.30)	234	78,79
- zementiert (5-820.31)	63	21,21
Implantation einer Duokopfprothese	621	0,30
- nicht zementiert (5-820.40)	136	21,90
- zementiert (5-820.41)	485	78,10
Implantation einer Oberflächenersatzprothese	272	0,13
- nicht zementiert (5-820.80)	31	11,40
- zementiert (5-820.81)	69	25,37
- hybrid (teilzementiert) (5-820.82)	172	63,24
Implantation einer Kurzschaft-Femurkopfprothese	22.030	10,65
- Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.92)	88	0,40
- Ohne Pfannenprothese, zementiert (5-820.93)	5	0,02
- Mit Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.94)	21.532	97,74
- Mit Pfannenprothese, zementiert (5-820.95)	69	0,31
- Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert) (5-820.96)	336	1,53
Implantation einer sonstigen Endoprothese	192	0,09
- nicht zementiert (5-820.x0)	147	76,56
- zementiert (5-820.x1)	17	8,85
- hybrid (teilzementiert) (5-820.x2)	28	14,58

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 206.834**	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	159	0,08
(5-986*) Minimalinvasive Technik	38.999	18,86
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	521	0,25
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	1.311	0,63
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	4.414	2,15
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	49	0,02

[38] Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation ab 65 Jahren	**N = 135.766**	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren der Patientinnen und Patienten		
(0) nein	2.416	1,78
(1) ja	133.350	98,22
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	2.870	2,11
(1) ja	132.896	97,89

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 205.346**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	198.806	96,82
(1) ja[39]	6.540	3,18
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	390	0,19
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	942	0,46
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	101	0,05
Lungenembolie	197	0,10
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	543	0,26
Schlaganfall	160	0,08
akute gastrointestinale Blutung	105	0,05
akute Niereninsuffizienz	992	0,48
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	568	0,28
davon: Demenz		
(0) nein	404	71,13
(1) ja	164	28,87
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	3.370	1,64

[39] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 206.834**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	200.913	97,14
(1) ja[40]	5.921	2,86
primäre Implantatfehllage (fehlerhafter Einbau der Endoprothese mit Notwendigkeit einer Reoperation)	91	0,04
sekundäre Implantatdislokation (nach Beendigung des Eingriffs)	243	0,12
offen und geschlossen reponierte Endoprothesen(sub)luxation	548	0,26
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	449	0,22
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom	518	0,25
Gefäßläsion	70	0,03
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	456	0,22
periprothetische Femurfraktur	1.833	0,89
periprothetische Acetabulumfraktur	219	0,11
Wunddehiszenz	182	0,09
sekundäre Nekrose der Wundränder	20	0,01
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	1.741	0,84
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	206.280	99,73
(1) ja	554	0,27
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	118	21,30
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	321	57,94
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	115	20,76

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 206.834**	
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	3.665	1,77
(1) = ja	2.390	1,16

[40] Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[41]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	205.346
Median	7,00
Mittelwert	7,49
Präoperative Verweildauer (Stunden)[42]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	205.215
Median	6,42
Mittelwert	17,90
Dauer des Eingriffs (Minuten)[43]	
Anzahl Prozeduren bei elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	206.834
Median	64,00
Mittelwert	68,52

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[44]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	204.372
Median	6,00
Mittelwert	6,73

[41] Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum
[42] Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts
[43] Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts
[44] Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 205.346**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	23.578	11,48
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	112.949	55,00
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	66.391	32,33
(4) Im Zimmer mobil	1.839	0,90
(5) immobil	343	0,17
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	3.448	1,68
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	190.047	92,55
(2) Rollator/Gehbock	11.023	5,37
(3) Rollstuhl	416	0,20
(4) bettlägerig	165	0,08

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 205.346**	
Treppensteigen bei Entlassung		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	151.817	73,93
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	47.456	23,11
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	5.798	2,82

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 205.346**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	132.853	64,70
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5.896	2,87
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	187	0,09
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	461	0,22
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	11	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	3.606	1,76
(07) Tod	272	0,13
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[45]	136	0,07
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	60.590	29,51
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	1.023	0,50
(11) Entlassung in ein Hospiz	4	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	8	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	12	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	22	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[46]	50	0,02
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	23	0,01
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[47]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	98	0,05
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[48]		
(1) ja	94	0,05

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 205.346**	
Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß § 109 SGB V		
(0) nein	198.745	96,79
(1) ja	6.601	3,21

[45] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[46] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[47] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[48] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.405**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	436	2,14
50 - 59 Jahre	1.528	7,49
60 - 69 Jahre	3.850	18,87
70 - 79 Jahre	5.931	29,07
80 - 89 Jahre	7.419	36,36
≥ 90 Jahre	1.241	6,08

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel und mit Angabe von Werten	20.405
Mittelwert	75,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.405**	
Geschlecht		
(1) männlich	8.059	39,50
(2) weiblich	12.338	60,47
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	8	0,04

Präoperative Anamnese/Befunde

Gefähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.405**	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	2.692	13,19
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	7.635	37,42
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	5.405	26,49
(4) im Zimmer mobil	2.624	12,86
(5) immobil	2.049	10,04
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	6.374	31,24
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	6.178	30,28
(2) Rollator/Gehbock	5.108	25,03
(3) Rollstuhl	1.777	8,71
(4) bettlägerig	968	4,74
Treppensteigen vor Aufnahme		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	8.683	42,55
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	3.489	17,10
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	5.143	25,20
(9) Information liegt nicht vor	1.865	9,14

ASA-und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.914**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	421	2,01
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	7.217	34,51
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	12.427	59,42
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	849	4,06
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	0	0,00
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	18.132	86,70
(2) bedingt aseptische Eingriffe	1.434	6,86
(3) kontaminierte Eingriffe	361	1,73
(4) septische Eingriffe	987	4,72

Indikationsrelevante Befunde

Schmerzen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.914**	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation		
(0) nein	2.466	11,79
(1) ja, Belastungsschmerz	6.382	30,52
(2) ja, Ruheschmerz	12.066	57,69

Erreger-/ Infektionsnachweis

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.914**	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)		
(0) nein	15.179	72,58
(1) ja	5.735	27,42
mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation		
(0) nicht durchgeführt	9.315	44,54
(1) durchgeführt, negativ	8.336	39,86
(2) durchgeführt, positiv	3.263	15,60

Röntgendiagnostik / klinische Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.914**	
Patientinnen und Patienten, bei denen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vorliegen		
(0) nein	2.321	11,10
(1) ja	18.593	88,90
davon:[49]		
Implantatbruch	393	2,11
Implantatabrieb/-verschleiß	1.128	6,07
Implantatfehllage der Pfanne	1.461	7,86
Implantatfehllage des Schafts	698	3,75
Lockerung der Pfannenkomponente	4.051	21,79
Lockerung der Schaftkomponente	4.356	23,43
periprothetische Fraktur	6.258	33,66
Endoprothesen(sub)luxation	3.489	18,77
Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust Pfanne	1.518	8,16
Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust des Femurs (ab distal des trochanter minors)	898	4,83
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	116	0,62
periartikuläre Ossifikation (Grad 3 oder 4 nach Brooker)	281	1,51
andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde	2.249	12,10

[49] Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.914**	
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel[50]		
Wechsel einer Femurkopfprothese	2.476	11,84
- In Femurkopfprothese, nicht zementiert (5-821.10)	981	39,62
- In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.11)	475	19,18
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.12)	176	7,11
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.13)	105	4,24
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.14)	63	2,54
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.15)	570	23,02
- In Duokopfprothese (5-821.16)	38	1,53
- Sonstige (5-821.1x)	68	2,75
Wechsel einer Gelenkpfannenprothese	6.226	29,77
- In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert (5-821.20)	664	10,66
- In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.22)	615	9,88
- In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes (5-821.24)	2.294	36,85
- In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes (5-821.25)	2.109	33,87
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.26)	81	1,30
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.27)	70	1,12
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.28)	42	0,67
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.29)	212	3,41
- Sonstige (5-821.2x)	139	2,23
Wechsel einer zementierten Totalendoprothese	1.277	6,11
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.30)	261	20,44

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.914**	
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.31)	376	29,44
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.32)	110	8,61
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.33)	455	35,63
- Sonstige (5-821.3x)	75	5,87
Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese	5.623	26,89
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.40)	2.146	38,16
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.41)	705	12,54
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.42)	644	11,45
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.43)	1.991	35,41
- Sonstige (5-821.4x)	137	2,44
Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)	701	3,35
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.50)	101	14,41
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.51)	124	17,69
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.52)	246	35,09
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.53)	209	29,81
- Sonstige (5-821.5x)	21	3,00
Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese	707	3,38
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.60)	124	17,54
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.61)	43	6,08
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.62)	32	4,53
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.63)	437	61,81
- Sonstige (5-821.6x)	71	10,04
Wechsel einer Duokopfprothese	1.677	8,02

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.914**	
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.f0)	202	12,05
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.f1)	410	24,45
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.f2)	181	10,79
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.f3)	396	23,61
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.f4)	199	11,87
- Sonstige (5-821.fx)	289	17,23
Wechsel einer Oberflächenersatzprothese	82	0,39
- In Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert (5-821.g0)	5	6,10
- In Oberflächenersatzprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.g1)	0	0,00
- In Oberflächenersatzprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.g2)	5	6,10
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.g3)	48	58,54
- In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez. (5-821.g4)	17	20,73
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.g5)	5	6,10
- Sonstige (5-821.gx)	≤3	x
Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaft-Femurkopfprothese]	97	0,46
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.j0)	50	51,55
- In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez. (5-821.j1)	23	23,71
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.j2)	19	19,59
- Sonstige (5-821.jx)	5	5,15
Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation 5-829.n	2.740	13,10

[50] Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.914**	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	418	2,00
(5-986*) Minimalinvasive Technik	342	1,64
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	≤3	x
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	7	0,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.405**	
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	1.993	9,77
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	16	0,08

Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel ab 65 Jahren	**N = 16.812**	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren der Patientinnen und Patienten		
(0) nein	277	1,65
(1) ja	16.535	98,35
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	303	1,80
(1) ja	16.509	98,20

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.405**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	16.305	79,91
(1) ja[51]	4.100	20,09
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	433	2,12
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	788	3,86
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	42	0,21
Lungenembolie	125	0,61
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	480	2,35
Schlaganfall	84	0,41
akute gastrointestinale Blutung	81	0,40
akute Niereninsuffizienz	486	2,38
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	572	2,80
davon: Demenz		
(0) nein	283	49,48
(1) ja	289	50,52
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	2.129	10,43

[51] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.914**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	16.016	76,58
(1) ja[52]	4.898	23,42
primäre Implantatfehllage (fehlerhafter Einbau der Endoprothese mit Notwendigkeit einer Reoperation)	87	0,42
sekundäre Implantatdislokation (nach Beendigung des Eingriffs)	297	1,42
offen und geschlossen reponierte Endoprothesen(sub)luxation	771	3,69
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	381	1,82
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom	816	3,90
Gefäßläsion	30	0,14
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	134	0,64
periprothetische Femurfraktur	663	3,17
periprothetische Acetabulumfraktur	57	0,27
Wunddehiszenz	242	1,16
sekundäre Nekrose der Wundränder	28	0,13
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	1.904	9,10
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	19.863	94,97
(1) ja	1.051	5,03
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	152	14,46
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	707	67,27
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	192	18,27

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.914**	
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	2.508	11,99
(1) = ja	2.617	12,51

[52] Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[53]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	20.405
Median	15,00
Mittelwert	20,16
Präoperative Verweildauer (Stunden)[54]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	18.227
Median	28,00
Mittelwert	103,35
Dauer des Eingriffs (Minuten)[55]	
Anzahl Prozeduren bei Wechseleingriffen (ein- und zweizeitige Eingriffe) mit Angabe von Werten	20.914
Median	118,00
Mittelwert	127,36

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[56]	
Anzahl Patientinnen und Patienten bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	20.378
Median	11,00
Mittelwert	14,24

[53] Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum
[54] Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts
[55] Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts
[56] Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.405**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	1.009	4,94
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	6.897	33,80
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	8.452	41,42
(4) Im Zimmer mobil	2.577	12,63
(5) immobil	838	4,11

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.405**	
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	238	1,17
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	11.637	57,03
(2) Rollator/Gehbock	6.444	31,58
(3) Rollstuhl	1.058	5,19
(4) bettlägerig	398	1,95
Treppensteigen bei Entlassung		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	7.757	38,02
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	5.569	27,29
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	5.331	26,13

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.405**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	11.734	57,51
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	773	3,79
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	35	0,17
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	69	0,34
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	2.265	11,10
(07) Tod	672	3,29
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[57]	72	0,35
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	3.067	15,03
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	1.598	7,83
(11) Entlassung in ein Hospiz	6	0,03
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	5	0,02
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	6	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[58]	32	0,16
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	5	0,02
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[59]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	54	0,26
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[60]		
(1) ja	9	0,04

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.405**	
Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß § 109 SGB V		
(0) nein	17.645	86,47
(1) ja	2.760	13,53

[57] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[58] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[59] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[60] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*

Bundesqualitätsbericht 2025

21. Oktober 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*. Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 5
Vorbemerkung 6
1 Hintergrund 7
2 Einordnung der Ergebnisse 10
2.1 Datengrundlage 10
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 11
2.2.1 Überblick 11
2.2.2 Detailergebnisse 16
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 25
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 26
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 26
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 27
4 Evaluation 28
5 Ausblick 29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KEP 8
Tabelle 2: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – KEP 10
Tabelle 3: Zählleistungsbereich Knieendoprothesen-Erstimplantation (AJ 2025, EJ 2024) – KEP 11
Tabelle 4: Zählleistungsbereich Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (AJ 2025, EJ 2024) – KEP 11
Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KEP 13
Tabelle 6: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KEP 15
Tabelle 7: QI 54020: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation 16
Tabelle 8: QI 54021: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese 16
Tabelle 9: QI 54022: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 16
Tabelle 10: QI 54123: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation 18
Tabelle 11: QI 50481: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 18
Tabelle 12: QI 54124: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation 19
Tabelle 13: QI 54125: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 20
Tabelle 14: Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen – QS KEP (AJ 2023 bis AJ 2025) 20
Tabelle 15: QI 54028: Gehunfähigkeit bei Entlassung 21
Tabelle 16: TKez 54026: Beweglichkeit bei Entlassung 22
Tabelle 17: QI 202300: Treppensteigen bei Entlassung 23
Tabelle 18: QI 54127: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 24
Tabelle 19: QI 54128: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen 24
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KEP 26

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundessauschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MDS	Minimaldatensatz
O/E	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (*observed to expected ratio*)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS HGV	QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung*
QS KEP	QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
STNV	Stellungnahmeverfahren

Vorbemerkung

Ein Großteil der hier dargestellten Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* (*QS KEP*) wird im Auswertungsjahr 2025 letztmalig in dieser Form ausgewertet, da die QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2025 vorübergehend ausgesetzt wurde und erst ab dem Erfassungsjahr 2026 in überarbeiteter Form wieder aufgenommen wird. Darüber hinaus erfolgt ab dem Erfassungsjahr 2026 die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen als weitere Datenquelle in dieses Verfahren.

1 Hintergrund

Das QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* (*QS KEP*) untersucht die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen eines künstlichen Kniegelenks (Knieendoprothese) sowie bei Eingriffen, bei denen ein bestehendes Implantat bzw. Teile davon gewechselt werden. Bei allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen eine Erstimplantation einer Knieendoprothese, ein Teilersatz des Kniegelenks (Implantation einer unikondylären Schlittenprothese) oder ein Wechsel eines künstlichen Kniegelenks bzw. eines Teils der Prothese durchgeführt wird, müssen die Krankenhäuser die Begründung für den Eingriff (Indikationsstellung), die Komplikationen während des Eingriffs und danach, die Mobilität nach dem Eingriff sowie die Sterblichkeit während des stationären Aufenthaltes dokumentieren.

Nicht zuletzt aufgrund der demografischen Entwicklung wächst die Zahl der Eingriffe in diesem orthopädisch-chirurgischen Versorgungsbereich seit Jahren (ca. 229.500 im Jahr 2023 im Vergleich zu ca. 172.000 im Jahr 2021).

Die mit Abstand häufigste Indikation für die Implantation einer Knieendoprothese ist die Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose). Sie ist gekennzeichnet durch den fortschreitenden Verschleiß des Gelenkknorpels sowie der angrenzenden Kniebinnenstrukturen. Die Gonarthrose betrifft überwiegend Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Je nach Ausmaß der arthrotischen Veränderungen verursacht sie neben dem Leitsymptom Schmerz oftmals auch Bewegungs- und Funktionsdefizite und schränkt damit die Lebensqualität der Betroffenen ein. Ist die Zerstörung des Gelenks bereits weit fortgeschritten, ist die endoprothetische Versorgung des betroffenen Kniegelenks, nach Ausschöpfung konservativer Maßnahmen wie Physiotherapie oder Schmerzmedikation, für die überwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten die Intervention der Wahl. Bei korrekter Indikationsstellung sowie einem chirurgisch fachgerechten Eingriff und komplikationslosen Verlauf kann in der Regel von einer Standzeit von mindestens 10 bis 15 Jahren ausgegangen werden.

Spezifische Komplikationen wie Implantatlockerungen oder Infektionen können jedoch Folgeeingriffe einschließlich eines (vorzeitigen) Wechsels der Endoprothese oder einzelner ihrer Komponenten erforderlich machen. Darüber hinaus können weitere, allgemeine Komplikationen wie Harnwegsinfekte bis hin zu Schlaganfällen oder Herzinfarkten Folge der Operation oder Nachbehandlung sein. Die Wechseloperationen selbst sind chirurgisch anspruchsvolle Eingriffe, die im Vorfeld eine präzise Indikationsstellung erfordern.

Ziel des Verfahrens *QS KEP* ist es, die Indikationsstellung und die Ergebnisqualität bei den genannten Eingriffen abzubilden und zu verbessern und die Komplikationsraten während und nach der Operation zu verringern. Darüber hinaus werden im Verfahren die Mobilität der Patientinnen und Patienten sowie die Sterblichkeit erfasst. Patientinnen und Patienten mit sehr spezifischen Erkrankungen, etwa onkologischen Erkrankungen, kindlichen Fehlbildungen oder chronischen Gelenkentzündungen im Kindes- und Jugendalter, werden derzeit aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen.

© IQTIG 2025

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Verfahren *QS KEP* umfasst 11 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Sie betrachten die Angemessenheit der Indikationsstellung bei der Implantation (ID 54020) oder dem Wechsel (bzw. Komponentenwechsel) einer Knieendoprothese (ID 54022) oder einer Schlittenprothese (ID 54021) und damit zusammenhängende allgemeine (IDs 54123 und 50481) und spezifische (IDs 54124 und 54125) Komplikationen. Außerdem erfassen sie die Beweglichkeit des künstlichen Gelenks (ID 54026) und die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig zu gehen (ID 54028) und Treppen zu steigen (ID 202300). Der Follow-up-Qualitätsindikator „Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf" (ID 54128) stellt dar, bei wie vielen Knieendoprothesen-Erstimplantationen innerhalb von 90 Tagen kein Wechseleingriff durchgeführt wurde. Schließlich wird die Sterblichkeit während und nach der Erstimplantation und dem Wechsel bzw. Komponentenwechsel von Knieendoprothesen erfasst (ID 54127).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KEP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2024
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	QS-Dokumentation	2024
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Allgemeine Komplikationen			
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2024
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Spezifische Komplikationen			
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2024
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2024
54026	Beweglichkeit bei Entlassung*	QS-Dokumentation	2024
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2024
202300	Treppensteigen bei Entlassung	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2024
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Aufgrund der Aussetzung des QS-Verfahrens im Erfassungsjahr 2025 enthält das Verfahren seit dem Auswertungsjahr 2024 keine Auffälligkeitskriterien mehr.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Anzahl der übermittelten Datensätze hat im Vergleich zum Vorjahr um 8 % (von 216.788 zu 234.241) zugenommen. Somit setzt sich der Volumenanstieg der vergangenen Jahre weiter fort. Dies hat zum einen mit dem Nachholeffekt aus der COVID-19-Pandemie zu tun und zum anderen mit dem demografischen Wandel. Der Anstieg von Erstimplantationen (205.004 im Jahr 2023 und 221.707 im Jahr 2024) zeigt sich vor allem in den Altersgruppen der 60- bis 69-Jährigen (7.605 mehr Fälle) und bei den 70- bis 79-Jährigen (5.235 mehr Fälle). Die Vollzähligkeit der Datensätze ist in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr geblieben. Im Erfassungsjahr 2024 gab es 7 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze, aber keine Sollstatistik geliefert haben.

Im Erfassungsjahr 2024 wurden im Zählleistungsbereich „Knieendoprothesen-Erstimplantationen" ca. 8 % (EJ 2023: 203.746; EJ 2024: 220.631) und im Zählleistungsbereich „Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel" ca. 4 % (EJ 2023: 13.186; EJ 2024: 13.751) mehr Basisdatensätze erfasst als im Erfassungsjahr 2023.

Tabelle 2: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – KEP

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	234.443 234.241 202	233.980	100,20
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	977		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.027	1.020	100,69
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	887	881	100,68

Zählleistungsbereiche

Tabelle 3: Zählleistungsbereich Knieendoprothesen-Erstimplantation (AJ 2025, EJ 2024) – KEP

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	220.779 220.631 148	220.418	100,16
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	961		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.009	1.002	100,70
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	881	875	100,69

Tabelle 4: Zählleistungsbereich Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (AJ 2025, EJ 2024) – KEP

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.820 13.751 69	13.739	100,59
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	885		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	909	902	100,78
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	821	815	100,74

Für das Verfahren *QS KEP* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Bei allen Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS KEP* – mit Ausnahme des Indikators „Gehunfähigkeit bei Entlassung" (ID 54028) - wurde der Referenzbereich aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung ab dem Auswertungsjahr 2024 gestrichen.

Daher fand nur zum Indikator 54028 ein Stellungnahmeverfahren statt. Auch im Auswertungsjahr 2025 ist es der einzige Qualitätsindikator mit Referenzbereich.

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (IDs 54020–54022) zeigen für die Erstimplantation nur minimale Veränderungen gegenüber dem Vorjahr. Bei den Indikatoren zu Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel liegen sie leicht unter dessen Niveau. Die Qualitätsindikatoren werden in der aktuellen Form im Auswertungsjahr 2025 letztmalig ausgewertet, da sie aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zum Erfassungsjahr 2025 abgeschafft wurden.

Die Anzahl der dokumentierten Komplikationen für die Qualitätsindikatoren zu allgemeinen (IDs 54123 und 50481) und spezifischen (IDs 54124 und 54125) Komplikationen war zum Auswertungsjahr 2024 angestiegen. Grund dafür war eine Anpassung im Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“, in dem eine Liste mit Diagnosekodes nach ICD zu möglichen Komplikationen mit dem QS-Datenfeld abgeglichen wird.

Zum Auswertungsjahr 2025 zeigen die Indikatorergebnisse nun jedoch wieder einen Rückgang der Komplikationsraten. Beim Indikator „Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation“ (ID 54123) liegen sie sogar unter dem Niveau des Auswertungsjahrs 2023, in dem die genannte Spezifikationsanpassung noch nicht ausgeführt war. Dies könnte auf die vermehrte Nutzung von Computernavigation oder Robotik während der Operation zurückzuführen sein, deren Rate von 4,79 % im Auswertungsjahr 2024 auf 5,13 % im Auswertungsjahr 2025 stieg.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung aus dem Krankenhaus gehen (ID 54028) und Treppen steigen (ID 202300) können, ist gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Dagegen nahm der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Beweglichkeit des operierten Knies (ID 54026) leicht ab.

Nach einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation oder -Wechseloperation sind im Auswertungsjahr 2025 insgesamt 65 Patientinnen und Patienten trotz geringer Sterbewahrscheinlichkeit verstorben (ID 54127). Das entspricht bezogen auf diese Grundgesamtheit einer Rate von 0,03 %. Mit zwei Ausnahmen ereigneten sich alle diese Fälle nach einer Erstimplantation.

Frühzeitige Wechsel von Endoprothesen (ID 54022) fanden genauso häufig wie in den Vorjahren statt. Der häufigste Grund für diesen Eingriff war dabei mit 142 Fällen die periprothetische Fraktur, also ein Bruch beim oder nach Einsetzen der Prothese am operierten Knochen.

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KEP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	98,02 % O = 172.211 N = 175.685	98,17 % O = 185.149 N = 188.591 (Nicht definiert)	vergleichbar
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	97,36 % O = 27.741 N = 28.494	97,35 % O = 31.431 N = 32.285 (Nicht definiert)	vergleichbar
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	92,15 % O = 12.238 N = 13.280	91,61 % O = 12.675 N = 13.836 (Nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Allgemeine Komplikationen				
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	1,19 % O = 2.427 N = 203.718	1,06 % O = 2.340 N = 220.596 (Nicht definiert)	vergleichbar
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	4,15 % O = 541 N = 13.051	3,96 % O = 539 N = 13.616 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Spezifische Komplikationen				
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	0,85 % O = 1.742 N = 204.986	0,76 % O = 1.687 N = 221.685 (Nicht definiert)	vergleichbar
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	5,90 % O = 784 N = 13.280	5,83 % O = 807 N = 13.836 (Nicht definiert)	vergleichbar
54026	Beweglichkeit bei Entlassung*	91,62 % O = 186.547 N = 203.618	91,15 % O = 200.966 N = 220.485	vergleichbar
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00 O/E = 1.061 / 1.061,00 0,52 % O/N = 1.061 / 203.591	0,82 O/E = 930 / 1.128,69 0,42 % O/N = 930 / 221.726 (≤ 2,97; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
202300	Treppensteigen bei Entlassung	99,15 % O = 197.165 N = 198.853	99,17 % O = 213.595 N = 215.378 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0,03 % O = 53 N = 202.616	0,03 % O = 65 N = 219.555 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	99,79 % O = 215.109 N = 215.472	99,80 % O = 233.804 N = 234.189 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet

*Transparenzkennzahl

Tabelle 6: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KEP

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2023	54 von 995	5,43	11
		2024	50 von 969	5,16	13

Aufgrund der Streichung der Referenzbereiche ab dem Auswertungsjahr 2024 bezieht sich die Anzahl der Leistungserbringer mit mindestens einer rechnerischen Auffälligkeit in mindestens einem Qualitätsindikator ausschließlich auf den Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54028).

© IQTIG 2025

2.2.2 Detailergebnisse

Gruppe: Indikationsstellung (IDs 54020–54022)

Tabelle 7: QI 54020: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,11 % O = 149.038 N = 151.902	98,02 % O = 172.211 N = 175.685	**98,17 %** **O = 185.149** **N = 188.591**
rechnerische Auffälligkeiten	45 von 976 4,61 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 45 (22,22 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 976 (1,02 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 8: QI 54021: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	97,42 % O = 24.539 N = 25.188	97,36 % O = 27.741 N = 28.494	**97,35 %** **O = 31.431** **N = 32.285**
rechnerische Auffälligkeiten	75 von 793 9,46 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 75 (8,00 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 793 (0,76 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 9: QI 54022: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	92,44 % O = 11.352 N = 12.281	92,15 % O = 12.238 N = 13.280	**91,61 %** **O = 12.675** **N = 13.836**
rechnerische Auffälligkeiten	165 von 908 18,17 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 165 (5,45 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	9 / 908 (0,99 %)	**n. a.**	n. a.

Die 3 Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung erfassen, ob die Eingriffe medizinisch indiziert sind. Dies trifft im Falle einer elektiven Erstimplantation dann zu, wenn eine Patientin oder ein Patient unter Ruhe- oder Belastungsschmerzen leidet und das Kniegelenk aufgrund einer degenerativen oder rheumatischen Erkrankung bereits deutliche degenerative Veränderungen aufweist (Nachweis im Röntgenbild).

Ein Wechseleingriff bedeutet für die Patientin oder den Patienten eine erneute belastende Operation mit erhöhtem Komplikationsrisiko und sollte nur erfolgen, wenn die Beschwerden so stark sind oder andere medizinische Gefahren drohen, dass ein Wechsel die bessere Option im Vergleich zum „Abwarten" ist.

Die 3 QI-Ergebnisse liegen mit ca. 98 % (ID 54020), ca. 97 % (ID 54021) und ca. 92 % (ID 54022) seit vielen Jahren auf einem ähnlichen Niveau.

Die Indikatoren zur Indikationsstellung werden aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft und aufgrund der Aussetzung der QS-Dokumentation im Erfassungsjahr 2025 im Auswertungsjahr 2025 letztmalig ausgewertet.

Gruppe: Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54123, 50481, 54124 und 54125)

Anhand dieser Qualitätsindikatoren wird erfasst, wie viele allgemeine und spezifische Komplikationen nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel auftreten.

Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)" durch eine ICD-Liste erweitert (s. Abschnitt 2.2.1). Sofern Krankenhäuser einen ICD-Kode abrechnen, im Dokumentationsbogen jedoch keine entsprechende Komplikation angegeben haben, erscheint ein Hinweis im QS-Dokumentationsbogen in den Datenfeldern zu den Komplikationen (weiche Plausibilitätsregel). Ziele dieser Spezifikationsänderung waren die Verbesserung der Dokumentationsqualität von allgemeinen und spezifischen Komplikationen und die bessere Abbildbarkeit von Komorbiditäten in den Risikoadjustierungsmodellen.

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation (ID 54123) und bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw.-Komponentenwechsel (ID 50481)

Tabelle 10: QI 54123: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,02 % O = 1.809 N = 176.993	1,19 % O = 2.427 N = 203.718	**1,06 %** **O = 2.340** **N = 220.596**
rechnerische Auffälligkeiten	54 von 1.000 5,40 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 54 (1,85 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 1.000 (0,10 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 11: QI 50481: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	3,33 % O = 401 N = 12.057	4,15 % O = 541 N = 13.051	**3,96 %** **O = 539** **N = 13.616**
rechnerische Auffälligkeiten	79 von 905 8,73 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 79 (1,27 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 905 (0,11 %)	**n. a.**	n. a.

Aufgrund der beschriebenen Spezifikationsänderung haben sich die Raten der allgemeinen Komplikationen nach Erstimplantationen und Wechseln bzw. Komponentenwechseln von Auswertungsjahr 2023 zu Auswertungsjahr 2024 bei beiden Qualitätsindikatoren geringfügig erhöht. Beim Indikator 54123 stieg die Rate von 1,02 % im Erfassungsjahr 2022 auf 1,19 % im Erfassungsjahr 2024 und beim Indikator 50481 von 3,33 % im Erfassungsjahr 2022 auf 4,15 % im Erfassungsjahr 2023. Im Auswertungsjahr 2025 ist sie jedoch wieder leicht gesunken (ID 54123: 1,06 %; ID 50481: 3,96 %). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Dokumentation von Komplikationen bei elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantationen bereits vor der Spezifikationsänderung zum Erfassungsjahr 2023 auf einem hohen Niveau lag. Die Einführung der ICD-Liste und der Plausibilitätsregel könnte jedoch dazu beigetragen haben, die Dokumentationsqualität nochmals zu verbessern und eine einheitlichere Erfassung von Komplikationen zu gewährleisten.

Der zuletzt zu beobachtende Anstieg katheterassoziierter Harnwegsinfektionen bei Erstimplantationen hat sich im Auswertungsjahr 2025 (0,07 % im AJ 2023; 0,14 % im AJ 2024; 0,12 % im AJ 2025) nicht fortgesetzt. Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen (0,33 % im AJ 2024; 0,27 % im AJ 2025) und sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (1,47 % im AJ 2024; 1,18 % im AJ 2025) wurden im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls seltener angegeben.

Bei den Knieendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln kann nach einem Anstieg der allgemeinen Komplikationen von Auswertungsjahr 2023 zu Auswertungsjahr 2024 vor allem bei den akuten Niereninsuffizienzen im Auswertungsjahr 2025 eine Abnahme der Fallzahlen beobachtet werden (1,24 % im AJ 2024; 0,91 % im AJ 2025). Sonstige Komplikationen, die nicht in die QI-Berechnung einfließen, wurden im Vergleich zum Vorjahr seltener dokumentiert; sie wurden im Auswertungsjahr 2025 jedoch erneut häufiger dokumentiert als die Komplikationen, die in die QI-Berechnung eingehen (Anzahl „sonstige Komplikationen“: 3.249; Anzahl „Komplikationen, die in die QI-Berechnung eingehen“: 2.879).

Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden diese Indikatoren in sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren umgewandelt.

Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation (ID 54124) und Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54125)

Tabelle 12: QI 54124: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,83 % O = 1.475 N = 177.855	0,85 % O = 1.742 N = 204.986	**0,76 %** **O = 1.687** **N = 221.685**
rechnerische Auffälligkeiten	56 von 1.000 5,60 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 56 (19,64 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 1.000 (1,10 %)	**n. a.**	n. a.

Tabelle 13: QI 54125: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,01 % O = 493 N = 12.281	5,90 % O = 784 N = 13.280	**5,83 %** **O = 807** **N = 13.836**
rechnerische Auffälligkeiten	101 von 908 11,12 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 101 (10,89 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 908 (1,21 %)	**n. a.**	n. a.

Die Bundesergebnisse beider Qualitätsindikatoren zu den spezifischen Komplikationen bei Knieendoprothesen-Erstimplantation sowie bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel gingen im Vergleich zum Vorjahr leicht zurück. Ein leichter Anstieg ist bei einzelnen Komplikationen nach Wechseleingriffen zu erkennen; dies betrifft die periprothetische Fraktur (von 0,22 % im AJ 2024 auf 0,19 % im AJ 2025) und die Wunddehiszenz (von 0,17 % im AJ 2024 auf 0,15 % im AJ 2025).

Auffällig ist wie bereits im Vorjahr, dass die Dokumentation von sonstigen spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen im Vergleich zum Vorjahr gestiegen ist. Dies betrifft die Erstimplantation und einzeitigen Wechsel (Erstimplantationen: von 0,64 % im AJ 2024 auf 1,14 % im AJ 2025; einzeitige Wechsel von 6,54 % im AJ 2024 auf 7,90 % im AJ 2025). Der Anteil liegt bei zweizeitigen Wechseln im Auswertungsjahr 2025 unter dem Niveau vom Auswertungsjahr 2024, jedoch weiterhin deutlich über dem Niveau vom Auswertungsjahr 2023 (AJ 2023: 1,33 %; AJ 2024: 10,33 %; AJ 2025: 9,58 %).

Die sonstigen Komplikationen fließen nicht in den Qualitätsindikatoren ein.

Tabelle 14: Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen – QS KEP (AJ 2023 bis AJ 2025)

Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	alle Eingriffsarten	Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
AJ 2023	0,34 % 639/190.136	0,29 % 522/177.855	0,88 % 90/10.252	1,33 % 27/2.029
AJ 2024	1,03 % 2.257/218.266	0,64 % 1.309/204.986	6,54 % 732/11.188	10,33 % 216/2.092
AJ 2025	1,55 % 3.653/235.521	1,14 % 2.526/221.685	7,90 % 933/11.811	9,58 % 194/2.025

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54028)

Tabelle 15: QI 54028: Gehunfähigkeit bei Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,74 O/E = 756 / 1.020,96 0,42 % O/N = 756 / 180.727	1,00 O/E = 1.061 / 1.061,00 0,52 % O/N = 1.061 / 203.591	**0,82** **O/E = 930 / 1.128,69** **0,42 %** **O/N = 930 / 221.726**
rechnerische Auffälligkeiten	53 von 1.006 5,27 %	54 von 995 5,43 %	**50 von 969** **5,16 %** **(Refbereich: ≤ 2,97; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 53 (7,55 %)	**2 / 54** **(3,70 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.006 (0,40 %)	**2 / 995** **(0,20 %)**	n. a.

Mit diesem Qualitätsindikator wird von allen Patientinnen und Patienten, die vor einer Endoprothesenimplantation selbstständig gehen konnten, der Anteil derjenigen Patientinnen und Patienten gemessen, die zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung gehunfähig waren (immobil oder nur im Zimmer mobil).

Das Indikatorergebnis ist mit den Daten des Erfassungsjahres 2023 risikoadjustiert, sodass patientenseitige Risikofaktoren berücksichtigt werden und ein fairer Vergleich ermöglicht wird. Das Ergebnis wird als Verhältnis zwischen der beobachteten und der erwarteten Rate dargestellt.

Dieser Qualitätsindikator wird im Auswertungsjahr 2025 letztmalig ausgewertet. Hintergrund ist die Aussetzung der QS-Dokumentationspflicht für das Erfassungsjahr 2025 sowie die ab Erfassungsjahr 2026 geplante Umstellung des Verfahrens auf Sozialdaten bei den Krankenkassen. Für einen Großteil der Erstimplantationen entfällt dadurch die Pflicht zur Übermittlung eines QS-Dokumentationsbogens. Da die Gehunfähigkeit bei Entlassung nicht über Sozialdaten abgebildet werden kann, würde sich die Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators und somit die Aussagekraft deutlich verringern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daher beschlossen, den Indikator zur Gehunfähigkeit bei Entlassung nicht wieder einzuführen.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten im Auswertungsjahr 2025, die zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung gehunfähig waren, obwohl sie vor der OP gehen konnten, liegt mit 0,42 % (930/221.726) unter dem des Vorjahres (0,52 %; 1.061/203.591).

Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung gehunfähig waren, ist im Auswertungsjahr 2025 um 18 % geringer, als anhand der Vorjahresergebnisse zu erwarten gewesen wäre. Anhand der vorliegenden Daten lassen sich dafür keine sicheren Erklärungen ermitteln. Ein Ver-

gleich mit den Daten zu patientenseitigen Eigenschaften aus dem Auswertungsjahr 2024 bezüglich der Gehfähigkeit vor der Operation zeigt, dass die Anteile mobiler und immobiler Patientinnen und Patienten unverändert sind. Ebenso liegen keine Unterschiede in der Altersverteilung und den Entlassungsgründen (mit besonderem Augenmerk auf dem Anteil an Patientinnen und Patienten, die in eine geriatrische Komplexbehandlung entlassen wurden) vor. Leicht verkürzt hat sich dagegen die postoperative Verweildauer nach Wechseleingriffen. Das IQTIG wird diese Entwicklung weiterhin beobachten und ggf. mit den Mitgliedern des Expertengremiums besprechen.

Dieser Indikator hat keinen festen, sondern einen verteilungsbasierten Referenzbereich. Die 5,16 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (50/969) hatten im Auswertungsjahr 2025 ein Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) von 2,98 oder mehr.

Im Verfahren *QS KEP* wurden zum Auswertungsjahr 2024 ausschließlich Stellungnahmen zur Gehunfähigkeit geführt. Von 54 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 2 Ergebnisse nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens als qualitativ auffällig eingestuft.

Eine Begründung für die qualitative Auffälligkeit bestand darin, dass „keine aussagekräftige Stellungnahme mit Benennung der Gründe, weshalb die Gehfähigkeit nur eingeschränkt wiederhergestellt werden konnte“, erfolgte.

Als unauffällig eingestuft wurden Ergebnisse aufgrund der klinischen Situation oder verschiedener, nachvollziehbarer Gründe. Hierzu wurden bspw. das Vorliegen eines hypoaktiven Delirs, neurologische Erkrankungen oder auch eine intensivmedizinische Betreuung vorgebracht. Weiterhin führten auch Dokumentationsfehler zu einer rechnerischen Auffälligkeit, die folglich als unauffällig eingestuft wurde.

Das Ergebnis eines Leistungserbringers wurde als unauffällig bewertet, weil die Gehfähigkeit der Patientinnen und Patienten dieses Krankenhauses aufgrund der verkürzten Verweildauer nicht wiederhergestellt werden konnte. Auf Bundesebene wird diese Bewertung kritisch eingeschätzt, da auch bei einer verkürzten Verweildauer das Entlassungsziel der Gehfähigkeit und schnellen Mobilisation unberührt bleibt.

Beweglichkeit bei Entlassung (ID 54026)

Tabelle 16: TKez 54026: Beweglichkeit bei Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	92,07 % O = 162.848 N = 176.866	91,62 % O = 186.547 N = 203.618	**91,15 %** **O = 200.966** **N = 220.485**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Diese Transparenzkennzahl misst, wie viele Patientinnen und Patienten das Knie nach Implantation einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation bei der Entlassung aus dem Krankenhaus in einem bestimmten Ausmaß (Erreichung der Null-Stellung und 90 Grad Beugung) bewegen können. Die Kennzahl wird ab dem Erfassungsjahr 2025 gestrichen und somit im Auswertungsjahr 2025 in dieser Form letztmalig ausgewertet. Das Bundesergebnis liegt leicht unter dem Niveau des Vorjahres.

Treppensteigen bei Entlassung (ID 202300)

Tabelle 17: QI 202300: Treppensteigen bei Entlassung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,18 % O = 178.922 N = 180.397	99,15 % O = 197.165 N = 198.853	**99,17 %** **O = 213.595** **N = 215.378**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator wird im Auswertungsjahr 2025 in dieser Form letztmalig ausgewertet. Hintergrund ist die Aussetzung der QS-Dokumentationspflicht für das Erfassungsjahr 2025 sowie die ab Erfassungsjahr 2026 geplante Umstellung des Verfahrens auf Sozialdaten bei den Krankenkassen. Für einen Großteil der Erstimplantationen entfällt dadurch die Pflicht zur Übermittlung eines QS-Dokumentationsbogens. Da das Treppensteigen bei Entlassung nicht über Sozialdaten abgebildet werden kann, würde sich die Grundgesamtheit dieses Indikators und somit seine Aussagekraft deutlich verringern. Der G-BA hat daher beschlossen, den Qualitätsindikator zum Treppensteigen bei Entlassung nicht wieder einzuführen.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde in ca. 99 % der Fälle das Ziel „Treppensteigen" erreicht. Bei einer Gesamtzahl von 215.378 erfassten Fällen entspricht dies 1. 783 Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung nicht fähig waren, allein oder mit Hilfe Treppen zu steigen.

Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel (ID 54127)

Tabelle 18: QI 54127: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,05 % O = 84 N = 175.430	0,03 % O = 53 N = 202.616	**0,03 %** **O = 65** **N = 219.555**
rechnerische Auffälligkeiten	66 von 997 6,62 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 66 (3,03 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 997 (0,20 %)	**n. a.**	n. a.

Versterben Patientinnen und Patienten in zeitlichem Zusammenhang mit einer Knieendoprothesenoperation vor der Krankenhausentlassung, ohne dass sie relevante gesundheitliche Einschränkungen hatten und damit ein erhöhtes Risiko für einen schwerwiegenden Verlauf bestand, muss durch das Krankenhaus geprüft werden, ob die Todesfälle durch bessere Strukturen und Prozesse vermeidbar gewesen wären. Aus diesem Grund misst der Qualitätsindikator die Anzahl von Todesfällen bei Patientinnen und Patienten ohne erhöhtes Sterberisiko. Das Bundesergebnis des Indikators stellt denjenigen Anteil der vor der Krankenhausentlassung verstorbenen Patientinnen und Patienten dar, die eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufwiesen. Das Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 0,03 % und damit unverändert zum Vorjahr.

Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen (ID 54128)

Tabelle 19: QI 54128: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,76 % O = 188.952 N = 189.313	99,79 % O = 215.109 N = 215.472	**99,80 %** **O = 233.804** **N = 234.189**
rechnerische Auffälligkeiten	46 von 999 4,60 %	n. a.	**(Refbereich: Nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 46 (8,70 %)	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 999 (0,40 %)	**n. a.**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2025 erfolgte in 99,80 % der Fälle innerhalb von 90 Tagen keine Wechseloperation nach Erstimplantation. Bei einer Gesamtzahl von 234.189 erfassten Fällen entspricht dies 385 Patientinnen und Patienten, denen zeitnah eine erneute Endoprothese implantiert werden musste. Das Ergebnis ist somit gleichbleibend über die letzten 3 Jahre.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Zum Erfassungsjahr 2023 wurden aufgrund der geplanten Aussetzung des Verfahrens für das Erfassungsjahr 2025 alle Auffälligkeitskriterien gestrichen.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KEP

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	9.492	-	8.416	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	9.492	100,00	995	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	740	7,80	54	5,43
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	740	100,00	54	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	740	100,00	54	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	195	26,35	8	14,81
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	545	73,65	46	85,19
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	545	100,00	46	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	0,37	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	0,73	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	379	51,22	30	55,56
Bewertung als qualitativ auffällig	59	7,97	2	3,70
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	87	11,76	12	22,22
Sonstiges	20	2,70	2	3,70

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	28	n. a.	2	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS KEP* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 insgesamt 8.416 Indikatorergebnisse erzielt. Durch die ausgesetzten Referenzbereiche bei 9 Qualitätsindikatoren konnten ausschließlich rechnerisch auffällige Ergebnisse im Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54028) ausgewiesen werden. Dies war im Auswertungsjahr 2024 insgesamt 54-mal der Fall. In 85 % (46 von 54) der Fälle wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In 2 Fällen wurden die Ergebnisse nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet und Qualitätssicherungsmaßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Dokumentationsfehler konnten 12-mal festgestellt werden. Von den 54 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligem Ergebnis hatten 11 ein wiederholt auffälliges Indikatorergebnis. Bei 4 Leistungserbringern waren die Ergebnisse zur Gehunfähigkeit in den letzten 3 Jahren rechnerisch auffällig.

Da in diesem Verfahren im Auswertungsjahr 2024 nur bei einem Qualitätsindikator rechnerisch auffällige Ergebnisse berechnet wurden, gab es keine Leistungserbringer mit mehr als einer rechnerischen und folglich auch keine mit mehr als einer qualitativen Auffälligkeit.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Aufgrund der Aussetzung des Verfahrens zum Erfassungsjahr 2025 enthält das Verfahren seit dem Auswertungsjahr 2024 keine Auffälligkeitskriterien mehr.

4 Evaluation

Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Geprüft wird, ob die Richtlinienziele des Verfahrens erreicht wurden; hierfür werden Beratungen in den Expertengremien und Rückmeldungen weiterer Verfahrensbeteiligter wie der Landesarbeitsgemeinschaften herangezogen. Zum Verfahren *QS KEP* wurden jedoch keine spezifischen Rückmeldungen übermittelt. Eine Landesarbeitsgemeinschaft hat dies mit der Aussetzung des Verfahrens im Erfassungsjahr 2025 und der umfassenden Weiterentwicklung infolge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung begründet. Laut den Landesarbeitsgemeinschaften liegen keine Hinweise vor, die über die bereits im Rahmen der Verfahrensüberprüfung adressierten Punkte hinausgehen.

5 Ausblick

Die im Erfassungsjahr 2025 nach der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung ausgesetzte QS-Dokumentationspflicht im Verfahren *QS KEP* wird ab dem Erfassungsjahr 2026 in veränderter Form wieder eingeführt. Da die Datenerfassung nach der Umstellung weitestgehend über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgt, besteht die Dokumentationspflicht für Fälle mit elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantationen von da an nur noch, wenn es Hinweise auf mögliche revisionsbedürftige Wundkomplikationen nach dem Eingriff gibt. Zu Fällen mit Knieendprothesen-Wechseln oder -Komponentenwechseln muss weiterhin immer ein QS-Dokumentationsbogen übermittelt werden. Grund dafür ist, dass trotz Vorliegen von ICD-Kodes, die auf eine spezifische Komplikation hindeuten können, nicht klar ist, ob es sich dabei um die Indikation oder um eine Komplikation der Wechseloperation handelt.

Darüber hinaus werden im Verfahren *QS KEP* ab dem Erfassungsjahr 2026 nur noch gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten betrachtet. Grund dafür ist, dass die Follow-up-Indikatoren des Verfahrens (bspw. allgemeine und spezifische Komplikationen und Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen) ab diesem Jahr auch Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen beinhalten. Diese Informationen dürfen jedoch nicht für privat versicherte Patientinnen und Patienten erhoben bzw. ausgewertet werden.

Die neuen sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren werden erstmalig im Auswertungsjahr 2027 ausgewertet, dort jedoch zunächst als Transparenzkennzahlen ohne Risikoadjustierung. Das bedeutet, dass die Ergebnisse lediglich als Rate dargestellt und keine Stellungnahmeverfahren geführt werden. Hintergrund ist, dass die Erstellung von Risikoadjustierungsmodellen bis zum Auswertungsjahr 2027 nicht möglich ist, da notwendige Informationen der vorherigen Jahre (EJ 2024 und EJ 2025) aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen fehlen.

Infolge der Umstellung des Verfahrens *QS KEP* auf die Erfassung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen entfällt ab dem Erfassungsjahr 2026 die Pflicht zur Übermittlung eines QS-Dokumentationsbogens bei elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantationen ohne Komplikationen. Die Informationen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren zur Mobilität („Gehunfähigkeit bei Entlassung“ und „Treppensteigen bei Entlassung“) können somit nicht mehr bei allen Fällen mit Implantation von elektiven Knieendoprothesen über die QS-Dokumentation erfasst werden und sind mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht ausreichend abbildbar. Die Qualitätsindikatoren werden daher ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht wieder eingeführt.

Neben der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen ist das IQTIG auch mit der Entwicklung einer Patientenbefragung im Verfahren *QS KEP* beauftragt. Diese Datenquelle soll relevante Qualitätsparameter wie die Indikationsstellung, die Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten und die Informationsweitergabe im Krankenhaus abbilden, die über die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht ausreichend erfassbar sind.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KEP: Knieendoprothesenversorgung

Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024

Stand: 15. August 2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Knieendoprothesenversorgung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

© IQTIG 2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 6

Datengrundlagen 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Übersicht über weitere Datengrundlagen 10

Ergebnisübersicht 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 15

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 17

54020: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation 17

Details zu den Ergebnissen 20

54021: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese 21

Details zu den Ergebnissen 24

54022: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 25

Details zu den Ergebnissen 28

Gruppe: Allgemeine Komplikationen 30

54123: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation 30

50481: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 33

Details zu den Ergebnissen 36

Gruppe: Spezifische Komplikationen 38

54124: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation 38

54125: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 41

Details zu den Ergebnissen 44

54026: Beweglichkeit bei Entlassung 47

Details zu den Ergebnissen 50

54028: Gehunfähigkeit bei Entlassung 51

Details zu den Ergebnissen 55

202300: Treppensteigen bei Entlassung 57

Details zu den Ergebnissen ... 60

54127: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel ... 62

Details zu den Ergebnissen ... 65

54128: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen ... 67

Details zu den Ergebnissen ... 70

Basisauswertung ... 72

Basisdokumentation ... 72

Patientin und Patient ... 72

Operation ... 73

Implantation einer Total- bzw. Schlittenprothese ... 74

Erstimplantation ... 75

Patientin und Patient ... 75

Präoperative Anamnese/Befunde ... 75

Gehfähigkeit ... 76

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation ... 77

Indikationsrelevante Befunde ... 77

Schmerzen ... 77

Voroperation ... 78

Parameter zur Bestimmung des modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ... 78

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen ... 79

Gonarthrose und Fehlstellungen ... 80

Osteonekrose ... 80

Behandlungsverlauf ... 80

Angabe von Prozeduren ... 81

Allgemeine Komplikationen ... 82

Spezifische Komplikationen ... 83

Behandlungszeiten ... 85

Entlassung ... 86

Bewegungsumfang ... 87

Gehfähigkeit ... 87

Entlassungsgrund ... 89
Wechsel bzw. Komponentenwechsel ... 91
Patientin und Patient ... 91
Präoperative Anamnese/Befunde ... 91
Gehfähigkeit ... 92
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation ... 93
Indikationsrelevante Befunde ... 93
Schmerzen ... 93
Erreger-/Infektionsnachweis ... 94
Röntgendiagnostik / klinische Befunde ... 95
Gonarthrose und Fehlstellungen ... 96
Osteonekrose ... 96
Behandlungsverlauf ... 96
Angabe von Prozeduren ... 97
Allgemeine Komplikationen ... 100
Spezifische Komplikationen ... 101
Behandlungszeiten ... 103
Entlassung ... 104
Bewegungsumfang ... 105
Gehfähigkeit ... 105
Entlassungsgrund ... 107

Einleitung

Im Verfahren Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) der externen stationären Qualitätssicherung werden Patientinnen und Patienten mit Erstimplantation einer Knieendoprothese, oder einer Schlittenprothese sowie Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen einen Wechsel oder Komponentenwechsel einer Knieendoprothese erhalten, eingeschlossen.
Patientinnen und Patienten mit sehr spezifischen Charakteristika, wie etwa onkologische Erkrankungen, kindliche Fehlbildungen sowie sonstige juvenile Indikationen werden derzeit aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen.
Die Knieendoprothesenversorgung stellt, nicht zuletzt aufgrund demografischer Trends, innerhalb der orthopädisch-chirurgischen Disziplinen einen Bereich mit seit Jahren wachsender Eingriffshäufigkeit dar (nach Krankenhausstatistik ca. 172.000 im Jahr 2021 im Vergleich zu 229.551 im Jahr 2023) [1].
Die weitaus häufigste Indikation für die Implantation einer Knieendoprothese ist die Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose), die durch den fortschreitenden Verschleiß des Gelenkknorpels sowie der angrenzenden Kniebinnenstrukturen gekennzeichnet ist und überwiegend eine Erkrankung der zweiten Lebenshälfte darstellt. Je nach Fortschritt der arthrotischen Veränderungen bringt die Gonarthrose neben dem Leitsymptom Schmerz oftmals Bewegungs- und Funktionsdefizite und damit Einschränkungen der Lebensqualität der Betroffenen mit sich. Ist die Zerstörung des Gelenks bereits weit fortgeschritten, ist die endoprothetische Versorgung des betroffenen Kniegelenks, nach Ausschöpfung konservativer Maßnahmen wie z. B. Physiotherapie oder Schmerzmedikation, für die überwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten die Intervention der Wahl.
Bei korrekter Indikationsstellung, chirurgisch einwandfreiem Eingriff sowie komplikationslosem Verlauf kann von einer Standzeit der Implantate von 10 bis 15 Jahren und darüber hinaus ausgegangen werden. Komplikationen wie Implantatlockerungen oder Infektionen können jedoch Folgeeingriffe einschließlich des (vorzeitigen) Wechsels der Endoprothese oder einzelner Komponenten der Endoprothese notwendig machen. Wechseloperationen sind chirurgisch anspruchsvolle Eingriffe, die im Vorfeld eine exakte Indikationsstellung erfordern.
Im Rahmen des Verfahrens QS KEP wird die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen einer Knieendoprothese oder einer unikondylären Schlittenprothese sowie komplikationsbedingten Wechsel oder Komponentenwechsel einer Knieendoprothese bei Patientinnen und Patienten über 18 Jahren abgebildet. Patientinnen und Patienten mit sehr spezifischen Charakteristika, wie etwa onkologischen Erkrankungen, kindlichen Fehlbildungen sowie juvenilen Arthritiden werden derzeit aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen.
Die Ziele des Verfahrens liegen entsprechend § 1 Teil 2 Verfahren 15 (QS KEP) der DeQS-RL in der Verbesserung der Indikationsstellung und der Ergebnisqualität sowie in der Verringerung von Komplikationsraten während und nach der Operation.
Mit Beschluss vom 19. Mai 2022 beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI), Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) und Versorgung mit Herzschrittmachern und Defibrillatoren (QS HSMDEF) zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen [2]. Das Ziel dieser Überprüfung (Eckpunktebeauftragung) war die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Bericht wurde am 19. Juli 2023 dem G-BA übergeben und am 16. November 2023 vom G-BA veröffentlicht. In Bezug auf das Verfahren QS KEP ist der G-BA

übereingekommen, die Aussetzung für das Erfassungsjahr (EJ) 2025 vorzusehen [3].

[1] Destatis. Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS 5). URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html (abgerufen am 16.05.2025)

[2] G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. [Stand:] 19.05.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5456/2022-05-19_IQTIG-Beauftragung_Empfehlungen-Weiterentwicklung-DeQS.pdf (abgerufen am: 04.08.2022).

[3] G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP zur Veröffentlichung. [Stand:] 16.11.203. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6287/2023-11-16_DeQS-RL_Freigabe-IQTIG-Bericht_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS.pdf (abgerufen am: 29.07.2024)

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR) dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Die in der Tabelle angegebene Anzahl übermittelter Datensätze stellt nicht die Summe übermittelter Datensätze aus den Zählleistungsbereichen im Verfahren QS KEP dar. Die in der Tabelle angegebene Anzahl übermittelter Datensätze sind auch mehrere Prozeduren der Erstimplantation oder des Wechsels pro Krankenhausaufenthalt und Fall enthalten. In den Zählleistungsbereichen wird nur eine Prozedur pro Bereich (Erstimplantation oder Wechsel) gezählt, auch wenn beispielsweise beidseits Erstimplantationen im selben Klinikaufenthalt stattfanden.
Für das Verfahren QS KEP erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	234.443 234.241 202	233.980	100,20
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	977		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.027	1.020	100,69

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	887	881	100,68

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten (GKV) Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)“).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Wechseleingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Hinweise zu den Tabellen zu den Zählleistungsbereichen „Knieendoprothesenimplantation“ und „Wechsel und Komponentenwechsel“:

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KEP erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens. Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KEP zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-KEP/).

Im QS-Verfahren KEP werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2024 unterschieden:

- Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) 2024- [Erstimplantation einer Knieendoprothese oder unikondylären Schlittenprothese]

- Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE) 2024- [Knieendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder Implantation einer Knieendoprothese nach vorheriger Explantation]

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	203.344 203.181 163	203.980	99,69
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	967		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.015	1.008	100,69
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	881	875	100,69

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	203.181 203.181 -	203.181	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	967		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.015	1.015	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	881	881	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	27.659 27.659 -	29.742	93,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	918		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	932	930	100,22

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	848	849	99,88

Zählleistungsbereich Knieendoprothesen-Erstimplantation

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	220.779 220.631 148	220.418	100,16
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	961		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.009	1.002	100,70
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	881	875	100,69

Zählleistungsbereich Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.820 13.751 69	13.739	100,59
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	885		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	909	902	100,78
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	821	815	100,74

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen für eine Übersicht zusammengefasst.
Bitte beachten dafür Sie folgende Hinweise:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. In den Leistungserbringerberichten können ebenfalls Ergebnisse fehlen, wenn Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst haben und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Hinweise zum Auswertungsjahr 2024:
- In Folge der Empfehlungen aus dem Eckpunktebericht werden für das Auswertungsjahr 2024 die Referenzbereiche für die Indikatoren zur Indikation, zur Sterblichkeit und zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen ausgesetzt (https://www.g-ba.de/beschluesse/6287/). Die Vergleichbarkeit zu den Vorjahresergebnissen ist gegeben.
- Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ durch eine ICD-Liste mit Diagnosekodes nach der Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) erweitert und eine dazugehörige weiche Plausibilitätsregel eingeführt. Aufgrund dieser Änderungen wurden im Erfassungsjahr 2023 mehr allgemeine und spezifische Komplikationen dokumentiert. Dies hat Einfluss auf die Ergebnisse der entsprechenden Indikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen zum Erfassungsjahr 2023, da aufgrund dieser Änderungen teilweise mehr allgemeine und spezifische Komplikationen dokumentiert wurden als im Erfassungsjahr 2022.
- Die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (54020, 54021, 54022), zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen (ID 54123, ID 50481, ID 54124, ID 54125) und zur Sterblichkeit (ID 54127), sowie die Kennzahl zur Beweglichkeit bei Entlassung (ID 54026) erfüllen nicht alle Eignungskriterien. Die Referenzbereiche werden deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2024 ausgesetzt.
- Rechnerische Auffälligkeiten werden somit alleinig für den Qualitätsindikator zur Gehunfähigkeit ausgegeben.
- Aufgrund der Aussetzung der Dokumentationspflicht zum EJ 2025 werden seit dem Auswertungsjahr 2024 keine Auffälligkeitskriterien berechnet (https://www.g-ba.de/beschluesse/6287/).

Weitere Informationen zu dem Verfahren QS KEP finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kep/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Eingriffen aus dem Jahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	Nicht definiert	98,17 % O = 185.149 N = 188.591
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	Nicht definiert	97,35 % O = 31.431 N = 32.285
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Nicht definiert	91,61 % O = 12.675 N = 13.836
Gruppe: Allgemeine Komplikationen			
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	Nicht definiert	1,06 % O = 2.340 N = 220.596
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Nicht definiert	3,96 % O = 539 N = 13.616

© IQTIG 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Spezifische Komplikationen			
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	Nicht definiert	0,76 % O = 1.687 N = 221.685
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Nicht definiert	5,83 % O = 807 N = 13.836
54026	Beweglichkeit bei Entlassung	Transparenzkennzahl	91,15 % O = 200.966 N = 220.485
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,97 (95. Perzentil)	0,82 O/E = 930 / 1.128,69 N = 221.726
202300	Treppensteigen bei Entlassung	Nicht definiert	0,99 O = 213.595 N = 215.378
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel	Nicht definiert	0,03 % O = 65 N = 219.555
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen[1]	Nicht definiert	99,80 % O = 233.804 N = 234.189

[1] Für die Berechnung der Rate (in %) wurde der Kaplan-Meier-Schätzer verwendet. Daher entspricht sie nicht dem Verhältnis O/N.

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54020: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation

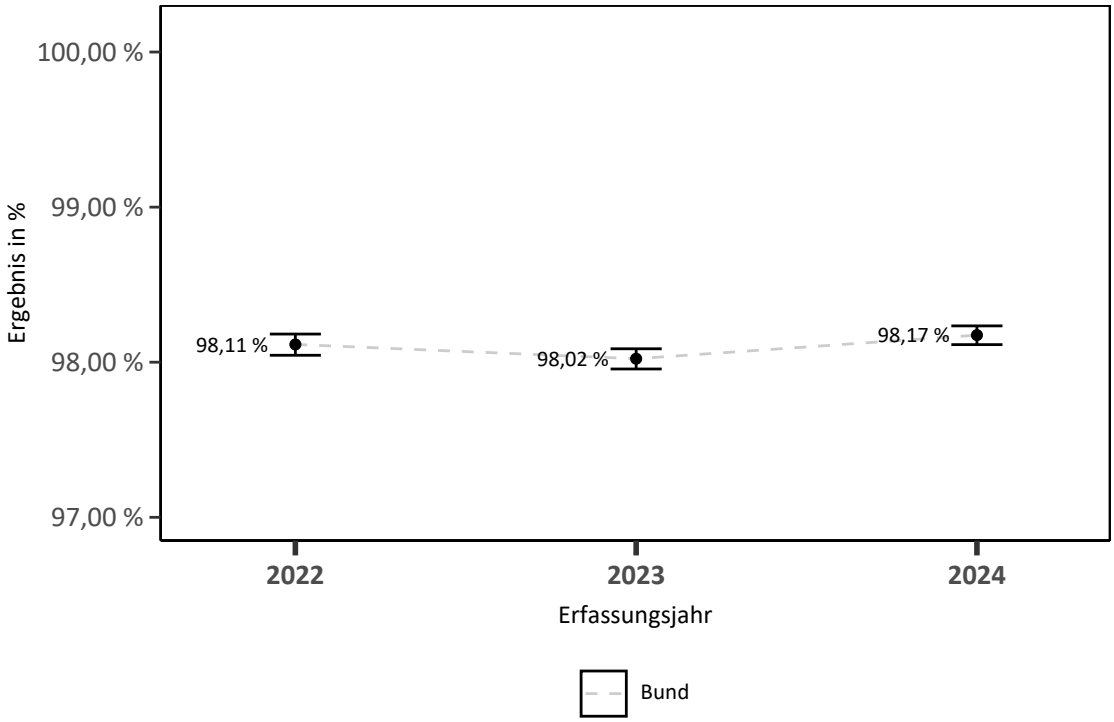
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Erstimplantationen von Endoprothesen am Kniegelenk bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden: - Erstimplantationen mit Fraktur des proximalen Endes der Tibia (S82.1*) oder einer distalen Fraktur des Femurs (S72.4) im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses, die nicht nach Einsetzen der Prothese bzw. des Implantates (M96.6) entstanden sind und die nicht bereits osteosynthetisch versorgt wurden - Implantationen einer unikondylären Knieschlittenprothese - Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 4 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER die eine Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung einer kniegelenksnahen Fraktur (S82.1* Fraktur des proximalen Endes der Tibia; S72.4 distale Fraktur des Femurs) hatten und bei denen nach Metallentfernung des Osteosynthesematerials eine Endoprothese am Kniegelenk implantiert wird ODER die eine in der Bildgebung nachgewiesene Osteonekrose am Kniegelenk aufweisen
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

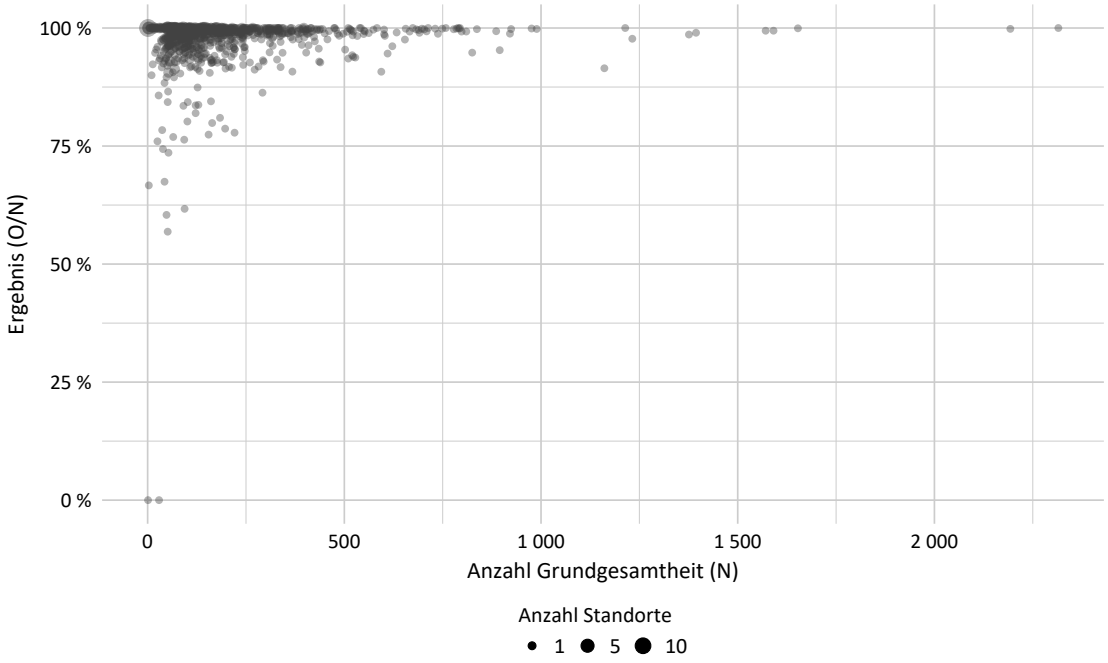
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	149.038 / 151.902	98,11	98,04 - 98,18
	2023	172.211 / 175.685	98,02	97,96 - 98,09
	2024	185.149 / 188.591	98,17	98,11 - 98,23

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	941	0	0,00	100,00	99,14

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 54020** **Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation**	98,17 % 185.149/188.591
1.1.1	ID: 20_22000 Belastungsschmerz und 4-10 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	25,44 % 47.098/185.149
1.1.2	ID: 20_22001 Ruheschmerz und 4-10 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	74,38 % 137.722/185.149
1.1.3	ID: 20_22002 Belastungsschmerz und Grad 3-5 der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek	0,23 % 430/185.149
1.1.4	ID: 20_22003 Ruheschmerz und Grad 3-5 der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek	1,11 % 2.062/185.149
1.1.5	ID: 20_22004 stattgefundene Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung einer kniegelenksnahen Fraktur und aktuelle Implantation einer Endoprothese nach Metallentfernung	x % ≤3/185.149

54021: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese

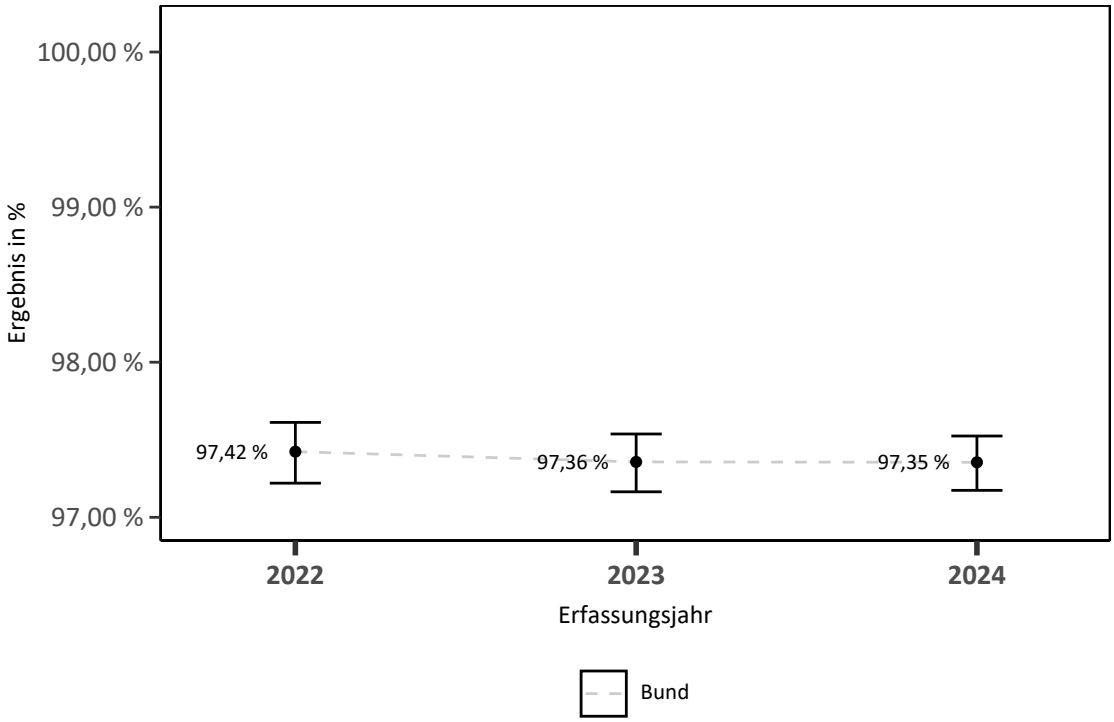
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Erstimplantationen von unikondylären Schlittenprothesen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden - Erstimplantationen mit Fraktur des proximalen Endes der Tibia (S82.1*) oder einer distalen Fraktur des Femurs (S72.4) im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses, die nicht nach Einsetzen der Prothese bzw. des Implantats (M96.6) entstanden sind - Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 3 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score bezogen auf das betroffene Kompartiment erfüllen und mit intakten übrigen Gelenkkompartimenten ODER Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit einer in der Bildgebung nachgewiesenen Osteonekrose am Kniegelenk
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

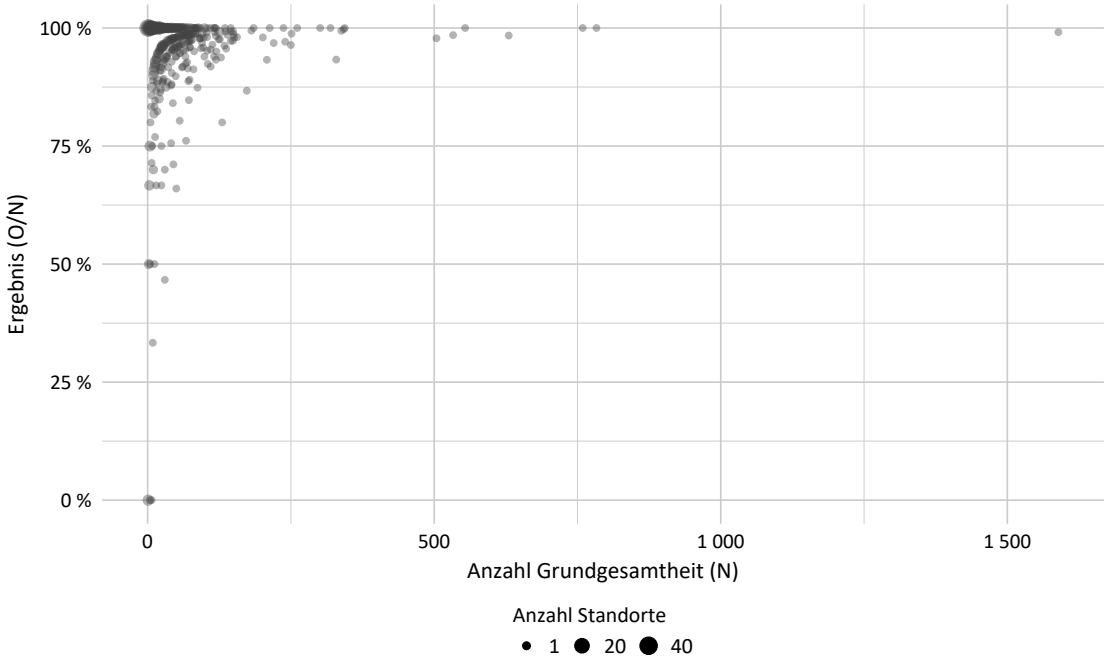
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	24.539 / 25.188	97,42	97,22 - 97,61
	2023	27.741 / 28.494	97,36	97,16 - 97,54
	2024	31.431 / 32.285	97,35	97,17 - 97,52

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	785	0	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 54021** **Indikation zur unikondylären Schlittenprothese**	97,35 % 31.431/32.285
2.1.1	ID: 20_22005 Belastungsschmerz und mind. 3 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score und intakte übrige Gelenkkompartimente	31,81 % 9.997/31.431
2.1.2	ID: 20_22006 Ruheschmerz und mind. 3 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score und intakte übrige Gelenkkompartimente	67,84 % 21.323/31.431

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 20_22007 Intakte übrige Gelenkkompartimente bei allen unikondylären Schlittenprothesen (ohne Frakturen)	98,81 % 31.901/32.285

54022: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

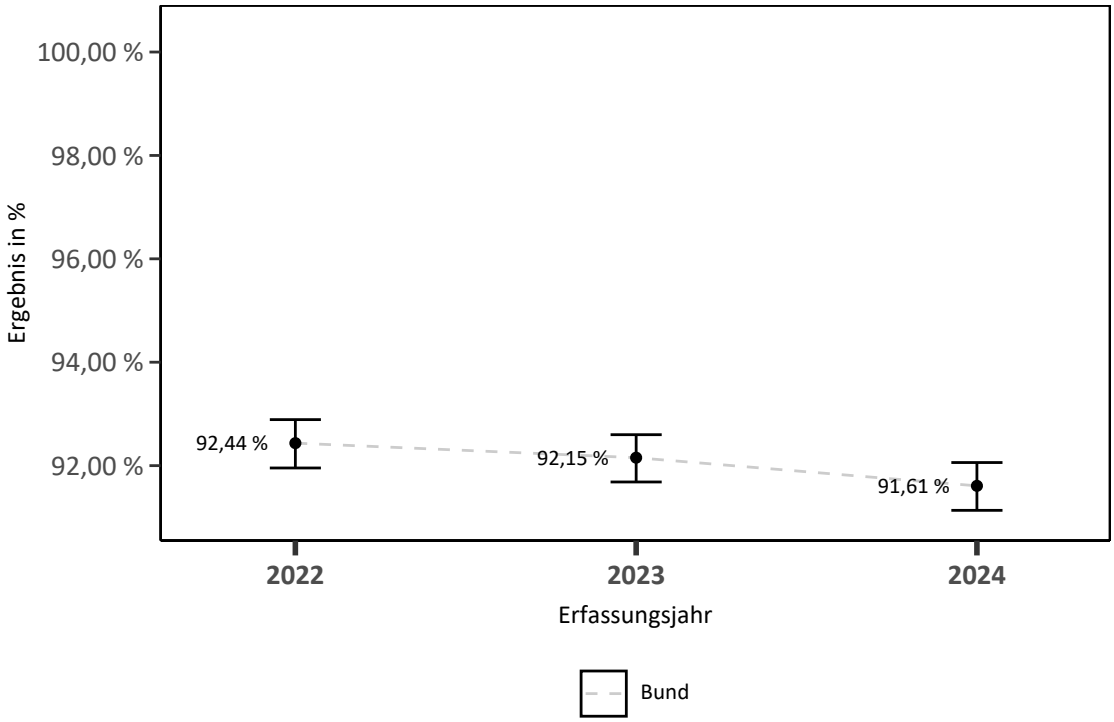
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit: Endoprothesen(sub)luxation ODER Implantatbruch ODER Periprothetische Fraktur ODER Knochendefekt Femur ODER Knochendefekt Tibia ODER mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens eines der folgenden spezifischen klinischen/röntgenologischen Kriterien: Implantatfehllage/Malrotation, Implantatwanderung, Lockerung der Femur-Komponente, Lockerung der Tibia-Komponente, Lockerung der Patella-Komponente, Instabilität des Gelenks, bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose, Patellanekrose, Patellaluxation, Patellaschmerz ODER mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ODER Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ODER einer in der Bildgebung nachgewiesenen Osteonekrose am Kniegelenk
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

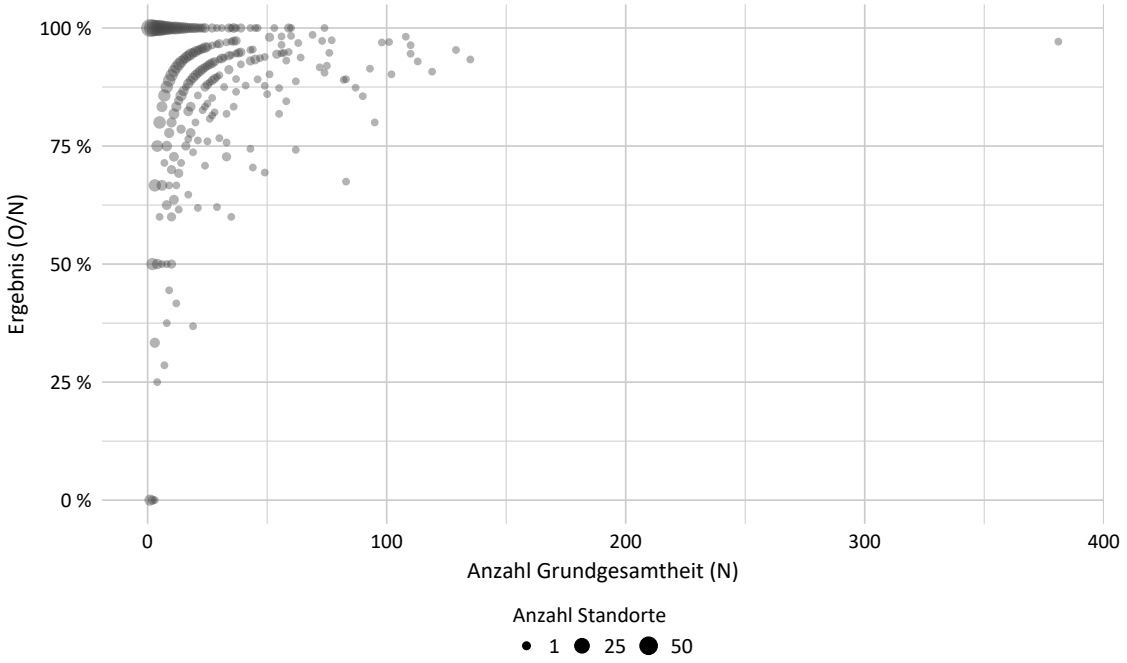
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	11.352 / 12.281	92,44	91,95 - 92,89
	2023	12.238 / 13.280	92,15	91,68 - 92,60
	2024	12.675 / 13.836	91,61	91,14 - 92,06

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	885	0	0,00	100,00	97,03

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 54022** **Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**	91,61 % 12.675/13.836
3.1.1	Angemessene Indikation nach Art des Eingriffs	
3.1.1.1	ID: 20_22008 bei einzeitigem Wechsel	92,26 % 10.897/11.811
3.1.1.2	ID: 20_22009 bei zweizeitigem Wechsel	87,80 % 1.778/2.025
3.1.2	Indikationsgruppen	
3.1.2.1	ID: 20_22021 Endoprothesen(sub)luxation	3,09 % 392/12.675
3.1.2.2	ID: 20_22038 Implantatbruch	1,90 % 241/12.675
3.1.2.3	ID: 20_22039 Periprothetische Fraktur	10,01 % 1.269/12.675
3.1.2.4	ID: 20_22040 Knochendefekt Femur oder Tibia	18,37 % 2.328/12.675
3.1.2.5	ID: 20_22049 mindestens ein Schmerzkriterium und mindestens ein spezifisches klinisches/röntgenologisches Kriterium ohne Implantatbruch, periprothetische Fraktur, Knochendefekt Femur oder Tibia	80,69 % 10.228/12.675
3.1.2.6	ID: 20_22050 mindestens ein Schmerzkriterium und ein positives mikrobiologisches Kriterium	14,19 % 1.799/12.675
3.1.2.7	ID: 20_22051 Entzündungszeichen im Labor und positives mikrobiologisches Kriterium	12,78 % 1.620/12.675

3.1.3 Indikationsgruppen nach Art des Eingriffs: **Ergebnis Bund (gesamt)**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
Endoprothesen(sub)luxation	ID: 20_22053 3,38 % 368/10.897	ID: 20_22099 1,35 % 24/1.778
mindestens ein Schmerzkriterium und mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	ID: 20_22063 85,96 % 9.367/10.897	ID: 20_22109 48,43 % 861/1.778

3.1.3 Indikationsgruppen nach Art des Eingriffs: Ergebnis Bund (gesamt)	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
mindestens ein Schmerzkriterium und ein positives mikrobiologisches Kriterium	ID: 20_22064 6,00 % 654/10.897	ID: 20_22110 64,40 % 1.145/1.778
Entzündungszeichen im Labor und positives mikrobiologisches Kriterium	ID: 20_22065 4,89 % 533/10.897	ID: 20_22111 61,14 % 1.087/1.778

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen

54123: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

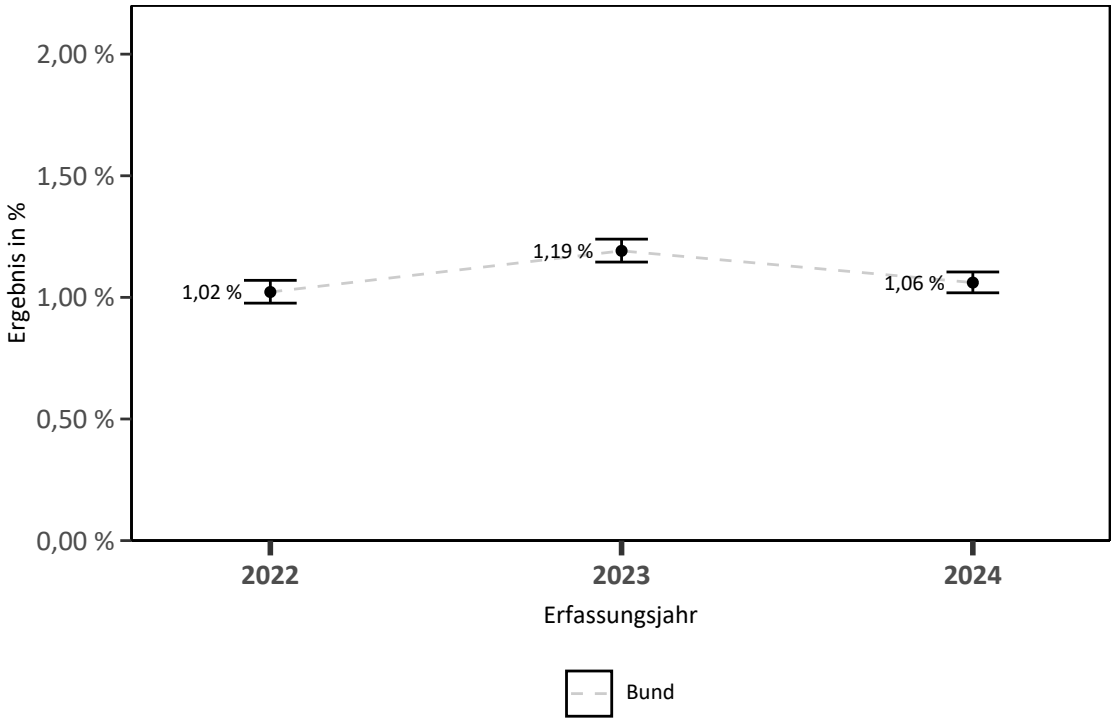
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

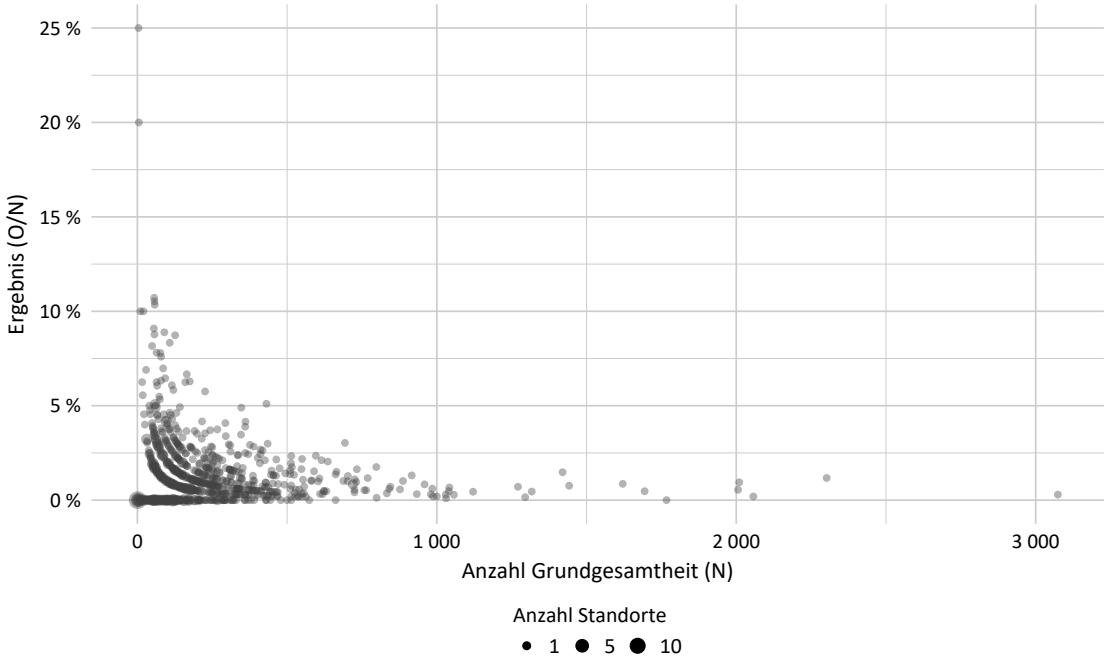
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	1.809 / 176.993	1,02	0,98 - 1,07
	2023	2.427 / 203.718	1,19	1,15 - 1,24
	2024	2.340 / 220.596	1,06	1,02 - 1,10

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	961	0	0,00	25,00	0,85

50481: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

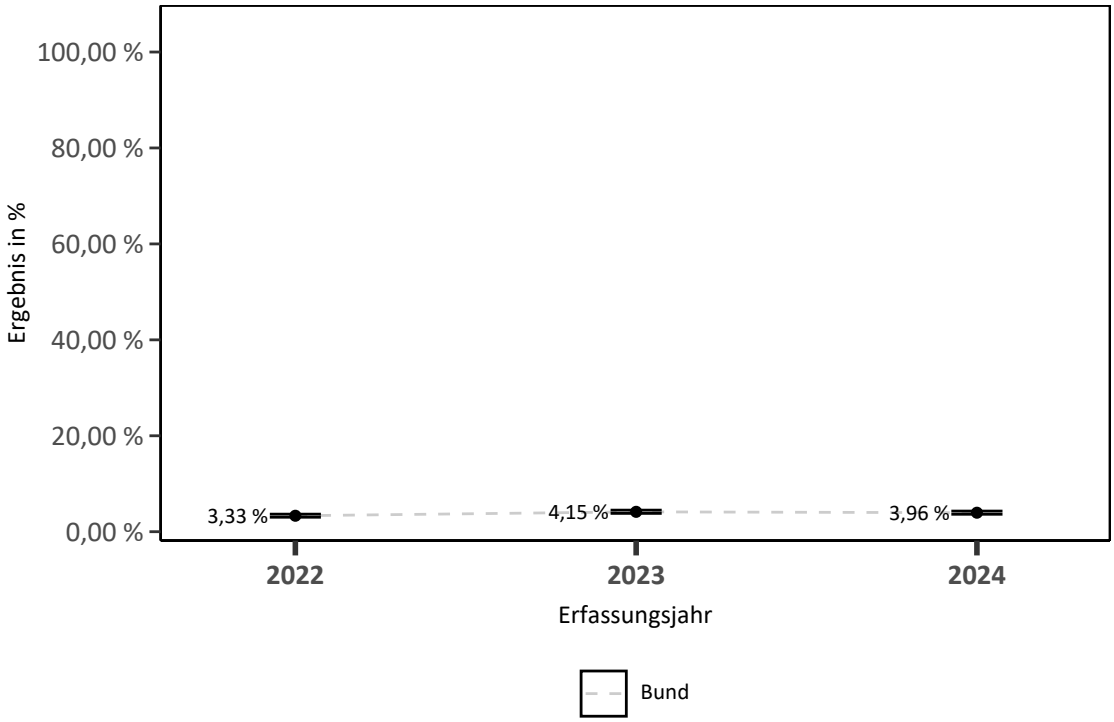
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit ein- oder zweizeitigem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

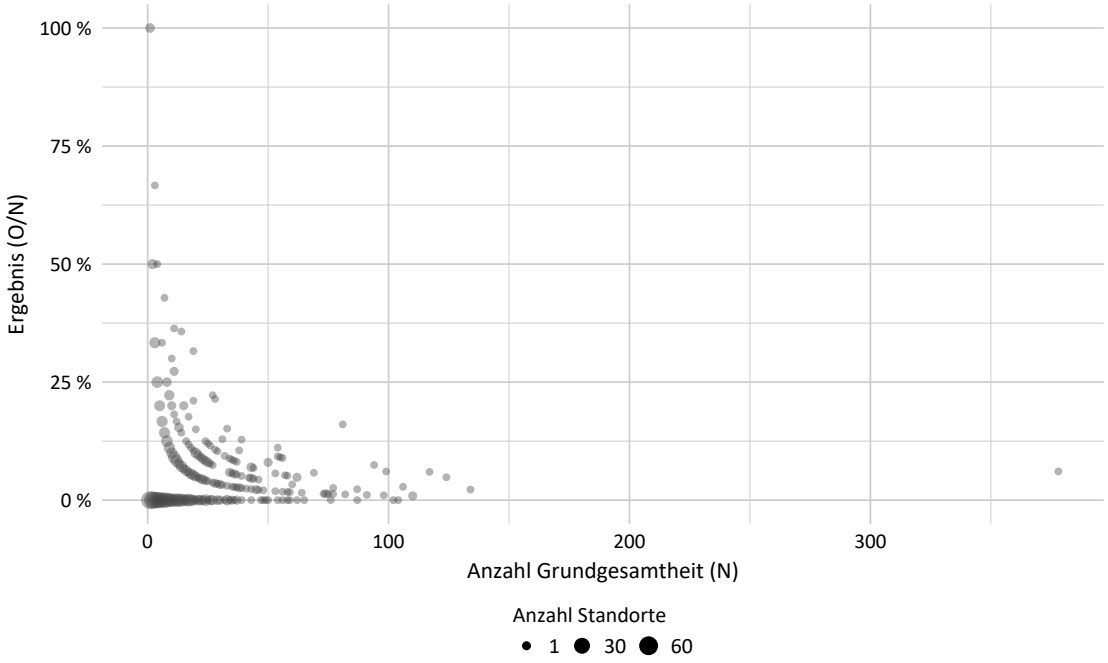
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	401 / 12.057	3,33	3,02 - 3,66
	2023	541 / 13.051	4,15	3,82 - 4,50
	2024	539 / 13.616	3,96	3,64 - 4,30

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	885	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 20_22137 Allgemeine postoperative Komplikationen ohne sonstige Komplikationen[2]	1,23 % 2.879/234.212
4.1.1	**ID: 54123** **bei elektiver Erstimplantation**	1,06 % 2.340/220.596
4.1.2	**ID: 50481** **bei Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**	3,96 % 539/13.616

[2] bezogen auf den ersten Eingriff

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Allgemeine postoperative Komplikationen von elektiven Erstimplantationen, Wechsel bzw. Komponentenwechsel[3]	
4.2.1	ID: 20_22138 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	1,23 % 2.879/234.212
4.2.2	ID: 20_22140 Pneumonie	0,15 % 348/234.212
4.2.3	ID: 20_22141 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	0,34 % 805/234.212
4.2.4	ID: 20_22142 tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,14 % 331/234.212
4.2.5	ID: 20_22143 Lungenembolie	0,13 % 296/234.212
4.2.6	ID: 20_22144 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	0,15 % 353/234.212
4.2.7	ID: 20_22145 Schlaganfall	0,05 % 124/234.212
4.2.8	ID: 20_22146 akute gastrointestinale Blutung	0,04 % 101/234.212
4.2.9	ID: 20_22147 akute Niereninsuffizienz	0,34 % 806/234.212
4.2.10	ID: 20_22148 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[4]	1,39 % 3.249/234.212

[3] bezogen auf den ersten Eingriff

[4] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

4.3 Allgemeine postoperative Komplikationen (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	**Alle Eingriffsarten**	**Erstimplantation**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
Pneumonie	ID: 20_22496 0,15 % 348/234.212	ID: 20_22151 0,12 % 268/220.596	ID: 20_22160 0,53 % 62/11.618	ID: 20_22169 0,90 % 18/1.998
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	ID: 20_22497 0,34 % 805/234.212	ID: 20_22152 0,27 % 595/220.596	ID: 20_22161 1,37 % 159/11.618	ID: 20_22170 2,55 % 51/1.998
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	ID: 20_22498 0,14 % 331/234.212	ID: 20_22153 0,14 % 305/220.596	ID: 20_22162 0,20 % 23/11.618	ID: 20_22171 x % ≤3/1.998
Lungenembolie	ID: 20_22499 0,13 % 296/234.212	ID: 20_22154 0,10 % 231/220.596	ID: 20_22163 0,46 % 53/11.618	ID: 20_22172 0,60 % 12/1.998
katheterassoziierte Harnwegsinfektion	ID: 20_22500 0,15 % 353/234.212	ID: 20_22155 0,12 % 269/220.596	ID: 20_22164 0,56 % 65/11.618	ID: 20_22173 0,95 % 19/1.998
Schlaganfall	ID: 20_22501 0,05 % 124/234.212	ID: 20_22156 0,05 % 106/220.596	ID: 20_22165 0,14 % 16/11.618	ID: 20_22174 x % ≤3/1.998
akute gastrointestinale Blutung	ID: 20_22502 0,04 % 101/234.212	ID: 20_22157 0,04 % 86/220.596	ID: 20_22166 0,12 % 14/11.618	ID: 20_22175 x % ≤3/1.998
akute Niereninsuffizienz	ID: 20_22503 0,34 % 806/234.212	ID: 20_22158 0,31 % 682/220.596	ID: 20_22167 0,77 % 89/11.618	ID: 20_22176 1,75 % 35/1.998
gesamt	ID: 20_22504 1,23 % 2.879/234.212	ID: 20_22493 1,06 % 2.340/220.596	ID: 20_22494 3,59 % 417/11.618	ID: 20_22495 6,11 % 122/1.998
Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	ID: 20_22505 1,39 % 3.249/234.212	ID: 20_22159 1,18 % 2.605/220.596	ID: 20_22168 4,20 % 488/11.618	ID: 20_22177 7,81 % 156/1.998

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen

54124: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

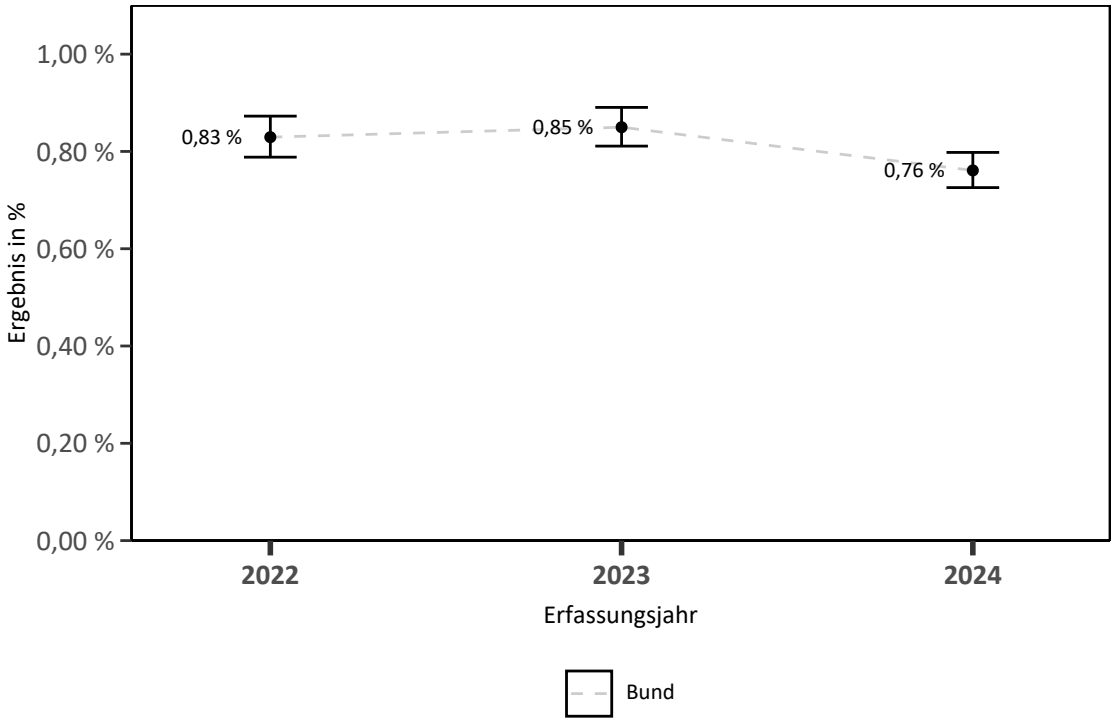
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

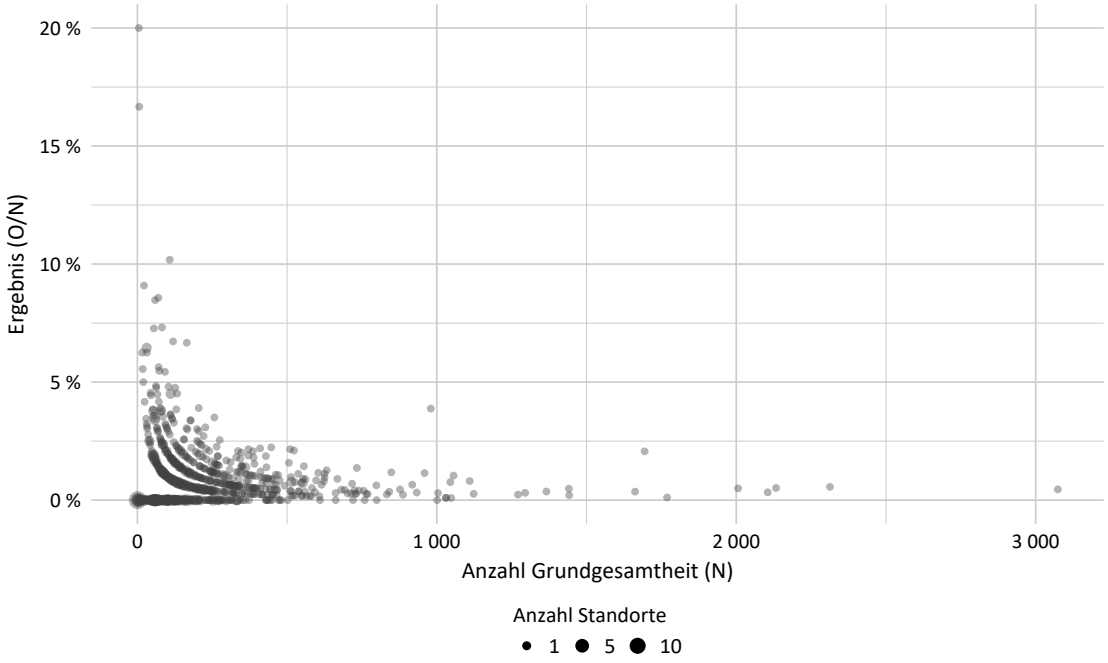
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	1.475 / 177.855	0,83	0,79 - 0,87
	2023	1.742 / 204.986	0,85	0,81 - 0,89
	2024	1.687 / 221.685	0,76	0,73 - 0,80

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	961	0	0,00	20,00	0,57

54125: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

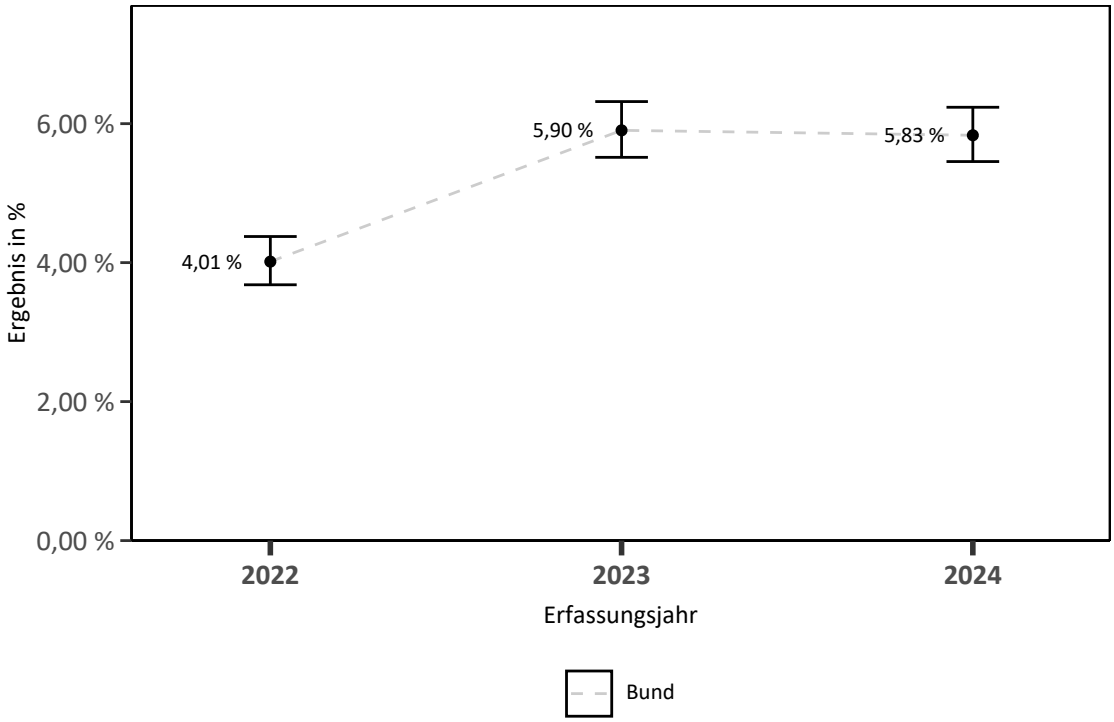
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

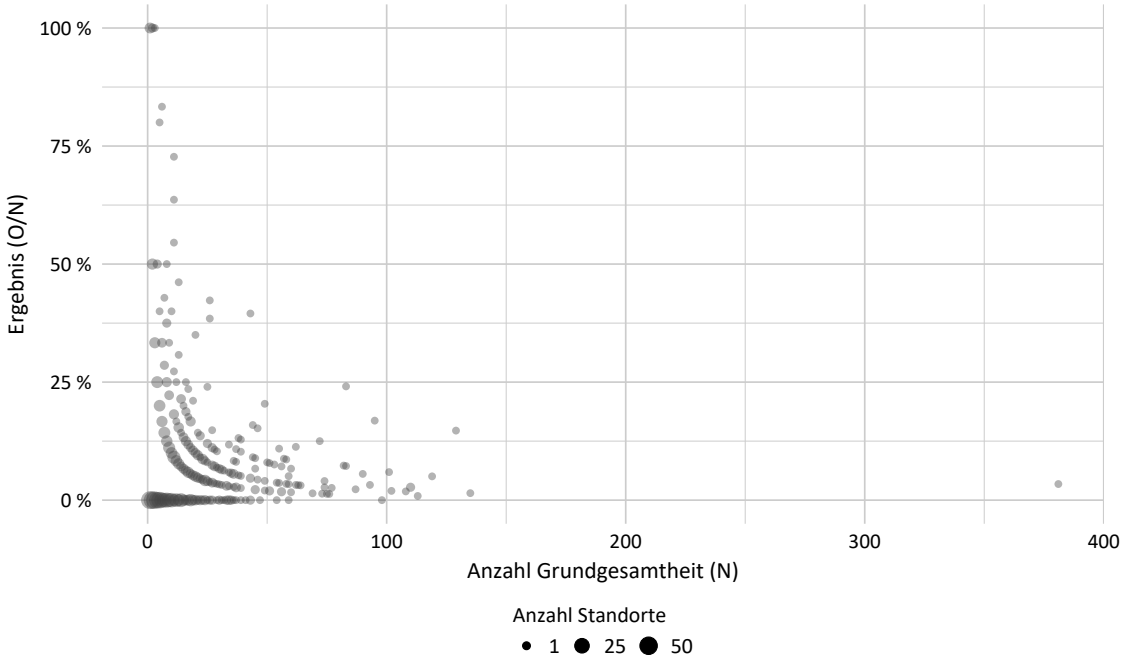
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	493 / 12.281	4,01	3,68 - 4,38
	2023	784 / 13.280	5,90	5,52 - 6,32
	2024	807 / 13.836	5,83	5,45 - 6,24

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	885	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 20_22178 Spezifische Komplikationen ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	1,06 % 2.494/235.521
5.1.1	**ID: 54124** **bei elektiver Erstimplantation**	0,76 % 1.687/221.685
5.1.2	**ID: 54125** **bei Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**	5,83 % 807/13.836

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Spezifische Komplikationen	
5.2.1	ID: 20_22179 Mindestens eine spezifische Komplikation ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	1,06 % 2.494/235.521
5.2.2	ID: 20_22180 primäre Implantatfehllage	0,06 % 146/235.521
5.2.3	ID: 20_22181 sekundäre Implantatdislokation	0,03 % 70/235.521
5.2.4	ID: 20_22182 revisionsbedürftige Instabilität des künstlichen Gelenks (inklusive (Sub)Luxation)	0,07 % 155/235.521
5.2.5	ID: 20_22183 Patellafehlstellung, revisionsbedürftige Subluxation oder Luxation der Patella	0,02 % 54/235.521
5.2.6	ID: 20_22184 revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	0,25 % 593/235.521
5.2.7	ID: 20_23000 revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	0,15 % 343/235.521
5.2.8	ID: 20_22185 Gefäßläsion	0,03 % 61/235.521
5.2.9	ID: 20_22186 bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	0,06 % 152/235.521
5.2.10	ID: 20_22187 periprothetische Fraktur	0,19 % 453/235.521
5.2.11	ID: 20_22188 Wunddehiszenz	0,15 % 357/235.521

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.12	ID: 20_22189 sekundäre Nekrose der Wundränder	0,03 % 72/235.521
5.2.13	ID: 20_22191 Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae	0,06 % 135/235.521
5.2.14	ID: 20_22192 Fraktur der Patella	0,01 % 16/235.521
5.2.15	ID: 20_22193 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen[5]	1,55 % 3.653/235.521
5.2.16	ID: 20_22194 postoperative Wundinfektion	0,15 % 364/235.521
5.2.16.1	ID: 20_22195 A1 (oberflächliche Wundinfektion)[6]	28,85 % 105/364
5.2.16.2	ID: 20_22196 A2 (tiefe Wundinfektion)	51,10 % 186/364
5.2.16.3	ID: 20_22197 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	20,05 % 73/364
5.2.17	ID: 20_22198 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen[7]	0,77 % 1.824/235.521

[5] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen
[6] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen
[7] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

5.3 Spezifische Komplikationen Ergebnis Bund (gesamt)	alle Eingriffsarten	Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
primäre Implantatfehllage	ID: 20_22473 0,06 % 146/235.521	ID: 20_22199 0,02 % 51/221.685	ID: 20_22218 0,68 % 80/11.811	ID: 20_22237 0,74 % 15/2.025
sekundäre Implantatdislokation	ID: 20_22474 0,03 % 70/235.521	ID: 20_22200 0,01 % 25/221.685	ID: 20_22219 0,34 % 40/11.811	ID: 20_22238 0,25 % 5/2.025
revisionsbedürftige Instabilität des künstlichen Gelenks (inklusive (Sub)Luxation)	ID: 20_23001 0,07 % 155/235.521	ID: 20_23003 0,04 % 86/221.685	ID: 20_23005 0,53 % 63/11.811	ID: 20_23007 0,30 % 6/2.025
Patellafehlstellung, revisionsbedürftige Subluxation oder Luxation der Patella	ID: 20_22476 0,02 % 54/235.521	ID: 20_22202 0,01 % 31/221.685	ID: 20_22221 0,15 % 18/11.811	ID: 20_22240 0,25 % 5/2.025

5.3 Spezifische Komplikationen Ergebnis Bund (gesamt)	**alle Eingriffsarten**	**Erstimplantation**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	ID: 20_22477 0,25 % 593/235.521	ID: 20_22203 0,20 % 451/221.685	ID: 20_22222 0,85 % 100/11.811	ID: 20_22241 2,07 % 42/2.025
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	ID: 20_23002 0,15 % 343/235.521	ID: 20_23004 0,10 % 223/221.685	ID: 20_23006 0,65 % 77/11.811	ID: 20_23008 2,12 % 43/2.025
Gefäßläsion	ID: 20_22478 0,03 % 61/235.521	ID: 20_22204 0,02 % 48/221.685	ID: 20_22223 0,09 % 11/11.811	ID: 20_22242 x % ≤3/2.025
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	ID: 20_22479 0,06 % 152/235.521	ID: 20_22205 0,06 % 134/221.685	ID: 20_22224 0,11 % 13/11.811	ID: 20_22243 0,25 % 5/2.025
periprothetische Fraktur	ID: 20_22480 0,19 % 453/235.521	ID: 20_22206 0,13 % 287/221.685	ID: 20_22225 1,13 % 133/11.811	ID: 20_22244 1,63 % 33/2.025
Wunddehiszenz	ID: 20_22481 0,15 % 357/235.521	ID: 20_22207 0,12 % 256/221.685	ID: 20_22226 0,53 % 63/11.811	ID: 20_22245 1,88 % 38/2.025
sekundäre Nekrose der Wundränder	ID: 20_22482 0,03 % 72/235.521	ID: 20_22208 0,02 % 37/221.685	ID: 20_22227 0,17 % 20/11.811	ID: 20_22246 0,74 % 15/2.025
Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae	ID: 20_22484 0,06 % 135/235.521	ID: 20_22210 0,04 % 99/221.685	ID: 20_22229 0,20 % 24/11.811	ID: 20_22248 0,59 % 12/2.025
Fraktur der Patella	ID: 20_22485 0,01 % 16/235.521	ID: 20_22211 0,01 % 13/221.685	ID: 20_22230 x % ≤3/11.811	ID: 20_22249 x % ≤3/2.025
postoperative Wundinfektion	ID: 20_22486 0,15 % 364/235.521	ID: 20_22213 0,09 % 209/221.685	ID: 20_22232 0,88 % 104/11.811	ID: 20_22251 2,52 % 51/2.025
gesamt	ID: 20_22487 1,09 % 2.559/235.521	ID: 20_22490 0,78 % 1.734/221.685	ID: 20_22491 5,22 % 617/11.811	ID: 20_22492 10,27 % 208/2.025
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	ID: 20_22488 1,55 % 3.653/235.521	ID: 20_22212 1,14 % 2.526/221.685	ID: 20_22231 7,90 % 933/11.811	ID: 20_22250 9,58 % 194/2.025
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	ID: 20_22489 0,77 % 1.824/235.521	ID: 20_22217 0,57 % 1.268/221.685	ID: 20_22236 3,49 % 412/11.811	ID: 20_22255 7,11 % 144/2.025

54026: Beweglichkeit bei Entlassung

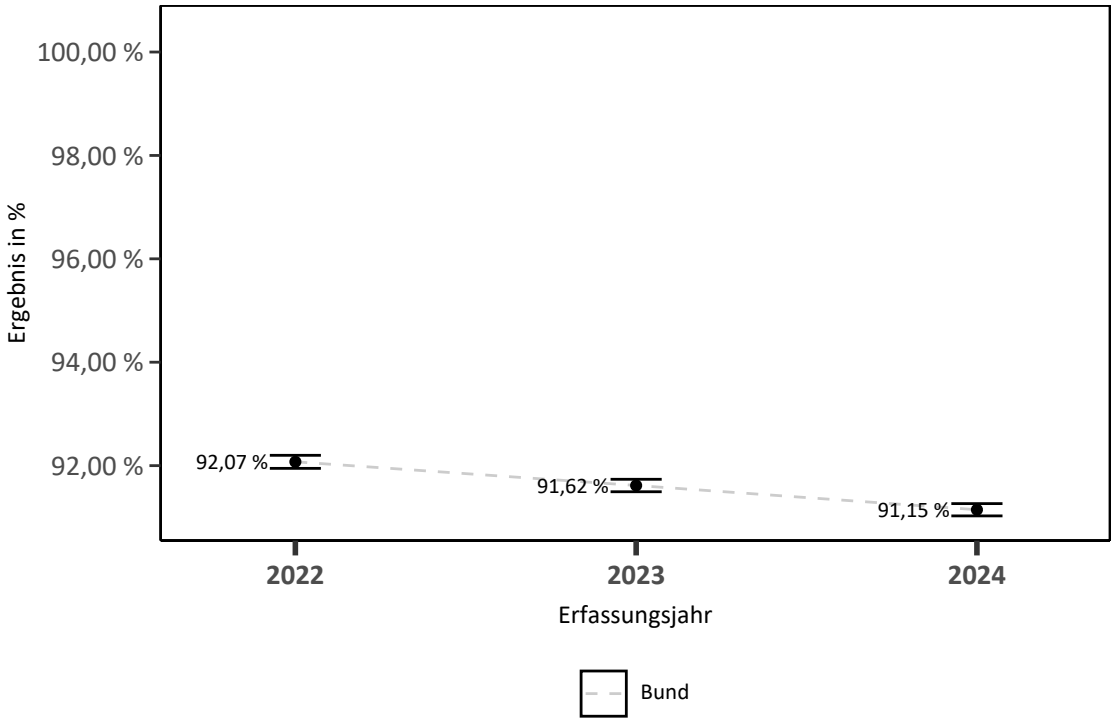
Qualitätsziel	Möglichst oft eine Beweglichkeit des Kniegelenks von 0-0-90 Grad bei Entlassung aus der akut-stationären Versorgung nach einer elektiven Erstimplantation einer Knieendoprothese
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation, die lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit des Knies von 0-0-90 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

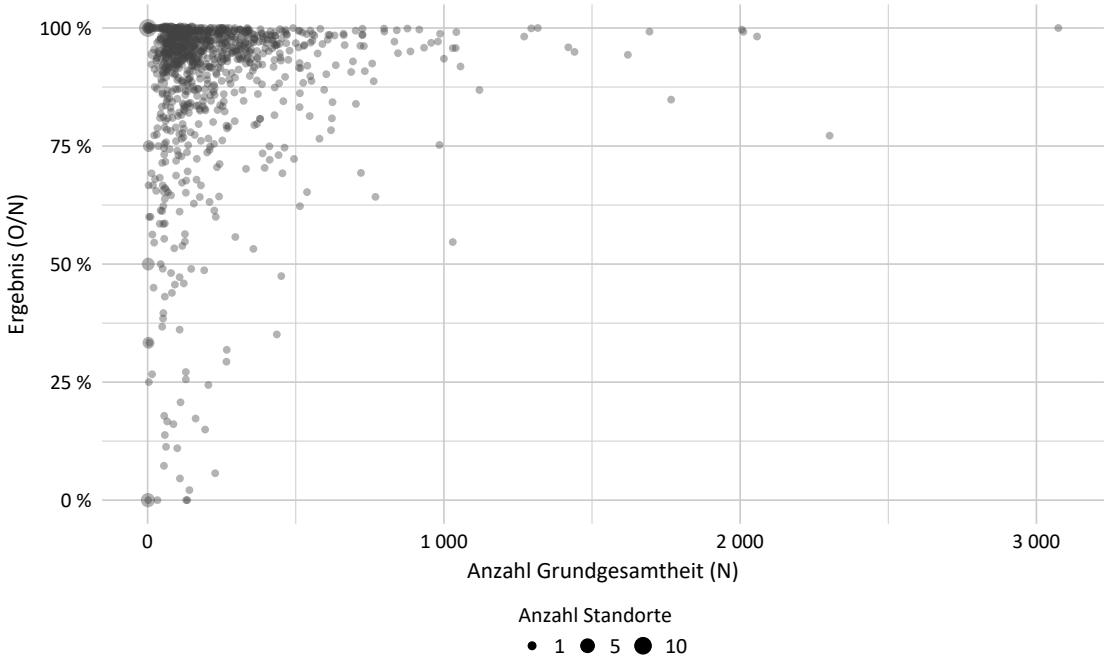
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	162.848 / 176.866	92,07	91,95 - 92,20
	2023	186.547 / 203.618	91,62	91,49 - 91,74
	2024	200.966 / 220.485	91,15	91,03 - 91,27

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	961	0	0,00	100,00	94,95

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	**ID: 54026** **postoperative Beweglichkeit von mindestens 0-0-90-Grad nach elektiver Erstimplantation**	91,15 % 200.966/220.485

6.2 Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode Ergebnis Bund (gesamt)	Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel	Gesamt
bestimmt	ID: 20_22384 98,07 % 216.341/220.609	ID: 20_22386 92,51 % 10.878/11.759	ID: 20_22388 89,71 % 1.805/2.012	ID: 20_22390 97,72 % 228.871/234.212
nicht bestimmt	ID: 20_22385 1,93 % 4.268/220.609	ID: 20_22387 7,49 % 881/11.759	ID: 20_22389 10,29 % 207/2.012	ID: 20_22391 2,28 % 5.341/234.212

54028: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Knieendoprothesen-Implantation oder einem Knieendoprothesen-Wechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit: - Versorgung bei Polytrauma - Verlegung in ein anderes Krankenhaus - Entlassung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der ID 54028
Referenzbereich	≤ 2,97 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Art des Eingriffs - Einzeitiger Wechsel Art des Eingriffs - Zweizeitiger Wechsel Geschlecht - männlich Alter bei Erstimplantation oder einzeitigem Wechsel - quadratisch ab 60 Jahren Alter bei zweizeitigem Wechsel - linear (Abweichung von 68) Implantation einer unikondylären Schlittenprothese ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 Gehhilfen (bei Aufnahme) Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen (bei Aufnahme) Rollator/Gehbock Gehstrecke (bei Aufnahme) Gehen am Stück bis 500m oder bis 50m möglich Präoperative Wundkontaminationsklassifikation nach CDC - 2 Präoperative Wundkontaminationsklassifikation nach CDC - 3 Präoperative Wundkontaminationsklassifikation nach CDC - 4 Periprothetische Fraktur
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

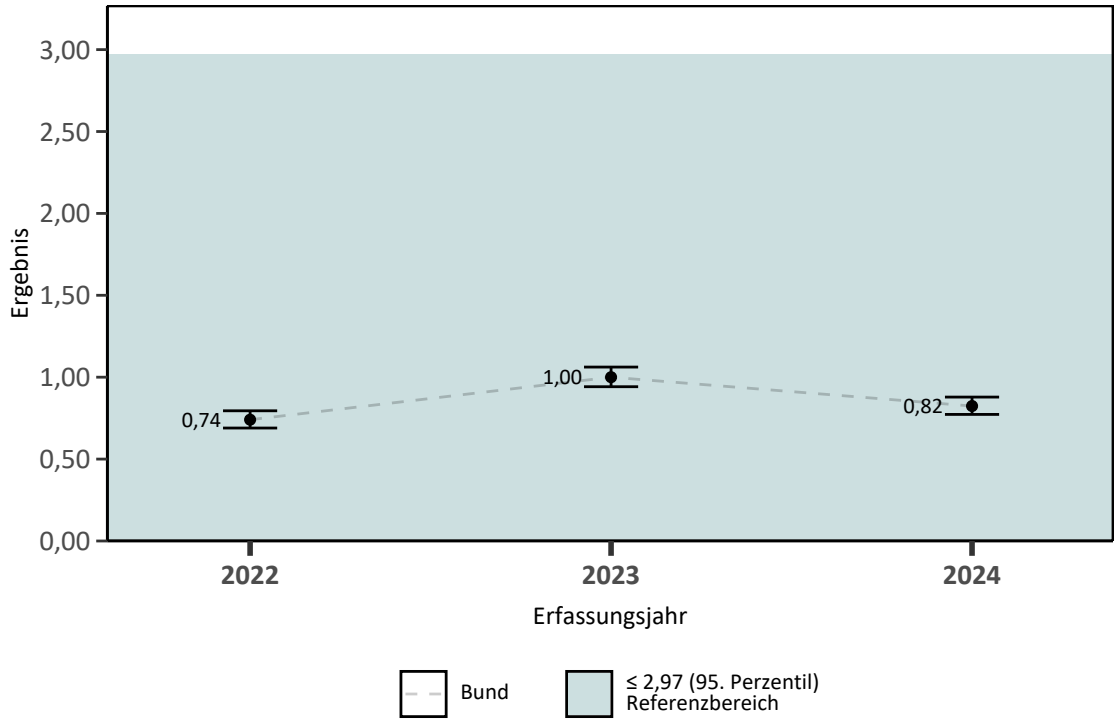
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	180.727	756 / 1.020,96	0,74	0,69 - 0,80
	2023	203.591	1.061 / 1.061,00	1,00	0,94 - 1,06
	2024	221.726	930 / 1.128,69	0,82	0,77 - 0,88

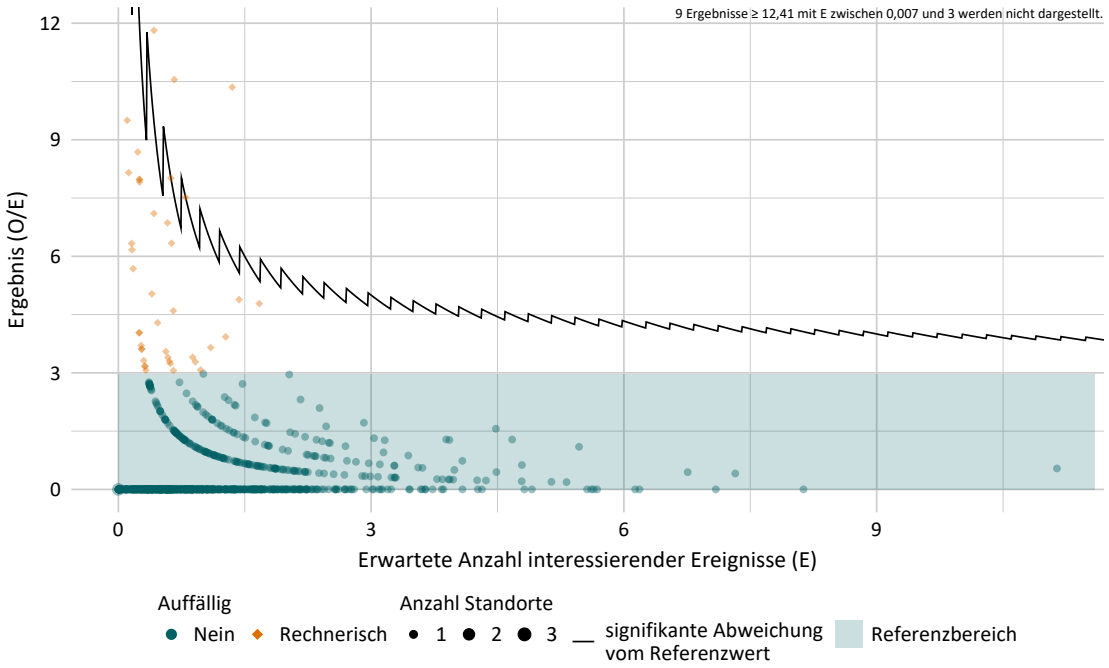
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



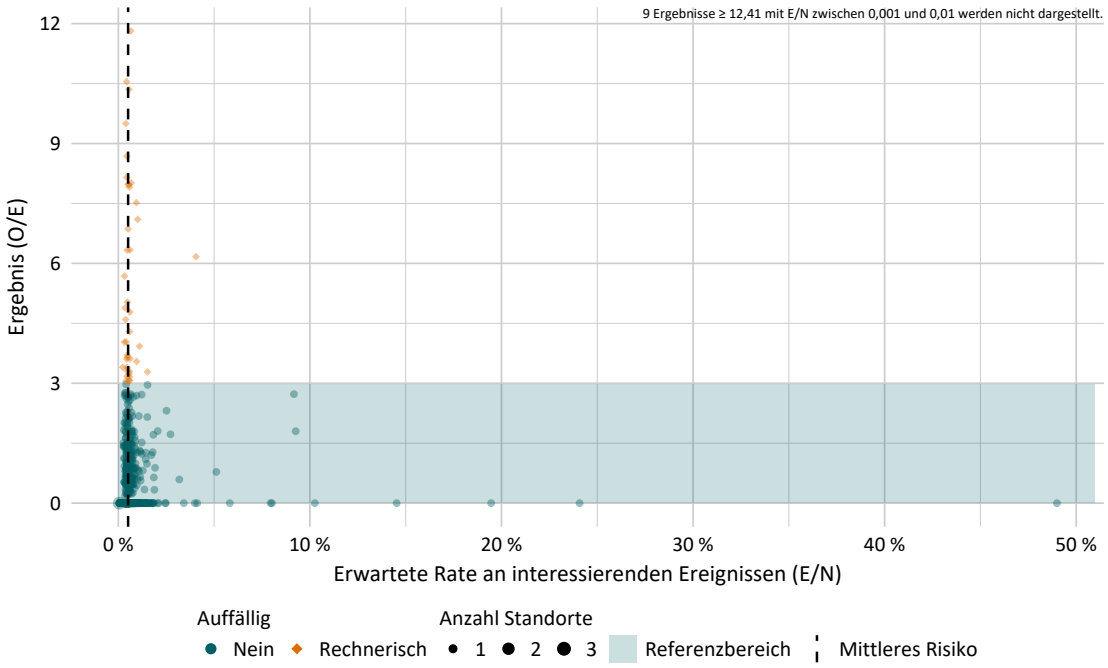
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	969	50	0,00	285,54	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Gehunfähigkeit bei Entlassung[8]	
7.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[9]	
7.1.1.1	ID: O_54028 O/N (observed, beobachtet)	0,42 % 930/221.726
7.1.1.2	ID: E_54028 E/N (expected, erwartet)	0,51 % 1.128,69/221.726
7.1.1.3	**ID: 54028** **O/E**	0,82

[8] bezogen auf den ersten Eingriff

[9] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 20_22393 Gehunfähigkeit bei Entlassung[10]	0,54 % 1.224/227.980
7.2.1	ID: 20_22394 nach Erstimplantation	0,44 % 964/216.673
7.2.1.1	ID: 20_22395 O/N (observed, beobachtet)	0,44 % 964/216.673
7.2.1.2	ID: 20_22396 E/N (expected, erwartet)	0,41 % 889,22/216.673
7.2.1.3	ID: 20_22397 O/E	1,08
7.2.2	ID: 20_22398 nach einzeitigem Wechsel	2,14 % 223/10.414
7.2.2.1	ID: 20_22399 O/N (observed, beobachtet)	2,14 % 223/10.414
7.2.2.2	ID: 20_22400 E/N (expected, erwartet)	2,91 % 303,26/10.414
7.2.2.3	ID: 20_22401 O/E	0,74
7.2.3	ID: 20_22402 nach zweizeitigem Wechsel	4,50 % 47/1.044
7.2.3.1	ID: 20_22403 O/N (observed, beobachtet)	4,50 % 47/1.044
7.2.3.2	ID: 20_22404 E/N (expected, erwartet)	5,99 % 62,54/1.044

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2.3.3	ID: 20_22405 O/E	0,75

[10] Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.3	ID: 20_22406 Gehunfähigkeit bei Aufnahme / vor der Fraktur	100,00 % 6.010/6.010
7.3.1	ID: 20_22407 gehfähig bei Entlassung	83,88 % 5.041/6.010
7.3.2	ID: 20_22408 gehunfähig bei Entlassung	16,12 % 969/6.010

202300: Treppensteigen bei Entlassung

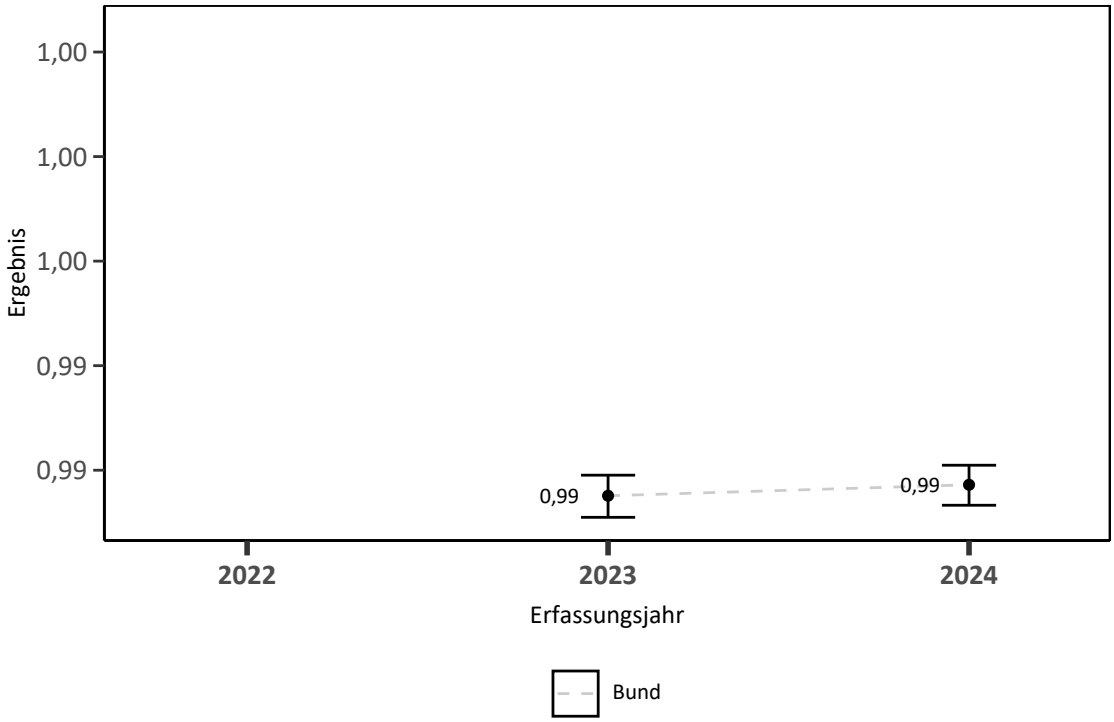
Qualitätsziel	Möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation oder einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bei der Aufnahme fähig waren, Treppen zu steigen und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit: - Versorgung bei Polytrauma - Verlegung in ein anderes Krankenhaus - Entlassung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung - dem OPS 5-829.k: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung selbstständig oder mit Hilfestellung fähig waren, Treppen zu steigen
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

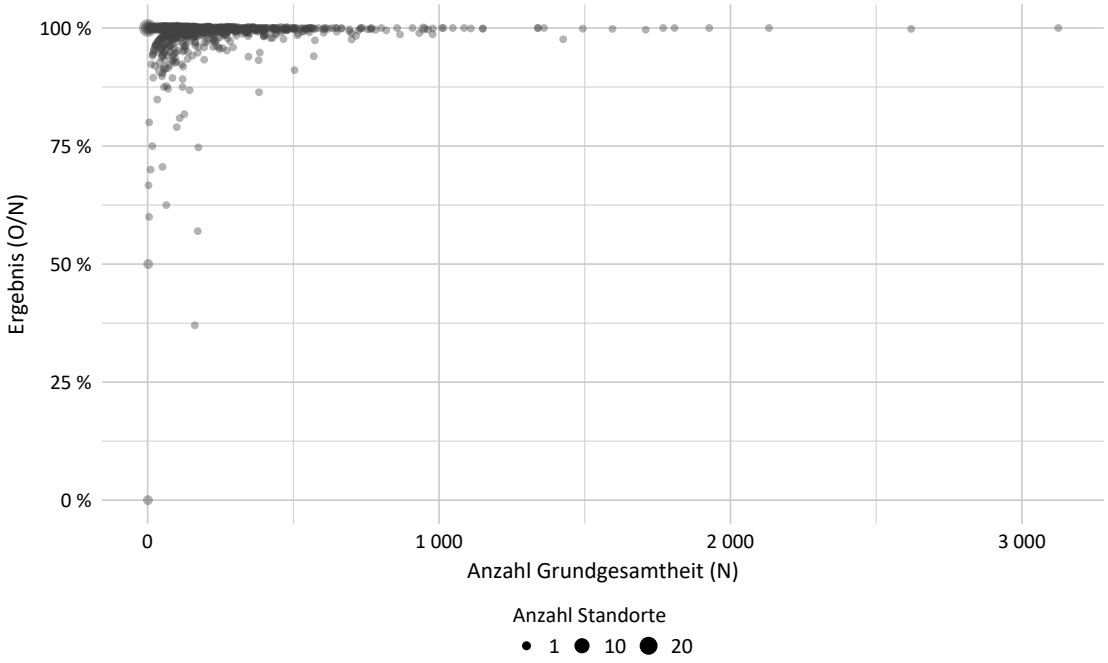
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	197.165 / 198.853	0,99	0,99 - 0,99
	2024	213.595 / 215.378	0,99	0,99 - 0,99

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	965	0	0,00	1,00	1,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	**ID: 202300** **Treppensteigen bei Entlassung**	0,99 213.595/215.378
8.1.1	ID: 20_24000 nach Erstimplantation	99,20 % 204.968/206.622
8.1.2	ID: 20_24001 nach einzeitigem Wechsel	97,48 % 9.023/9.256
8.1.3	ID: 20_24002 nach zweizeitigem Wechsel	94,03 % 787/837

8.2 Treppensteigen bei Entlassung Ergebnis Bund (gesamt)	Erstimplantation und Wechsel (gesamt)	Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	ID: 20_24003 78,82 % 170.809/216.715	ID: 20_24006 79,08 % 163.400/206.622	ID: 20_24009 74,06 % 6.855/9.256	ID: 20_24012 66,19 % 554/837
steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	ID: 20_24004 20,29 % 43.969/216.715	ID: 20_24007 20,12 % 41.568/206.622	ID: 20_24010 23,42 % 2.168/9.256	ID: 20_24013 27,84 % 233/837
erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	ID: 20_24005 0,89 % 1.937/216.715	ID: 20_24008 0,80 % 1.654/206.622	ID: 20_24011 2,52 % 233/9.256	ID: 20_24014 5,97 % 50/837

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3	ID: 20_24015 Treppensteigen bei Aufnahme, aber kein Treppensteigen bei Entlassung: erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	0,89 % 1.937/216.715
8.3.1	ID: 20_24016 nach Erstimplantation	0,80 % 1.654/206.622
8.3.2	ID: 20_24017 nach einzeitigem Wechsel	2,52 % 233/9.256

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3.3	ID: 20_24018 nach zweizeitigem Wechsel	5,97 % 50/837

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.4	ID: 20_24019 Kein Treppensteigen bei Aufnahme	100,00 % 6.409/6.409
8.4.1	ID: 20_24020 Kein Treppensteigen bei Entlassung	22,36 % 1.433/6.409
8.4.2	ID: 20_24021 Treppensteigen bei Entlassung	77,64 % 4.976/6.409

54127: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel

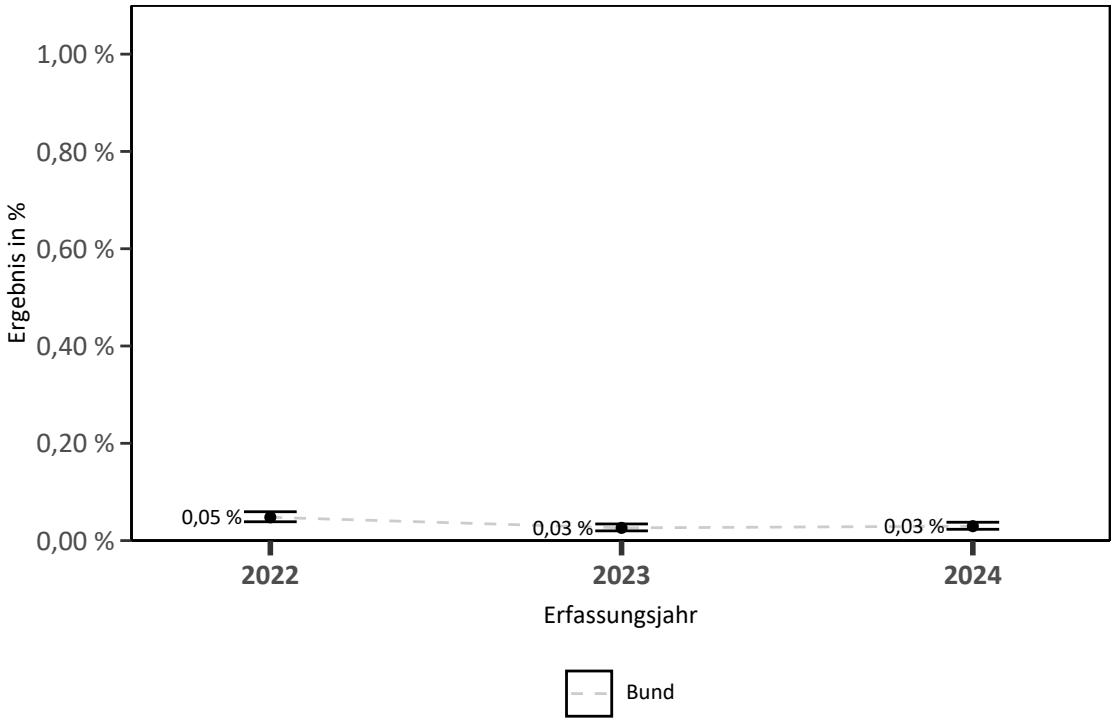
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahre, die nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der ID 54127 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 30. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen). Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes.
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

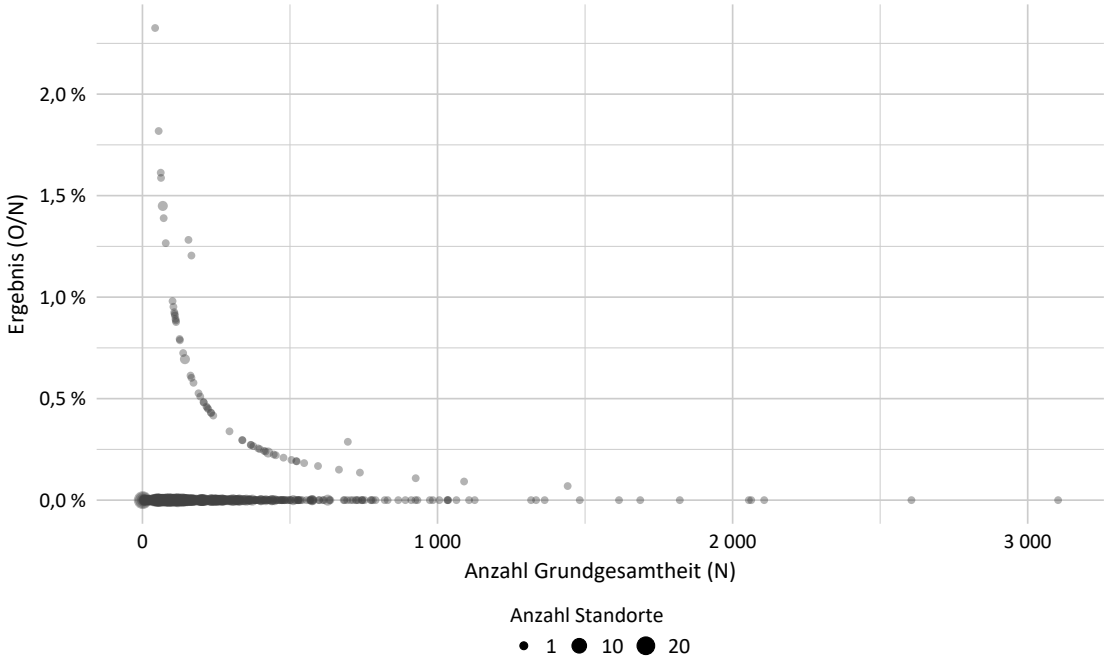
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	84 / 175.430	0,05	0,04 - 0,06
	2023	53 / 202.616	0,03	0,02 - 0,03
	2024	65 / 219.555	0,03	0,02 - 0,04

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	968	0	0,00	2,33	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 20_22409 Sterblichkeit[11]	0,09 % 222/234.212
9.1.1	**ID: 54127** **bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit**	0,03 % 65/219.555
9.1.1.1	ID: 20_22410 nach Erstimplantation	96,92 % 63/65
9.1.1.2	ID: 20_22411 nach einzeitigem Wechsel	x % ≤3/65
9.1.1.3	ID: 20_22412 nach zweizeitigem Wechsel	0,00 % 0/65
9.1.2	ID: 20_22413 bei hoher Sterbewahrscheinlichkeit	1,07 % 157/14.657
9.1.2.1	ID: 20_22414 nach Erstimplantation	38,22 % 60/157
9.1.2.2	ID: 20_22415 nach einzeitigem Wechsel	52,87 % 83/157
9.1.2.3	ID: 20_22416 nach zweizeitigem Wechsel	8,92 % 14/157

[11] bezogen auf den ersten Eingriff

9.2 Sterblichkeit (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel	Gesamt
Todesfälle	ID: 20_22417 0,06 % 123/220.596	ID: 20_22423 0,73 % 85/11.618	ID: 20_22429 0,70 % 14/1.998	ID: 20_22435 0,09 % 222/234.212
mit ASA 1	ID: 20_22418 x % ≤3/10.190	ID: 20_22424 0,00 % 0/268	ID: 20_22430 0,00 % 0/21	ID: 20_22436 x % ≤3/10.479
mit ASA 2	ID: 20_22419 0,02 % 25/138.236	ID: 20_22425 x % ≤3/6.054	ID: 20_22431 0,00 % 0/697	ID: 20_22437 0,02 % 27/144.987
mit ASA 3	ID: 20_22420 0,12 % 87/71.512	ID: 20_22426 1,07 % 55/5.125	ID: 20_22432 0,98 % 12/1.227	ID: 20_22438 0,20 % 154/77.864
mit ASA 4	ID: 20_22421 1,52 % 10/657	ID: 20_22427 16,37 % 28/171	ID: 20_22433 x % ≤3/53	ID: 20_22439 4,54 % 40/881

9.2 Sterblichkeit (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	**Erstimplantation**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**	**Gesamt**
mit ASA 5	ID: 20_22422 x % ≤3	ID: 20_22428 - 0/0	ID: 20_22434 - 0/0	ID: 20_22440 x % ≤3

54128: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen

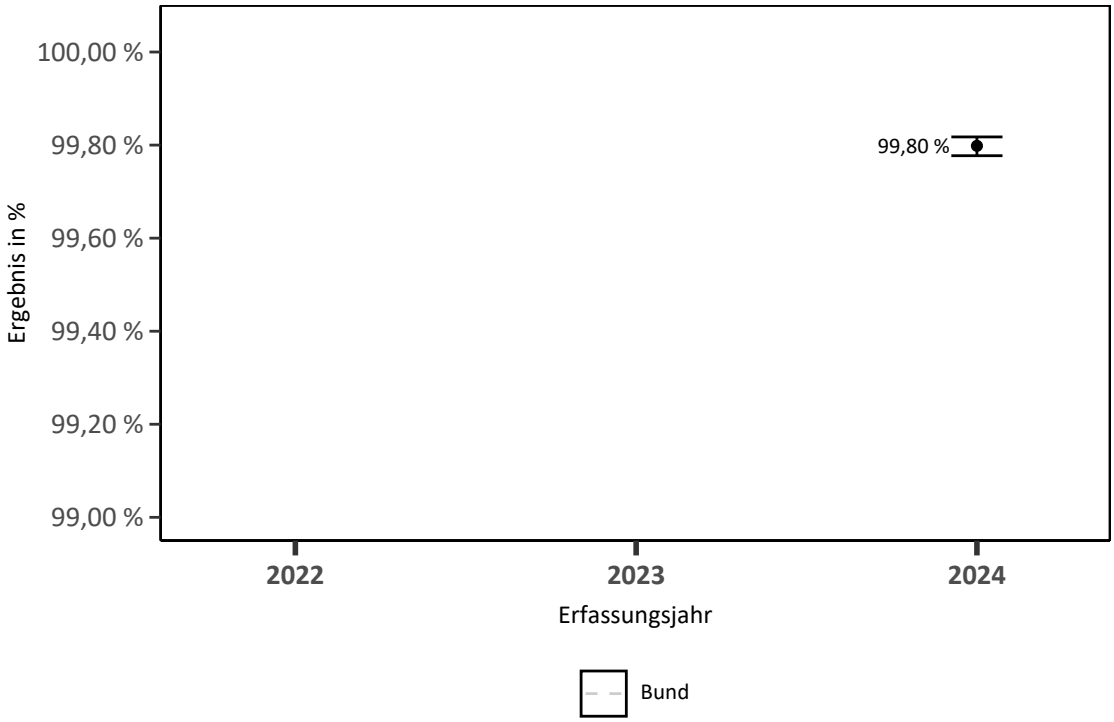
Qualitätsziel	Häufig Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Knieendoprothesen-Erstimplantationen, die im Erfassungsjahr unter Risiko für einen Folgeeingriff standen. Betrachtet werden Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma.
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel - außer isolierter Wechsel eines Inlays - innerhalb von 90 Tagen nach Knieendoprothesen-Erstimplantation am gleichen operierten Knie im aktuellen Erfassungsjahr. Zu jeder Erstimplantation wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt. Ausgeschlossen werden alle Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

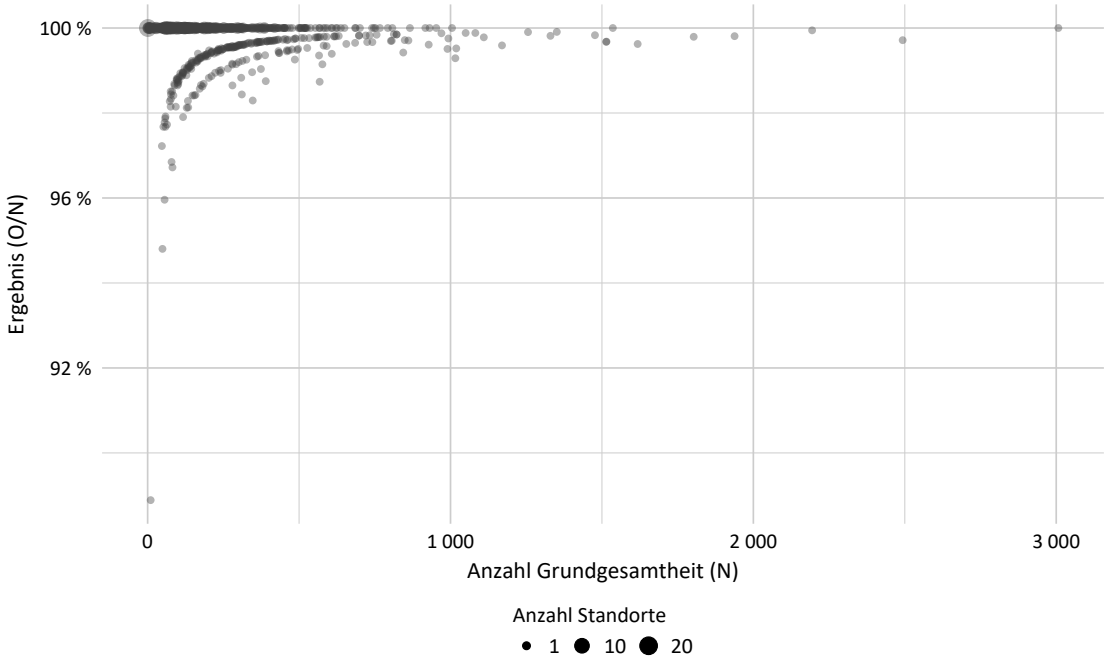
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	188.952 / 189.313	99,76	99,74 - 99,79
	2023	215.109 / 215.472	99,79	99,77 - 99,81
	2024	233.804 / 234.189	99,80	99,78 - 99,82

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	971	0	88,89	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	**ID: 54128** **Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen**[12]	99,80 % 233.804/234.189

[12] Für die Berechnung der Rate (in %) wurde der Kaplan-Meier-Schätzer verwendet. Daher entspricht sie nicht dem Verhältnis O/N.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2	Wechselgründe[13]	
10.2.1	ID: 20_22447 Mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	0,17 % 333/234.189
10.2.1.1	ID: 20_22448 Implantatbruch	0,00 % 0/234.189
10.2.1.2	ID: 20_22450 Implantatfehllage/Malrotation	0,02 % 30/234.189
10.2.1.3	ID: 20_22451 Implantatwanderung	0,01 % 20/234.189
10.2.1.4	ID: 20_22452 Lockerung der Femur-Komponente oder der Tibia-Komponente oder der Patella-Komponente	0,05 % 99/234.189
10.2.1.5	ID: 20_22453 Knochendefekt Femur oder Tibia (inkl. Osteolyse, Substanzverlust)	0,02 % 34/234.189
10.2.1.6	ID: 20_22454 periprothetische Fraktur	0,07 % 142/234.189
10.2.1.7	ID: 20_22455 Endoprothesen(sub)luxation	0,02 % 38/234.189
10.2.1.8	ID: 20_22457 bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose	0,00 % 4/234.189
10.2.1.9	ID: 20_22458 Patellanekrose	0,00 % 0/234.189
10.2.1.10	ID: 20_22459 Patellaluxation	0,00 % 9/234.189
10.2.1.11	ID: 20_22460 Patellaschmerz	0,00 % 5/234.189
10.2.2	ID: 20_22461 Positiver mikrobiologische Befund vor der Prothesenexplantation	0,02 % 39/234.189

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2.3	ID: 20_22462 Sonstige Wechselgründe oder keine Angabe	0,02 % 36/234.189

[13] Für die Berechnung der Rate (in %) wurde der Kaplan-Meier-Schätzer verwendet. Daher entspricht sie nicht dem Verhältnis O/N.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.3	Wechselprozedur (nur fest verankerte Komponenten)[14]	
10.3.1	ID: 20_22463 einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel	0,18 % 343/234.189
10.3.2	ID: 20_22464 Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	0,01 % 23/234.189
10.3.3	ID: 20_22465 Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese (OPS 5-823.1-)	0,04 % 74/234.189
10.3.4	ID: 20_22466 Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese (OPS 5-823.2-)	0,10 % 185/234.189
10.3.5	ID: 20_22467 Wechsel einer Sonderprothese (OPS 5-823.4-)	0,01 % 12/234.189
10.3.6	ID: 20_22468 Wechsel eines Patellaersatzes (OPS 5-823.5-)	0,00 % 4/234.189
10.3.7	ID: 20_22469 Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit (OPS 5-823.b-)	0,01 % 12/234.189
10.3.8	ID: 20_22470 Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese (OPS 5-823.f-)	0,00 % 7/234.189
10.3.9	ID: 20_22471 Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese (OPS 5-823.k-)	0,02 % 40/234.189
10.3.10	ID: 20_22472 Wechsel einer Oberflächenersatzprothese (OPS 5-823.g-)	0,00 % 0/234.189

[14] Für die Berechnung der Rate (in %) wurde der Kaplan-Meier-Schätzer verwendet. Daher entspricht sie nicht dem Verhältnis O/N.

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 234.241**	
Quartal des Aufnahmetages		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	1.031	0,44
1. Quartal	66.027	28,19
2. Quartal	58.190	24,84
3. Quartal	53.242	22,73
4. Quartal	55.751	23,80

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 234.241**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	4.389	1,87
50 - 59 Jahre	37.659	16,08
60 - 69 Jahre	80.484	34,36
70 - 79 Jahre	78.768	33,63
80 - 89 Jahre	32.175	13,74
≥ 90 Jahre	766	0,33

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	234.241
Mittelwert	68,58

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 234.241**	
Geschlecht		
(1) männlich	96.982	41,40
(2) weiblich	137.043	58,51
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	214	0,09

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Prozeduren	**N = 235.550**	
Art des Eingriffs		
(1) elektive Erstimplantation	221.707	94,12
(2) einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel	11.818	5,02
(3) Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	2.025	0,86
zu operierende Seite		
(1) rechts	120.758	51,27
(2) links	114.792	48,73

Implantation einer Total- bzw. Schlittenprothese

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 221.707**	
Implantation		
(0) einer Totalendoprothese	189.412	85,43
(1) einer unikondylären Knieschlittenprothese	32.295	14,57
davon: übrige Gelenkkompartimente intakt		
(0) nein	384	1,19
(1) ja	31.911	98,81

Erstimplantation

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 220.631**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	4.111	1,86
50 - 59 Jahre	35.715	16,19
60 - 69 Jahre	76.278	34,57
70 - 79 Jahre	74.372	33,71
80 - 89 Jahre	29.610	13,42
≥ 90 Jahre	545	0,25

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation und mit Angabe von Werten	220.631
Mittelwert	68,50

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 220.631**	
Geschlecht		
(1) männlich	91.674	41,55
(2) weiblich	128.744	58,35
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	211	0,10

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 220.631**	
Gehstrecke		
(1) unbegrenzt (> 500m)	39.874	18,07
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	140.539	63,70
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	36.578	16,58
(4) im Zimmer mobil	3.019	1,37
(5) immobil	621	0,28
verwendete Gehhilfen		
(0) keine	165.416	74,97
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	45.380	20,57
(2) Rollator/Gehbock	8.788	3,98
(3) Rollstuhl	919	0,42
(4) bettlägerig	128	0,06
Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	182.781	82,84
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	28.034	12,71
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	5.079	2,30
(9) Information liegt nicht vor	4.737	2,15

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 221.707**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	10.269	4,63
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	139.010	62,70
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	71.768	32,37
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	659	0,30
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	≤3	x
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	220.906	99,64
(2) bedingt aseptische Eingriffe	671	0,30
(3) kontaminierte Eingriffe	58	0,03
(4) septische Eingriffe	72	0,03

Indikationsrelevante Befunde

Schmerzen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 221.707**	
Schmerzen		
(0) nein	903	0,41
(1) ja, Belastungsschmerz	58.999	26,61
(2) ja, Ruheschmerz	161.805	72,98

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 221.707**	
Voroperationen am betroffenen Kniegelenk oder kniegelenknah		
(0) nein	170.567	76,93
(1) ja	51.140	23,07

Parameter zur Bestimmung des modifizierten Kellgren-Lawrence-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 221.707**	
Osteophyten		
(0) keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole	5.670	2,56
(1) eindeutig	216.037	97,44
Gelenkspalt		
(0) nicht oder mäßig verschmälert	1.272	0,57
(1) hälftig verschmälert	38.663	17,44
(2) ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben	181.772	81,99
Sklerose		
(0) keine Sklerose	962	0,43
(1) mäßige subchondrale Sklerose	28.984	13,07
(2) ausgeprägte subchondrale Sklerose	145.469	65,61
(3) Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella	46.292	20,88

Parameter zur Bestimmung des modifizierten Kellgren-Lawrence-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 221.707**	
Deformierung		
(0) keine Deformierung	22.687	10,23
(1) Entrundung der Femurkondylen	131.084	59,12
(2) ausgeprägte Destruktion, Deformierung	67.936	30,64

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 221.707**	
Vorliegen einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk		
(0) nein	217.862	98,27
(1) ja	3.845	1,73
davon: erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)		
(0) Grad 0 normal	200	5,20
(1) Grad 1 geringe Veränderung	443	11,52
(2) Grad 2 definitive Veränderung	626	16,28
(3) Grad 3 deutliche Veränderung	1.221	31,76
(4) Grad 4 schwere Veränderung	1.225	31,86
(5) Grad 5 mutilierende Veränderung	130	3,38

Gonarthrose und Fehlstellungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation unter Ausschluss des Wechsels einer bikondylären Oberflächenersatzprothese (OPS 5-823.2-)	**N = 221.678**	
Gonarthrose vor aktuellem Eingriff		
(0) nein	2.299	1,04
(1) ja, primäre Gonarthrose	202.364	91,29
(2) ja, sekundäre Gonarthrose	17.015	7,68
Fehlstellung des Knies vor aktuellem Eingriff		
(0) nein	126.584	57,10
(1) ja, schweres Valgusknie	25.192	11,36
(2) ja, schweres Varusknie	69.902	31,53

Osteonekrose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 221.707**	
in der Bildgebung nachgewiesene Osteonekrose am Kniegelenk		
(0) nein	210.910	95,13
(1) ja	10.797	4,87

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 221.707**	
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation[15]		
Implantation einer unikondylären Schlittenprothese	32.126	14,49
- nicht zementiert (5-822.00)	5.379	16,74
- zementiert (5-822.01)	26.463	82,37
- hybrid (teilzementiert) (5-822.02)	284	0,88
Implantation einer Sonderprothese	794	0,36
- nicht zementiert (5-822.90)	44	5,54
- zementiert (5-822.91)	661	83,25
- hybrid (teilzementiert) (5-822.92)	89	11,21
Implantation einer bikondylären Oberflächenersatzprothese	157.225	70,92
- nicht zementiert (5-822.g0)	2.946	1,87
- zementiert (5-822.g1)	150.403	95,66
- hybrid (teilzementiert) (5-822.g2)	3.876	2,47
Implantation einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese	6.376	2,88
- nicht zementiert (5-822.h0)	47	0,74
- zementiert (5-822.h1)	5.455	85,56
- hybrid (teilzementiert) (5-822.h2)	874	13,71
Implantation einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit	25.332	11,43
- zementiert (5-822.j1)	24.821	97,98
- hybrid (teilzementiert) (5-822.j2)	511	2,02
Implantation einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese	186	0,08
- nicht zementiert (5-822.k0)	8	4,30
- zementiert (5-822.k1)	162	87,10

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 221.707**	
- hybrid (teilzementiert) (5-822.k2)	16	8,60
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	252	0,11
(5-986*) Minimalinvasive Technik	6.366	2,87
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	11.369	5,13
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	14.251	6,43
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	2.315	1,05
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	22	0,01

[15] Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 220.631**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	215.913	97,86
(1) ja[16]	4.718	2,14

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 220.631**	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	270	0,12
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	595	0,27
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	305	0,14
Lungenembolie	232	0,11
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	270	0,12
Schlaganfall	106	0,05
akute gastrointestinale Blutung	86	0,04
akute Niereninsuffizienz	682	0,31
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	2.606	1,18

[16] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 221.707**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	217.617	98,16
(1) ja[17]	4.090	1,84

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 221.707**	
primäre Implantatfehllage: fehlerhafter Einbau der Endoprothese mit Notwendigkeit einer operativen oder konservativen Behandlung	51	0,02
davon:		
(1) Femur-Komponente	20	39,22
(2) Tibia-Komponente	31	60,78
sekundäre Implantatdislokation nach Beendigung des Eingriffs	25	0,01
revisionsbedürftige Instabilität des künstlichen Gelenks (inklusive (Sub)Luxation)	86	0,04
Patellafehlstellung, revisionsbedürftige Subluxation oder Luxation der Patella	31	0,01
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	451	0,20
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	223	0,10
Gefäßläsion	48	0,02
bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden	134	0,06
periprothetische Fraktur	287	0,13
Wunddehiszenz	256	0,12
sekundäre Nekrose der Wundränder	37	0,02
Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae	99	0,04
Fraktur der Patella	13	0,01
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	2.526	1,14

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 221.707**	
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	221.498	99,91
(1) ja	209	0,09
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	73	34,93
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	96	45,93
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	40	19,14
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	2.891	1,30
(1) = ja	1.268	0,57

[17] Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[18]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	220.631
Median	7,00
Mittelwert	7,05
Präoperative Verweildauer (Tage)[19]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	220.618
Median	0,00
Mittelwert	0,49

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs (Minuten)[20]	
Anzahl Prozeduren bei elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	221.707
Median	73,00
Mittelwert	75,98
Postoperative Verweildauer (Tage)[21]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	220.504
Median	6,00
Mittelwert	6,54

[18] Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum
[19] Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts
[20] Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts
[21] Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Bewegungsumfang

	Bund (gesamt) N
aktives Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt	
Anzahl Patientinnen und Patienten, bei denen das Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt wurde	216.363
Extension/Flexion 1 bei Entlassung (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	0,04
Extension/Flexion 2 bei Entlassung (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	0,18
Extension/Flexion 3 bei Entlassung (Grad)	
Median	90,00
Mittelwert	90,72

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 220.631**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	25.783	11,69
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	123.787	56,11
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	69.547	31,52
(4) Im Zimmer mobil	1.248	0,57
(5) immobil	159	0,07

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 220.631**	
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	3.776	1,71
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	210.312	95,32
(2) Rollator/Gehbock	6.201	2,81
(3) Rollstuhl	156	0,07
(4) bettlägerig	79	0,04
Treppensteigen bei Entlassung		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	170.557	77,30
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	46.598	21,12
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	3.369	1,53

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 220.631**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	147.227	66,73
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5.906	2,68
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	256	0,12
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	394	0,18
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	15	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	2.186	0,99
(07) Tod	124	0,06
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[22]	85	0,04
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	63.797	28,92
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	422	0,19
(11) Entlassung in ein Hospiz	5	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	10	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	10	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	15	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[23]	43	0,02
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	22	0,01
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[24]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	65	0,03

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 220.631**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[25]		
(1) ja	49	0,02

[22] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[23] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[24] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[25] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.751**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	283	2,06
50 - 59 Jahre	1.968	14,31
60 - 69 Jahre	4.237	30,81
70 - 79 Jahre	4.445	32,32
80 - 89 Jahre	2.597	18,89
≥ 90 Jahre	221	1,61

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel und mit Angabe von Werten	13.751
Mittelwert	69,98

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.751**	
Geschlecht		
(1) männlich	5.345	38,87
(2) weiblich	8.402	61,10
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	4	0,03

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.751**	
Gehstrecke		
(1) unbegrenzt (> 500m)	1.435	10,44
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	6.591	47,93
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	3.599	26,17
(4) im Zimmer mobil	1.282	9,32
(5) immobil	844	6,14
verwendete Gehhilfen		
(0) keine	5.918	43,04
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	4.906	35,68
(2) Rollator/Gehbock	1.605	11,67
(3) Rollstuhl	1.014	7,37
(4) bettlägerig	308	2,24
Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	8.349	60,72
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	2.402	17,47
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	2.319	16,86
(9) Information liegt nicht vor	681	4,95

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	295	2,13
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	6.843	49,43
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	6.477	46,79
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	228	1,65
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	0	0,00
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	12.454	89,97
(2) bedingt aseptische Eingriffe	852	6,15
(3) kontaminierte Eingriffe	107	0,77
(4) septische Eingriffe	430	3,11

Indikationsrelevante Befunde

Schmerzen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation		
(0) nein	419	3,03
(1) ja, Belastungsschmerz	5.185	37,46
(2) ja, Ruheschmerz	8.239	59,52

Erreger-/Infektionsnachweis

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)		
(0) nein	10.908	78,80
(1) ja	2.935	21,20
mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation		
(0) nicht durchgeführt	3.526	25,47
(1) durchgeführt, negativ	8.429	60,89
(2) durchgeführt, positiv	1.888	13,64

Röntgendiagnostik / klinische Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
Patientinnen und Patienten, bei denen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vorliegen		
(0) nein	1.361	9,83
(1) ja	12.482	90,17
davon:[26]		
Implantatbruch	241	1,93
Implantatfehllage/Malrotation	729	5,84
Implantatwanderung	655	5,25
Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust Femur	1.499	12,01
Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust Tibia	1.758	14,08
periprothetische Fraktur	1.272	10,19
Endoprothesen(sub)luxation	392	3,14

Röntgendiagnostik / klinische Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
Instabilität des Gelenks	2.933	23,50
bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose	1.797	14,40
Patellanekrose	52	0,42
Patellaluxation	132	1,06
Patellaschmerz	771	6,18
andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde	2.074	16,62
davon: Lockerung der Femur-Komponente		
(1) septisch	520	4,17
(2) aseptisch	3.232	25,89
davon: Lockerung der Tibia-Komponente		
(1) septisch	582	4,66
(2) aseptisch	4.402	35,27
davon: Lockerung der Patella-Komponente		
(1) septisch	44	0,35
(2) aseptisch	279	2,24

[26] Mehrfachnennung möglich

Gonarthrose und Fehlstellungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel unter Ausschluss des Wechsels einer bikondylären Oberflächenersatzprothese (OPS 5-823.2-)	**N = 7.696**	
Gonarthrose vor aktuellem Eingriff		
(0) nein	3.233	42,01
(1) ja, primäre Gonarthrose	3.435	44,63
(2) ja, sekundäre Gonarthrose	1.028	13,36
Fehlstellung des Knies vor aktuellem Eingriff		
(0) nein	6.559	85,23
(1) ja, schweres Valgusknie	450	5,85
(2) ja, schweres Varusknie	687	8,93

Osteonekrose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
in der Bildgebung nachgewiesene Osteonekrose am Kniegelenk		
(0) nein	13.029	94,12
(1) ja	814	5,88

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel[27]		
Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese	3.299	23,83
- In bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert (5-823.1a)	53	1,61
- In bikondyläre Oberflächenprothese, zementiert (5-823.1b)	2.431	73,69
- In bikondyläre Oberflächenprothese, hybrid (teilzementiert) (5-823.1c)	102	3,09
- In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert (5-823.1d)	25	0,76
- In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, zementiert (5-823.1e)	534	16,19
- In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, hybrid (teilzementiert) (5-823.1f)	116	3,52
- Sonstige (5-823.1x)	38	1,15
Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese	6.111	44,15
- Typgleich (5-823.20)	101	1,65
- In eine andere Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert (5-823.21)	≤3	x
- In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-) zementiert (5-823.22)	270	4,42
- In eine Sonderprothese, nicht zementiert (5-823.25)	28	0,46
- In eine Sonderprothese, (teil-) zementiert (5-823.26)	679	11,11
- Teilwechsel Femurteil (5-823.28)	220	3,60
- Teilwechsel Tibiateil (5-823.29)	380	6,22
- In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert (5-823.2a)	152	2,49
- In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-) zementiert (5-823.2b)	4.242	69,42
- Sonstige (5-823.2x)	37	0,61
Wechsel einer Sonderprothese	374	2,70

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
- Typgleich (5-823.40)	61	16,31
- Teilwechsel Femurteil (5-823.41)	165	44,12
- Teilwechsel Tibiateil (5-823.42)	61	16,31
- Sonstige (5-823.4x)	87	23,26
Wechsel eines Patellaersatzes	354	2,56
- In Patellarückfläche, nicht zementiert (5-823.50)	9	2,54
- In Patellarückfläche, zementiert (5-823.51)	317	89,55
- In patellofemoralen Ersatz, nicht zementiert (5-823.52)	≤3	x
- In patellofemoralen Ersatz, (teil-) zementiert (5-823.53)	22	6,21
- In Ersatz der femoralen Gleitfläche, nicht zementiert (5-823.54)	0	0,00
- In Ersatz der femoralen Gleitfläche, zementiert (5-823.55)	4	1,13
Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit	313	2,26
- In eine Sonderprothese, nicht zementiert (5-823.b7)	5	1,60
- In eine Sonderprothese, (teil-) zementiert (5-823.b8)	73	23,32
- In eine Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit (teil-)zementiert 5-823.b9	32	10,22
- In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert (5-823.ba)	10	3,19
- In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-) zementiert (5-823.bb)	167	53,35
- Sonstige 5-823.bx	26	8,31
Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese	174	1,26
- Teilwechsel Tibiateil 5-823.f1	28	16,09
- Teilwechsel Femurteil 5-823.f2	11	6,32

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
- In eine bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese 5-823.fd	4	2,30
- In eine bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert 5-823.fe	≤3	x
- In eine bikondyläre Oberflächenprothese, (teil-)zementiert 5-823.ff	47	27,01
- In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert 5-823.fg	≤3	x
- In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert 5-823.fh	75	43,10
- Sonstige 5-823.fx	4	2,30
Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese	1.389	10,03
- Typgleich 5-823.k0	72	5,18
- In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert 5-823.k1	44	3,17
- In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert 5-823.k2	466	33,55
- In eine Sonderprothese, nicht zementiert 5-823.k3	23	1,66
- In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert 5-823.k4	145	10,44
- Teilwechsel Femurteil 5-823.k5	302	21,74
- Teilwechsel Tibiateil 5-823.k6	167	12,02
- Sonstige 5-823.kx	170	12,24
Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation 5-829.n	2.395	17,30

[27] Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	251	1,81
(5-986*) Minimalinvasive Technik	63	0,46
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	102	0,74
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	210	1,52

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.751**	
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	342	2,49
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	7	0,05

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.751**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	12.658	92,05
(1) ja[28]	1.093	7,95

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.751**	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	82	0,60
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	213	1,55
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	28	0,20
Lungenembolie	67	0,49
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	84	0,61
Schlaganfall	18	0,13
akute gastrointestinale Blutung	15	0,11
akute Niereninsuffizienz	128	0,93
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	656	4,77

[28] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	12.028	86,89
(1) ja[29]	1.815	13,11

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
primäre Implantatfehllage: fehlerhafter Einbau der Endoprothese mit Notwendigkeit einer operativen oder konservativen Behandlung	95	0,69
davon:		
(1) Femur-Komponente	47	49,47
(2) Tibia-Komponente	48	50,53
sekundäre Implantatdislokation nach Beendigung des Eingriffs	45	0,33
revisionsbedürftige Instabilität des künstlichen Gelenks (inklusive (Sub)Luxation)	69	0,50
Patellafehlstellung, revisionsbedürftige Subluxation oder Luxation der Patella	24	0,17
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	142	1,03
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	120	0,87
Gefäßläsion	13	0,09
bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden	18	0,13
periprothetische Fraktur	166	1,20
Wunddehiszenz	101	0,73
sekundäre Nekrose der Wundränder	35	0,25
Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae	36	0,26
Fraktur der Patella	≤3	x
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	1.127	8,14

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.843**	
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	13.688	98,88
(1) ja	155	1,12
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	32	20,65
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	90	58,06
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	33	21,29
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	1.307	9,44
(1) = ja	557	4,02

[29] Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[30]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	13.751
Median	8,00
Mittelwert	12,73
Präoperative Verweildauer (Tage)[31]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	13.623
Median	1,00
Mittelwert	2,59

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs (Minuten)[32]	
Anzahl Prozeduren bei Wechseleingriffen (ein- und zweizeitige Eingriffe) mit Angabe von Werten	13.843
Median	123,00
Mittelwert	130,24
Postoperative Verweildauer (Tage)[33]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	13.737
Median	8,00
Mittelwert	9,94

[30] Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum
[31] Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts
[32] Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts
[33] Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Bewegungsumfang

	Bund (gesamt) N
aktives Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt	
Anzahl Patientinnen und Patienten, bei denen das Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt wurde	12.663
Extension/Flexion 1 bei Entlassung (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	0,00
Extension/Flexion 2 bei Entlassung (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	0,43
Extension/Flexion 3 bei Entlassung (Grad)	
Median	90,00
Mittelwert	89,08

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.751**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	1.143	8,31
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	6.504	47,30
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	5.260	38,25
(4) Im Zimmer mobil	609	4,43
(5) immobil	144	1,05

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.751**	
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	191	1,39
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	11.507	83,68
(2) Rollator/Gehbock	1.702	12,38
(3) Rollstuhl	191	1,39
(4) bettlägerig	69	0,50
Treppensteigen bei Entlassung		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	8.617	62,66
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	3.675	26,73
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	1.368	9,95

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.751**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	9.102	66,19
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	585	4,25
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	21	0,15
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	53	0,39
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	621	4,52
(07) Tod	100	0,73
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[34]	21	0,15
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	2.986	21,71
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	226	1,64
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[35]	9	0,07
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[36]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	9	0,07

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 13.751**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[37]		
(1) ja	11	0,08

[34] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[35] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[36] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[37] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)