

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Berichts des Instituts nach § 137a SGB V über die Eignung der Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung für eine öffentliche Berichterstattung: Berichtsjahr 2025

Vom 18. Juni 2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2026 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) *Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2025* nebst Erratum gemäß **Anlagen** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 18. Juni 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitäts- berichten der Krankenhäuser

Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2025

Impressum

Titel	Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2025
Zuständigkeit	Abteilung Verfahrensmanagement
Abgabe	31. März 2026
Aktualisierung:	30. April 2026

Auftraggeber

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

Kurzfassung

Hintergrund

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

Auftrag

Das IQTIG ist beauftragt, jährlich Qualitätsindikatoren- und Kennzahlergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung zu empfehlen.

Methodisches Vorgehen

Grundsätzlich können alle Ergebnisse der routinemäßig in der externen Qualitätssicherung genutzten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen standortbezogen veröffentlicht werden, sofern diese die tatsächliche Qualität abbilden. Voraussetzung für die Veröffentlichung ist, dass die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ein Qualitätsmerkmal aufweisen, das den Eignungskriterien des IQTIG entspricht.

Ergebnisse und Empfehlungen

Für das Berichtsjahr 2025¹ werden die Ergebnisse von 177 Qualitätsindikatoren und 83 Kennzahlen (insgesamt 260 Ergebnisse) zur standortbezogenen Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Die Ergebnisse von 146 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen, da sie die Eignungskriterien nicht erfüllen (n = 100; 24,6 %) oder sich in der Entwicklungs- und Überarbeitungsphase befinden (n = 28; 6,9 %). Die Ergebnisse von 18 Qualitätsindikatoren können wegen indikatorspezifischen Gründen nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden (n = 18; 4,4 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit 406 (Berichtsjahr 2024: 439) leicht gesunken.

Fazit und Ausblick

Die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse das IQTIG für eine standortbezogene Veröffentlichung empfiehlt, ist für das Berichtsjahr 2025 mit 260 (64,0 %) im Vergleich zu 2024 (266; 60,6 %) nahezu konstant.

¹ Nomenklatur gemäß § 3 den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R).

Nach wie vor befindet sich eine hohe Anzahl neu entwickelter Qualitätsindikatoren der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren wie *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* in der Entwicklungsphase. Deshalb werden die Ergebnisse noch nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen.

In den kommenden Berichtsjahren können wieder mehr Qualitätsindikatoren- und Kennzahlergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden. Für zahlreiche Qualitätsindikatoren und Kennzahlen wird der Entwicklungsprozess in den nächsten Berichtsjahren abgeschlossen. Zudem werden derzeit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach den Ergebnissen der Verfahrensüberprüfungen gemäß Eckpunktebeauftragungen überarbeitet.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung	8
1.1 Hintergrund	8
1.2 Auftrag	8
2 Methodisches Vorgehen	9
3 Ergebnisse und Empfehlungen	10
3.1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	10
3.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	10
3.3 Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren	11
4 Fazit und Ausblick	13
Literatur	14

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Begründungen für die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ohne Veröffentlichungspflicht im Berichtsjahr 2025 (n = 146).....	11
Abbildung 2: Empfehlungen des IQTIG zur Veröffentlichungspflicht von Ergebnissen der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Berichtsjahre 2020-2025)	12

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BJ	Berichtsjahr
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EKez	Ergänzende Kennzahl
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
KKez	Kalkulatorische Kennzahl
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (nicht mehr in Kraft)
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
TKez	Transparenzkennzahl

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

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

Die Festlegung der Inhalte erfolgt anhand der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)² des G-BA. Neben Informationen zu Struktur- und Leistungsdaten des jeweiligen Krankenhauses sind im Berichtsteil C-1.2 die Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) des G-BA nach §§ 136 ff. SGB V zu publizieren.

1.2 Auftrag

Das IQTIG hat für den oben genannten Zweck der verpflichtenden standortbezogenen Veröffentlichung von Indikatorergebnissen den Auftrag, jährlich eine Empfehlung an den G-BA auszusprechen, für welche Qualitätsindikatoren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)³ die Indikatorwerte, die Referenzbereiche und die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren veröffentlicht werden sollen (G-BA 2015). Mit der Einführung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen wird seit dem Berichtsjahr⁴ 2018 auch für Kennzahlen eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen (IQTIG 2018). Dieser Bericht umfasst sowohl die Empfehlungen zu den Qualitätsindikatoren als auch die Empfehlungen zu den Kennzahlen.

² Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 18. Juni 2025, in Kraft getreten am 2. August 2025. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am: 11.03.2026).

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 17. Juli 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 11.03.2026).

⁴ Nomenklatur gemäß § 3 Qb-R.

2 Methodisches Vorgehen

Gemäß der DeQS-RL entwickelt das IQTIG Qualitätsindikatoren und -kennzahlen zur Messung und Darstellung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Das IQTIG beurteilt die Eignung dieser Indikatoren und Kennzahlen für den Einsatz in der Qualitätssicherung und der Qualitätsberichterstattung anhand der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen (IQTIG 2024b).

Zur Beurteilung, ob die Indikator- und Kennzahlergebnisse aussagekräftige Informationen über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer darstellen und dementsprechend zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung empfohlen werden können, zieht das IQTIG folgende Eignungskriterien heran:

- Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals
 - Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
 - Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal
 - Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
- Eignungskriterien der Qualitätsmessung
 - Objektivität der Messung
 - Datenqualität
 - Reliabilität der Messung
 - Validität der Messung
- Eignungskriterien des Bewertungskonzepts
 - Angemessenheit des Referenzbereichs (falls Referenzbereich festgelegt)
 - Klassifikationsgüte (falls Referenzbereich festgelegt)
 - Angemessenheit der Risikoadjustierung

Details zur Operationalisierung der Eignungskriterien und zum Prüfprozess können dem Bericht „Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung. Weiterentwicklung der Kriterien, des Prüfprozesses und des Berichtsformats für die Empfehlungen des IQTIG“ (IQTIG 2024a) entnommen werden.

Die Eignungskriterien „Potenzial zur Verbesserung“ und „Praktikabilität“ werden nicht zur Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung herangezogen. Weist ein Qualitätsindikator oder eine Qualitätskennzahl nur ein geringes Potenzial zur Verbesserung auf oder ist mit einem hohen Aufwand im Vergleich zum Nutzen verbunden, empfiehlt das IQTIG den Indikator / die Kennzahl ggf. zur Aussetzung. Bei entsprechender Eignung gemäß den relevanten Eignungskriterien empfiehlt das IQTIG jedoch die auf bereits erhobenen Daten basierenden Ergebnisse trotzdem zur öffentlichen Berichterstattung.

3 Ergebnisse und Empfehlungen

Für das Berichtsjahr 2025 gibt es insgesamt 258 Qualitätsindikatoren und 148 Kennzahlen in den QS-Verfahren der DeQS-RL. Unter Einbezug der Expertengremien auf Bundesebene wurden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen des Berichtsjahres 2025 beraten und Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung ausgesprochen.

3.1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Mit diesem Bericht werden die Ergebnisse von 177 Qualitätsindikatoren und 83 Kennzahlen (insgesamt 260 Ergebnisse) für die standortbezogene Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen (Anhang).

3.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Die Ergebnisse von 146 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden für das Berichtsjahr 2025 nicht für die standortbezogene Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten empfohlen. Die Gründe sind nachfolgend im Überblick aufgeführt (siehe auch Abbildung 1) ebenso wie die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in den betroffenen Modulen. Erläuterungen der Gründe befinden sich bei den jeweiligen Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen im Anhang.

▪ Nichterfüllung von Eignungskriterien (n = 100; 24,6 %)

- Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI): n = 7
- Nierentransplantation (NET-NTX): n = 3
- Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX): n = 1
- Herztransplantationen (TX-HTX): n = 1
- Lebertransplantationen (TX-LTX): n = 1
- Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX): n = 1
- Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR): n = 5
- Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH): n = 6
- Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC): n = 4
- Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB): n = 12
- Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR): n = 8
- Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH): n = 8
- Karotis-Revaskularisation (KAROTIS): n = 4
- Ambulant erworbene Pneumonie (CAP): n = 21
- Mammachirurgie (MC): n = 5
- Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL): n = 3
- Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL): n = 3
- Neonatologie (PM-NEO): n = 3

- Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK): n = 1
- Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP): n = 3
- **Entwicklungsprozess noch nicht abgeschlossen ist (n = 28; 6,9 %)**
 - Dialyse (NET-DIAL): n = 28
- **andere besondere Gründe (n = 18; 4,4 %)**
 - Geburtshilfe (PM-GEBH): QI „Müttersterblichkeit“ (ID 331) aufgrund der geringen Fallzahl und da es sich um ein seltenes, häufig schicksalhaftes Ereignis handelt
 - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI): QI „Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur“ (ID 56102) wird in seiner aktuellen Konzeption geprüft und ggf. weiterentwickelt
 - Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen – Verfahren in Erprobung (WI-NI-A); das Verfahren wurde beendet, eine Veröffentlichung wird nicht mehr empfohlen: n = 7
 - Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen – Verfahren in Erprobung (WI-NI-S); das Verfahren wurde beendet, eine Veröffentlichung wird nicht mehr empfohlen: n = 9

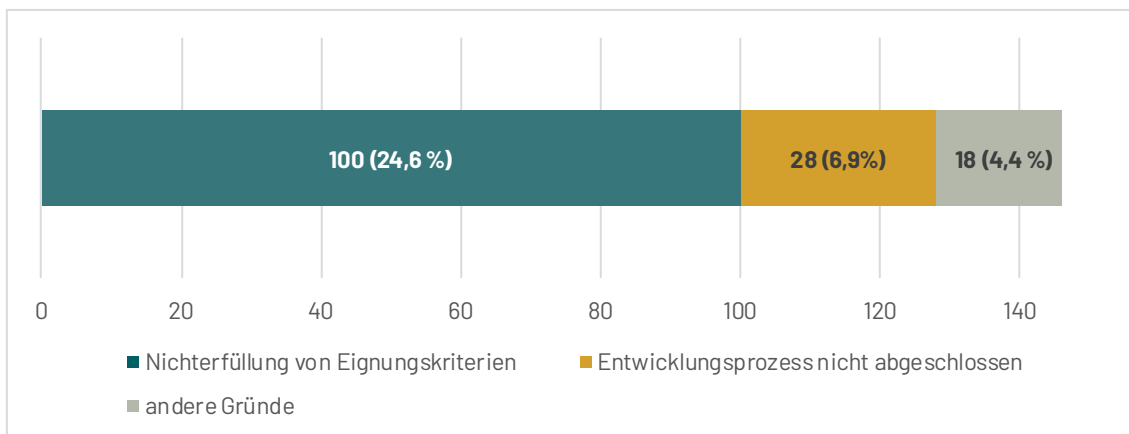


Abbildung 1: Begründungen für die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ohne Veröffentlichungspflicht im Berichtsjahr 2025 (n = 146) (die Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtzahl (n = 406) der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen)

3.3 Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren

Die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse das IQTIG zur standortbezogenen Veröffentlichung empfiehlt, hat sich für das Berichtsjahr 2025 mit 260 (64,0 %) im Vergleich zum Berichtsjahr 2024 (266; 60,6 %) kaum verändert. Allerdings hat sich die Gesamtzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen von 439 im Berichtsjahr 2024 auf 406 im Berichtsjahr 2025 verringert. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass im Zuge der Verfahrensüberprüfungen gemäß Eckpunktebeauftragungen (G-BA 2022, G-BA 2023) Indikatoren und Kennzahlen identifiziert wurden, die nicht mehr für die Qualitätssicherung im Kontext der DeQS-RL geeignet sind.

Bis zum Berichtsjahr 2019 wurden die Ergebnisse von über 90 % der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen. Durch erhebliche Änderungen und die Überführung der QS-Verfahren von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)⁵ in die DeQS-RL hat sich diese Entwicklung in den folgenden Jahren nicht fortgesetzt. Nach wie vor befinden sich neu entwickelte Qualitätsindikatoren der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren in der Entwicklungsphase. Die Ergebnisse können zum Teil noch nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden. Weiterhin wurden die Qualitätsindikatoren der bestehenden Verfahren hinsichtlich ihrer Eignung geprüft. Die Ergebnisse einiger Indikatoren werden nicht mehr zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen. Insgesamt werden für das Berichtsjahr 2025 die Ergebnisse von 146 (36,0 %) Indikatoren und Kennzahlen nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen. Die Abbildung 2 zeigt die Entwicklung seit dem Berichtsjahr 2020.

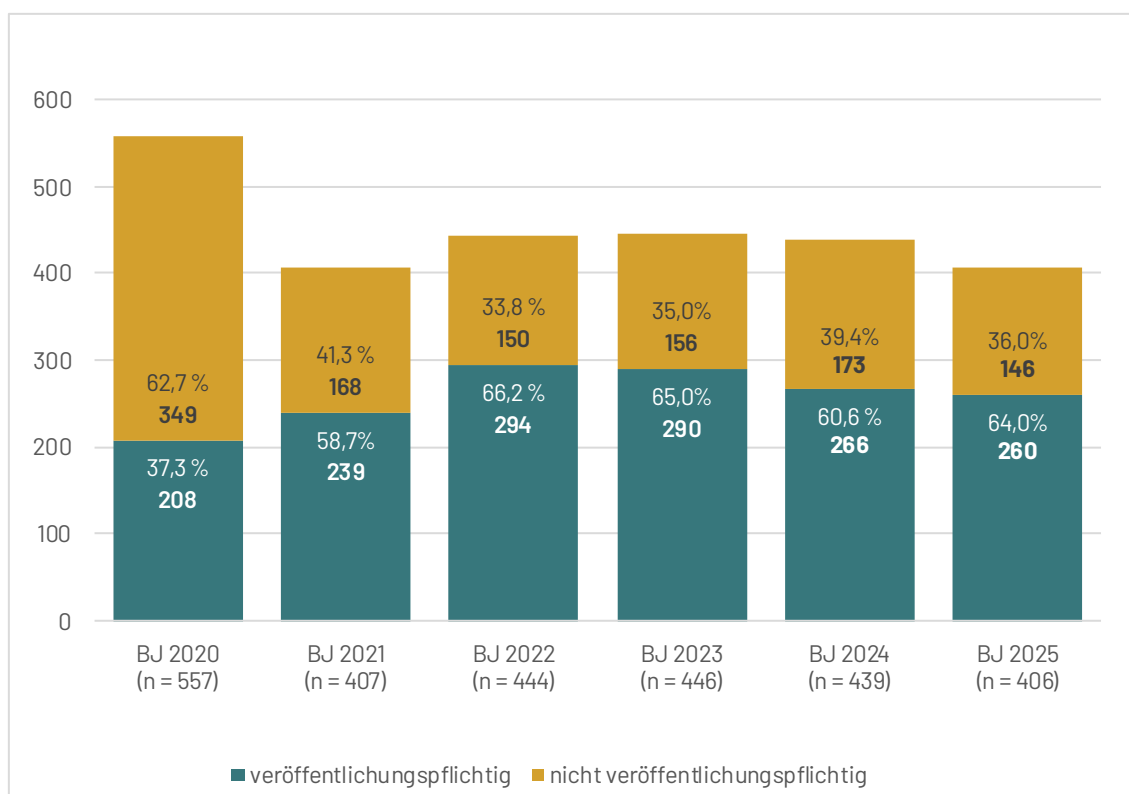


Abbildung 2: Empfehlungen des IQTIG zur Veröffentlichungspflicht von Ergebnissen der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Berichtsjahre 2020-2025)

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. [Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.] URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/38/> (abgerufen am: 11.03.2026).

4 Fazit und Ausblick

Für das Berichtsjahr 2025 gibt es insgesamt 258 Qualitätsindikatoren und 148 Kennzahlen in den QS-Verfahren der DeQS-RL. Ergebnisse von 177 Qualitätsindikatoren und 83 Kennzahlen (insgesamt 260 Ergebnisse) werden für die standortbezogene Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten empfohlen. Demgegenüber werden die Ergebnisse von 146 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Berichtsjahres 2025 nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen, weil z. B. der Entwicklungsprozess noch nicht abgeschlossen ist oder die Eignungskriterien nicht erfüllt sind.

Nach wie vor befindet sich eine hohe Anzahl neu entwickelter Qualitätsindikatoren der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren, wie *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)*, in der Entwicklungsphase. Die Ergebnisse können noch nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden. Weiterhin wurden die Qualitätsindikatoren der bestehenden Verfahren hinsichtlich ihrer Eignung für die Qualitätssicherung geprüft. Die Ergebnisse einiger Indikatoren werden nicht mehr zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen.

In den kommenden Berichtsjahren können wieder mehr Qualitätsindikatoren- und Kennzahlergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden. Für einige Qualitätsindikatoren und Kennzahlen kann der Entwicklungsprozess in den nächsten Berichtsjahren abgeschlossen werden. Zudem werden derzeit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen überarbeitet und bspw. eine Risikoadjustierung eingeführt.

Hinweis: Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung sind die endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 (Erfassungsjahr 2025; Berichtszeitraum erstes Quartal 2025 bis viertes Quartal 2025) vom G-BA noch nicht beschlossen worden. In Abhängigkeit der endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 bedarf es eventuell Anpassungen der zur standortbezogenen Veröffentlichung geeigneten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Basis des Berichts sind die endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 mit *Stand vom 31. März 2026*.

Literatur

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG zur Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen. [Stand:] 27.11.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2408/2015-11-27_IQTIG-Beauftragung_Beteiligung-Qesue.pdf (abgerufen am: 13.03.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. [Stand:] 21.04.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5386/2022-04-21_DeQS-RL_Eckpunkte_Weiterentwicklung.pdf (abgerufen am: 13.03.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren. [Stand:] 19.01.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 13.03.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen. Stand: 22.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf (abgerufen am: 13.03.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung. Weiterentwicklung der Kriterien, des Prüfprozesses und des Berichtsformats für die Empfehlungen des IQTIG. Abschlussbericht. [Stand:] 15.03.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_WE-Eignung-oeffentliche-Berichterstattung_Abschlussbericht_2024-03-15.pdf (abgerufen am: 24.02.2026).

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: 13.03.2026).

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitäts- berichten der Krankenhäuser

**Anhang:
Übersicht über die Empfehlungen des IQTIG zum
Berichtsjahr 2025**

Impressum

Titel	Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Anhang: Übersicht über die Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2025
Zuständigkeit	Abteilung Verfahrensmanagement
Abgabe	31. März 2026
Aktualisierung:	30. April 2026

Auftraggeber

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

1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI).....	8
1.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	8
1.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	10
2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-A).....	13
2.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	13
2.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	13
3	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-S).....	15
3.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	15
3.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	15
4	Cholezystektomie (CHE).....	17
4.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	17
4.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	17
5	Dialyse (NET-DIAL).....	18
5.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	18
5.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	18
6	Nierentransplantation (NET-NTX)	24
6.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	24
6.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	26
7	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)	27

7.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	27
7.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	28
8	Herztransplantationen (TX-HTX)	29
8.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	29
8.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	29
9	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU)	30
9.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	30
9.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	31
10	Leberlebendspenden (TX-LLS).....	32
10.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	32
10.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	33
11	Lebertransplantationen (TX-LTX).....	34
11.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	34
11.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	34
12	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX).....	35
12.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	35
12.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	35
13	Nierenlebendspenden (TX-NLS).....	36
13.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	36
13.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	37
14	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)	38

14.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	38
14.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	38
15	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH).....	40
15.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	40
15.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	40
16	Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC).....	42
16.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	42
16.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	42
17	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB)	44
17.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	44
17.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	44
18	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)	51
18.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	51
18.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	51
19	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH).....	53
19.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	53
19.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	53
20	Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)	55
20.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	55
20.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	57
21	Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)	59

21.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	59
21.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	59
22	Mammachirurgie (MC)	67
22.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	67
22.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	68
23	Gynäkologische Operationen (GYN-OP).....	70
23.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	70
23.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	71
24	Dekubitusprophylaxe (DEK)	72
24.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	72
24.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	72
25	Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)	73
25.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	73
25.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	74
26	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV)	75
26.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	75
26.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	75
27	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)	76
27.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	76
27.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	77
28	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation (HSMDEF-DEFI-REV)	78

28.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	78
28.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	78
29	Geburtshilfe (PM-GEBH).....	79
29.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	79
29.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	82
30	Neonatologie (PM-NEO)	83
30.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	83
30.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	86
31	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK).....	87
31.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	87
31.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	88
32	Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP).....	89
32.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	89
32.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	90

1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)

1.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QI	ja	
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	QI	ja	
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	QI	ja	
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	QI	ja	
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	QI	ja	
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	QI	ja	
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	QI	ja	
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	QI	ja	
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	QI	ja	
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	QI	ja	
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	QI	ja	
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	QI	ja	
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	QI	ja	
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	QI	ja	
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	QI	ja	
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	QI	ja	
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	QI	ja	
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	QI	ja	
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	QI	ja	

1.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)	QI	nein	Das Eignungskriterium „Validität“ ist nicht vollständig erfüllt. Für eine nicht unerhebliche Anzahl der in den Nenner des Qualitätsindikators eingeschlossenen Patientinnen und Patienten ist die Indikation zur isolierten Koronarangiographie trotz fehlendem objektiven, nicht-invasiven Ischämienachweis gegeben. Vor diesem Hintergrund liegt für diesen Qualitätsindikator nur eine geringe Validität vor. Der Qualitätsindikator wurde zur Überarbeitung empfohlen
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QI	nein	Es gibt Hinweise darauf, dass das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ noch nicht vollständig erfüllt ist. Diese sind darauf zurückzuführen, dass sich im Vergleich zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser - stationär, Krankenhäuser - ambulant, Belegärztinnen/-ärzte, Vertragsärztinnen/-ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigen. Demnach ist davon auszugehen, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven unberücksichtigt bleiben.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QI	nein	Es gibt Hinweise darauf, dass das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ noch nicht vollständig erfüllt ist. Diese sind darauf zurückzuführen, dass sich im Vergleich zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser - stationär, Krankenhäuser - ambulant, Belegärztinnen/-ärzte, Vertragsärztinnen/-ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigen. Demnach ist davon auszugehen, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven unberücksichtigt bleiben.
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QI	nein	Es gibt Hinweise darauf, dass das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ noch nicht vollständig erfüllt ist. Diese sind darauf zurückzuführen, dass sich im Vergleich zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser - stationär, Krankenhäuser - ambulant, Belegärztinnen/-ärzte, Vertragsärztinnen/-ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigen. Demnach ist davon auszugehen, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven unberücksichtigt bleiben.
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QI	nein	Es gibt Hinweise darauf, dass das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ noch nicht vollständig erfüllt ist. Diese sind darauf zurückzuführen, dass sich im Vergleich zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser - stationär, Krankenhäuser - ambulant, Belegärztinnen/-ärzte, Vertragsärztinnen/-ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigen. Demnach ist davon auszugehen, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven unberücksichtigt bleiben.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. post-prozeduraler Tag)	QI	nein	Da das Ereignis „Tod“ innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben werden kann, kann das Qualitätsergebnis durch die Leistungserbringer nur bedingt beeinflusst werden. Vor diesem Hintergrund ist das Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit“ nicht vollständig erfüllt.
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. post-prozeduraler Tag)	TKez	nein	Da das Ereignis „Tod“ innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben werden kann, kann das Qualitätsergebnis durch die Leistungserbringer nur bedingt beeinflusst werden. Vor diesem Hintergrund ist das Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit“ nicht vollständig erfüllt.
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	QI	nein	Das Aussetzen der Veröffentlichungsfähigkeit des Indikators wird empfohlen, da in den Beratungen des G-BA die Eignung des Indikators zur validen Abbildung der Qualitätsanforderung als eingeschränkt eingeschätzt wurde.

2 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-A)

2.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

2.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.

3 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-S)

3.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

3.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.

4 Cholezystektomie (CHE)

4.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	ja	
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QI	ja	
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QI	ja	

4.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

5 Dialyse (NET-DIAL)

5.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

5.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572001	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572048	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572005	Dialysefrequenz pro Woche	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572006	Dialysedauer pro Woche	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572007	Ernährungsstatus	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572008	Anämiemanagement	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572056	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572011	1-Jahres-Überleben	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572012	2-Jahres-Überleben	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572013	3-Jahres-Überleben	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572014	5-Jahres-Überleben	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572061	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

6 Nierentransplantation (NET-NTX)

6.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	QI	ja	
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572021	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Der Indikator wird erstmalig ausgewertet. Da keine Hinweise darauf vorliegen, dass die Eignungskriterien nicht erfüllt werden, wird der Indikator zur Veröffentlichung empfohlen.
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	QI	ja	
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QI	ja	
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	QI	ja	
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	TKez	ja	
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	ja	
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	ja	
572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	nein	Der Indikator wird erstmalig ausgewertet. Da keine Hinweise darauf vorliegen, dass die Eignungskriterien nicht erfüllt werden, wird der Indikator zur Veröffentlichung empfohlen.
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QI	ja	
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	ja	
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	ja	
572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	nein	Der Indikator wird erstmalig ausgewertet. Da keine Hinweise darauf vorliegen, dass die Eignungskriterien nicht erfüllt werden, wird der Indikator zur Veröffentlichung empfohlen.

6.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Aufgrund der bundesweit sehr guten Ergebnisse in Kombination mit einem perzentilbasierten Referenzbereich war es möglich, dass Ergebnisse zwar rechnerisch auffällig wurden, aber keine Anhaltspunkte für eine qualitative Prüfung vorlagen, da im Abgleich mit der internationalen Literatur die auf einer perzentilbasierten Auswertung beruhenden Einzelergebnisse praktisch an bzw. auf der Grenze des Erwartbaren lagen. Die Kennzahl soll daher weiterentwickelt werden.
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Aufgrund der bundesweit sehr guten Ergebnisse in Kombination mit einem perzentilbasierten Referenzbereich war es möglich, dass Ergebnisse zwar rechnerisch auffällig wurden, aber keine Anhaltspunkte für eine qualitative Prüfung vorlagen, da im Abgleich mit der internationalen Literatur die auf einer perzentilbasierten Auswertung beruhenden Einzelergebnisse praktisch an bzw. auf der Grenze des Erwartbaren lagen. Die Kennzahl soll daher weiterentwickelt werden.

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

7.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QI	ja	
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	ja	
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	TKez	ja	
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	TKez	ja	
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	QI	ja	

7.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.

8 Herztransplantationen (TX-HTX)

8.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	

8.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.

9 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU)

9.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QI	ja	
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QI	ja	
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QI	ja	
52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	TKez	ja	
52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	TKez	ja	
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QI	ja	
52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	TKez	ja	
52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	TKez	ja	
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QI	ja	
52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	TKez	ja	
52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	TKez	ja	

9.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

10 Leberlebenspenden (TX-LLS)

10.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebenspende	QI	ja	
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	QI	ja	
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	QI	ja	
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	QI	ja	
262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	QI	ja	
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QI	ja	
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	QI	ja	
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	QI	ja	
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebenspende)	QI	ja	
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)	QI	ja	
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	QI	ja	

10.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

11 Lebertransplantationen (TX-LTX)

11.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
2097	Tod durch operative Komplikationen	QI	ja	
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
2133	Postoperative Verweildauer	QI	ja	
272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	QI	ja	

11.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ ist nicht vollständig erfüllt.

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

12.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	

12.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.

13 Nierenlebenspenden (TX-NLS)

13.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebenspende	QI	ja	
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI	ja	
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	ja	
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	ja	
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	ja	
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QI	ja	
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)	QI	ja	
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)	QI	ja	
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI	ja	
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	ja	
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	ja	

13.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

14 Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)

14.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	ja	
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	

14.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
382000	Intraprozedurale Komplikationen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem ist die Objektivität nicht vollständig gegeben. Es gibt keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs. Die Abgrenzung vom elektiven/dringlichen Eingriff ist nicht ausreichend gegeben. So kann der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit und Validität) sind nicht vollständig erfüllt, da unter anderem ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht herstellbar ist. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Umwandlung in eine Transparenzkennzahl empfohlen.

15 Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)

15.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	

15.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
372000	Intraprozedurale Komplikationen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem ist die Objektivität nicht vollständig gegeben ist. Es gibt keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs. Die Abgrenzung vom elektiven/dringlichen Eingriff ist nicht ausreichend gegeben. So kann der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit und Validität) sind nicht vollständig erfüllt, da unter anderem ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht herstellbar ist. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Umwandlung in eine Transparenzkennzahl empfohlen.

16 Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)

16.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	ja	
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	

16.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem ist die Objektivität nicht vollständig gegeben. Es gibt keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs. Die Abgrenzung vom elektiven/dringlichen Eingriff ist nicht ausreichend gegeben. So kann der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit und Validität) sind nicht vollständig erfüllt, da unter anderem ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht herstellbar ist. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Umwandlung in eine Transparenzkennzahl empfohlen.

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

17.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

17.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.
362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Weiterhin ist die Objektivität nicht vollständig gegeben. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	<p>Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.</p>

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

18.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	

18.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt, da der Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Patientenfälle nicht ausreichend gewährleistet ist. Es konnte festgestellt werden, dass die Rehospitalisierung oftmals Folge einer Insuffizienz der Trikuspidalklappe war, obwohl der Indexeingriff zur Behandlung einer Insuffizienz der Mitralklappe stattfand. Zudem zeigte sich, dass im Rahmen der Rehospitalisierung eine Mitralklappeninsuffizienz benannt wird, die oftmals das akzeptable Primärergebnis des Indexeingriffs darstellt. Ebenso ist das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung nicht vollständig erfüllt.
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem ist die Objektivität nicht vollständig gegeben. Es gibt keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs. Die Abgrenzung vom elektiven/dringlichen Eingriff ist nicht ausreichend gegeben. So kann der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit und Validität) sind nicht vollständig erfüllt, da unter anderem ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht herstellbar ist. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Umwandlung in eine Transparenzkennzahl empfohlen.

19 Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)

19.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	

19.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt, da der Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Patientenfälle nicht ausreichend gewährleistet ist. Es konnte festgestellt werden, dass die Rehospitalisierung oftmals Folge einer Insuffizienz der Trikuspidalklappe war, obwohl der Indexeingriff zur Behandlung einer Insuffizienz der Mitralklappe stattfand. Zudem zeigte sich, dass im Rahmen der Rehospitalisierung eine Mitralklappeninsuffizienz benannt wird, die oftmals das akzeptable Primärergebnis des Indexeingriffs darstellt. Ebenso ist das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung nicht vollständig erfüllt.
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem ist die Objektivität nicht vollständig gegeben. Es gibt keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs. Die Abgrenzung vom elektiven/dringlichen Eingriff ist nicht ausreichend gegeben. So kann der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit und Validität) sind nicht vollständig erfüllt, da unter anderem ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht herstellbar ist. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Umwandlung in eine Transparenzkennzahl empfohlen.

20 Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

20.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	QI	nein	Ab dem AJ 2025 werden zusätzlich zum Stenosegrad weitere leitlinienbasierte Kriterien der Indikationsstellung erhoben und ausgewertet. Für den angepassten QI konnten im Rahmen der Verfahrensüberprüfung alle Eignungskriterien, mit Ausnahme des Eignungskriteriums im Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, als vorbehaltlich erfüllt eingeschätzt werden. Dieses Eignungskriterium wurde im Nachgang für die ab dem AJ 2025 neu eingeführten leitlinienbasierten Kriterien geprüft und als erfüllt eingeschätzt.
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	QI	nein	Ab dem AJ 2025 werden zusätzlich zum Stenosegrad weitere leitlinienbasierte Kriterien der Indikationsstellung erhoben und ausgewertet. Für den angepassten QI konnten im Rahmen der Verfahrensüberprüfung alle Eignungskriterien, mit Ausnahme des Eignungskriteriums im Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, als vorbehaltlich erfüllt eingeschätzt werden. Dieses Eignungskriterium wurde im Nachgang für die ab dem AJ 2025 neu eingeführten leitlinienbasierten Kriterien geprüft und als erfüllt eingeschätzt.
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	QI	ja	
11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	TKez	ja	
162301	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja	
605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja	
606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja	
51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja	
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	QI	ja	
51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	TKez	ja	
162304	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	ja	
51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	ja	
51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	ja	
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	QI	ja	

20.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch	TKez	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung wird derzeit als nicht vollständig erfüllt eingeschätzt. Es wird geprüft, ob und inwiefern eine angemessene Risikoadjustierung entwickelt werden kann. Der Entwicklungsprozess ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer und Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss) sind nicht vollständig erfüllt. In dieser Kennzahl werden Notfalleingriffe betrachtet, bei denen schwer zu differenzieren scheint, ob der Schlaganfall aufgrund des Eingriffs oder aufgrund patientenseitiger Faktoren aufgetreten ist. Daher werden sowohl die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als auch die Brauchbarkeit des Kennzahlergebnis für qualitätsfördernde Maßnahmen der externen QS als nicht vollständig erfüllt eingeschätzt.
162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt	TKez	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung wird derzeit als nicht vollständig erfüllt eingeschätzt. Es wird geprüft, ob und inwiefern eine angemessene Risikoadjustierung entwickelt werden kann. Der Entwicklungsprozess ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.
162402	Periprozedurales Neuromonitoring	TKez	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt. Der Indikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.

21 Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

21.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

21.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232000_2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232001_2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
232002_2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232003_2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232004_2013	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
232005_2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232006_2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232007_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232010_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232008_23 1900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
232009_50 722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

22 Mammachirurgie (MC)

22.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QI	ja	
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	QI	ja	
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	QI	ja	
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QI	ja	
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QI	ja	
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	TKez	ja	
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QI	ja	
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QI	ja	
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	ja	
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	ja	

22.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	nein	Die Eignungskriterien (Validität, Beeinflussbarkeit) sind nicht vollständig erfüllt. Die geringe Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer ergibt sich daraus, dass bei einem relevanten Anteil von Patientinnen und Patienten die HER2-Bestimmung bereits ambulant durchgeführt wird und dadurch nicht durch den stationären Leistungserbringer beeinflusst werden kann. Eine geringe Validität ergibt sich aus zufallsbedingten Schwankungen. Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 abgeschafft.
212300_52 267	HER2-Positivitätsrate	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Validität und Beeinflussbarkeit) sind nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	nein	Die Eignungskriterien (Validität, Beeinflussbarkeit) sind nicht vollständig erfüllt. Die geringe Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer ergibt sich daraus, dass bei einem relevanten Anteil von Patientinnen und Patienten die HER2-Bestimmung bereits ambulant durchgeführt wird und dadurch nicht durch den stationären Leistungserbringer beeinflusst werden kann. Eine geringe Validität ergibt sich aus zufallsbedingten Schwankungen. Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 abgeschafft.
212301_52278	HER2-Positivitätsrate	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Validität und Beeinflussbarkeit) sind nicht vollständig erfüllt.
60659	Nachresektionsrate	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

23 Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

23.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QI	ja	
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	QI	ja	
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QI	ja	
172000_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	ja	
172001_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	ja	
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	ja	
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QI	ja	
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QI	ja	

23.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

24 Dekubitusprophylaxe (DEK)

24.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	QI	ja	
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	TKez	ja	
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3	TKez	ja	
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet	TKez	ja	
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	QI	ja	

24.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

25 Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

25.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	QI	ja	
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	ja	
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	ja	
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	ja	
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	ja	
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	ja	

25.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
101803	Leitlinienkonforme Indikation	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Verschieben der Sonden	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal und Angemessenheit der Risikoadjustierung) wurden bislang nicht vollständig geprüft, da die Kennzahl derzeit nur zur Durchführung des Stellungsnahmeverfahrens verwendet wird. Dabei wird sie für das Stellungsnahmeverfahren zu den Ergebnisindikatoren benötigt, welche u. a. den Anteil an Pneumo- und Hämatothoraces bzw. Sondenbrüche ermitteln.

26 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV)

26.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	

26.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

27 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

27.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
50055	Leitlinienkonforme Indikation	QI	nein	Im Vorjahr waren die Eignungskriterien Zusammenhang mit einem patientenrelevanten Merkmal und Datenqualität für diesen Indikator nicht erfüllt. Zum Erfassungsjahr 2025 wurden die Rechenregeln an methodisch hochwertig bewertete Leitlinien angepasst sowie Anpassungen an der Spezifikation vorgenommen. Dies führt dazu, dass die Eignungskriterien wieder vollständig erfüllt sind.
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	ja	
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	ja	
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	ja	
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	ja	
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	ja	

27.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	nein	Die Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal und Datenqualität) sind nicht vollständig erfüllt.
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	ja	Aufgrund fehlerhafter Plausibilitätsregeln in der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2025 konnten für die QI-Berechnung relevante Datenfelder nicht in allen Fällen korrekt ausgefüllt werden, sodass die Validität des Indikators für das Erfassungsjahr eingeschränkt ist.
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal und Angemessenheit der Risikoadjustierung) wurden bislang nicht vollständig geprüft, da die Kennzahl derzeit nur zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens verwendet wird. Dabei wird sie für das Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnisindikatoren benötigt, welche u. a. den Anteil an Pneumo- und Hämatothoraces bzw. Sondenbrüche ermitteln.

28 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (HSMDEF-DEFI-REV)

28.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	ja	
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	

28.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

29 Geburtshilfe (PM-GEBH)

29.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	TKez	ja	
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QI	ja	
52249	Kaiserschnittgeburt	QI	ja	
182000_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 1	EKez	ja	
182300_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 2a	EKez	ja	
182301_522 49	Robson-Klassifikation - Ebene 2b	EKez	ja	
182002_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 3	EKez	ja	
182302_522 49	Robson-Klassifikation - Ebene 4a	EKez	ja	
182303_522 49	Robson-Klassifikation - Ebene 4b	EKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
182004_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 5	EKez	ja	
182005_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 6	EKez	ja	
182006_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 7	EKez	ja	
182007_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 8	EKez	ja	
182008_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 9	EKez	ja	
182009_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 10	EKez	ja	
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QI	ja	
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	TKez	ja	
51397	Azidose bei reifen Einlingen	TKez	ja	
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	QI	ja	
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QI	ja	
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QI	ja	
51808_5180 3	Verstorbene Kinder	KKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51813_51803	Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	KKez	ja	
51818_51803	Kinder mit Base Excess unter -16	KKez	ja	
51823_51803	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	KKez	ja	
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	TKez	ja	
181801_181800	Dammrisse Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	KKez	ja	
181802_181800	Dammrisse Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	KKez	ja	
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	ja	
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	ja	
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	ja	

29.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	QI	nein	Dies ist ein QI mit geringer Fallzahl und es handelt sich um ein seltenes und häufig schicksalhafteres Ereignis.

30 Neonatologie (PM-NEO)

30.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)	TKez	ja	
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	ja	
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	TKez	ja	
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	ja	
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	TKez	ja	
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	TKez	ja	
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus	TKez	ja	
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	TKez	ja	
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	TKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)	TKez	ja	
222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	TKez	ja	
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	TKez	ja	
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	TKez	ja	
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	TKez	ja	
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	TKez	ja	
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	TKez	ja	
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QI	ja	
51136_51901	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	KKez	ja	
51141_51901	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	KKez	ja	
51146_51901	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	KKez	ja	
51156_51901	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	KKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51161_51901	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	KKez	ja	
50060	Nosokomiale Infektion	QI	ja	
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QI	ja	
222000_50062	Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax	EKez	ja	
222001_50062	Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion	EKez	ja	
222002_50062	Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuraindrainage	EKez	ja	
50063	Durchführung eines Hörtests	QI	ja	
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	QI	ja	
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	ja	

30.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
51077	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Objektivität der Messung und Reliabilität der Messung) sind nicht vollständig erfüllt.
50051	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL)	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Objektivität der Messung und Reliabilität der Messung) sind nicht vollständig erfüllt.
52262	Zunahme des Kopfumfangs	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.

31 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

31.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
54030	Präoperative Verweildauer	QI	ja	
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	ja	
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja	
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja	
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	TKez	ja	

31.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
54050	Sturzprophylaxe	QI	nein	Die geringe Objektivität und Reliabilität ergeben sich aus der Feststellung, dass die Datenfelder sehr unspezifische und damit interpretationsoffene Prozesse zur Sturzprophylaxe abfragen. Bestätigt wird dies durch eine geringe Datenqualität im Rahmen der Datenvalidierung. Die geringe Validität des Indikators ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht alle interessierenden Fälle im Indikator abgebildet werden (Beschränkung der Grundgesamtheit auf Patientinnen und Patienten über 65 Jahre; Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind). Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.

32 Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

32.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
54003	Präoperative Verweildauer	QI	ja	
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja	
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	ja	
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja	
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja	
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	ja	
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja	
191800_54120	Implantatassoziierte Komplikationen	KKez	ja	
191801_54120	Weichteilkomplikationen	KKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	ja	
192300	Kein Treppensteigen bei Entlassung	QI	nein	Ab dem AJ 2026 ist das bis dahin fehlende Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung erfüllt. Somit sind alle Eignungskriterien erfüllt und der QI ist veröffentlichungsfähig.
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja	
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	TKez	ja	
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	FUQI	ja	

32.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt, da die in der deutschen Leitlinie ausgewiesenen Indikationskriterien (z.B. die erschöpfte konservative Vorbehandlung, der Leidensdruck und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten) nicht erfasst werden. Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt, da die in der deutschen Leitlinie ausgewiesenen Indikationskriterien (z.B. die erschöpfte konservative Vorbehandlung, der Leidensdruck und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten) nicht erfasst werden. Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.
54004	Sturzprophylaxe	QI	nein	Die geringe Objektivität und Reliabilität ergeben sich aus der Feststellung, dass die Datenfelder sehr unspezifische und damit interpretationsoffene Prozesse zur Sturzprophylaxe abfragen. Bestätigt wird dies durch eine geringe Datenqualität im Rahmen der Datenvalidierung. Die geringe Validität des Indikators ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht alle interessierenden Fälle im Indikator abgebildet werden (Beschränkung der Grundgesamtheit auf Patientinnen und Patienten über 65 Jahre; Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind). Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.

Erratum

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2025

Stand: 12. Juni 2026; Zuständigkeit: Abteilung Verfahrensmanagement

Aus Nicht- bzw. Fehllieferungen von Sozialdaten bei den Krankenkassen für das Auswertungsjahr 2026 ergeben sich im Auswertungsmodul *Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)* erhebliche Auswirkungen auf die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ (ID 372002) und „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ (ID 372007). Aus diesem Grund kann die standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse für das Berichtsjahr 2025 nicht mehr empfohlen werden.

Es sind Anpassungen im Bericht „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2025“ und im zugehörigen Anhang mit der Übersicht über die Empfehlungen des IQTIG (beide mit Stand vom 30. April 2026) erforderlich. Die Anpassungen sind im Folgenden beschrieben.

Erratum zum Bericht

Die Anzahl der Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen werden, reduziert sich von 177 auf 175. Dementsprechend steigt die Gesamtanzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden, von 146 auf 148. Die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse wegen indikatorspezifischen besonderen Grundes nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden, steigt von 18 auf 20.

Tabellarische Darstellung

Berichtskategorie	Bisheriger Stand	Neuer Stand (nach Korrektur)	Differenz
Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	177	175	-2
Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden	146	148	+2
Davon: Nicht empfohlen wegen indicatorspezifischer Besonderheiten	18	20	+2

Erratum zum Anhang des Berichts

Für die Tabellen im Anhang des Berichts ergeben sich analoge Änderungen im Auswertungsmodul *KCHK-AK-KATH*:

- Tabelle 15.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden: Streichung der Qualitätsindikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ (ID 372002) und „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ (ID 372007)
- Tabelle 15.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden: Aufnahme der Qualitätsindikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ (ID 372002) und „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ (ID 372007)